

27
20j.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO DE NIÑOS "INSTITUCIONALIZADOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA

ISABEL CARDENAS DEMAY

Asesor de Tesis:
Dra. Emilia Lucio Gómez Marqueo

Asesor de Metodología:
Mtra. Mirta Flores Galaz

México, D.F.

Agosto de 1992



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

4.2·DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO	
4.2.1 -Áreas de la conducta.	53
4.2.2 -Tendencias en el desarrollo durante los tres primeros años.	56
4.3·ANTECEDENTES Y CRITICAS AL USO DE GESELL	
4.3.1 -Algunas investigaciones.	65
4.3.2 -Otras investigaciones en el campo del niño institucionalizado.	70
4.3.3 -Estudios realizados en México.	78
CAPITULO V : METODOLOGIA	82
CAPITULO VI : RESULTADOS	
6.1· ANALISIS DESCRIPTIVO	93
6.2· ANALISIS INFERENCIAL	96
6.2.1 -Resultados al ingreso	98
6.2.2 -Resultados después de 6 meses	99
6.2.3 -Resultados después de 1 año	100
6.2.4 -Subáreas más afectadas	102
CAPITULO VII: DISCUSION Y CONCLUSIONES	104
7.1· SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	111
ANEXO A	
ANEXO B	
REFERENCIAS	

I N T R O D U C C I O N

Desde su nacimiento el niño tiene gran cantidad de necesidades biológicas y afectivas que deben de ser satisfechas para asegurar un desarrollo normal. Durante su gestación, el bebé es totalmente satisfecho por la madre y después del nacimiento, ella es la responsable de procurarle todos sus requerimientos.

Desafortunadamente, no todos los menores tienen la suerte de tener una madre que quiera y pueda atenderlos. En ocasiones, el cuidado de ellos queda en manos de familiares, amigos o como en el caso que nos concierne, en manos de una institución.

Como es de saberse, el trato que se da a los niños en estas instituciones no puede ser individualizado, sino que una misma niñera se ocupa a la vez de 8, 10 ó incluso 15 pequeños. Por lo mismo, la falta de una relación de tipo afectiva y estimulante entre el niño y el adulto, tiende a provocar un retraso en mayor o menor grado, en el desarrollo infantil.

Esta investigación tiene el propósito de determinar si existe un retraso en el desarrollo de los niños albergados en la Casa Cuna Coyoacan. Debido a que la Escala de Diagnóstico del Desarrollo de Arnold Gesell es el instrumento utilizado para valorar el desarrollo de los niños menores de cuatro años, dentro de esta institución, se dividió la conducta en cuatro áreas como lo son el área Motriz, Adaptativa, de Lenguaje y Personal-Social. Por medio de esta Escala Evolutiva, se obtuvieron los Coeficientes de Desarrollo globales y por áreas para la población general, comparándose los resultados obtenidos por los grupos de niños de diferentes edades, al ingresar a la institución, después de seis meses y después de un año.

CAPITULO I : DESARROLLO INFANTIL

Los primeros años de vida de un ser humano, tienen un peso considerable en el proceso de desarrollo del individuo. Los factores que intervienen en dicho proceso son variables y lo afectan de diferente manera. Al momento de nacer, el niño se encuentra indefenso y su supervivencia está en manos de las personas que lo cuidan. Posiblemente, su principal recurso para enfrentarse al medio es su asombrosa capacidad adaptativa. No obstante, existen requerimientos básicos para que el infante alcance un crecimiento físico y psicológico adecuados, por ejemplo, la necesidad de una atención continua y afectiva que garantice la alimentación y protección.

Con el fin de establecer los lineamientos que nos permitan adentrarnos en el proceso evolutivo del niño, se presenta una descripción general de los elementos esenciales de este desarrollo. Para organizar este capítulo, se intentó agrupar las principales áreas del desarrollo en dos rubros: las funciones psicológicas y las relaciones con la madre.

1.1 FUNCIONES PSICOLOGICAS

1.1.1. PERCEPCION:

Desde la etapa fetal y hasta los primeros meses de vida, el niño se vincula con el medio a través de la percepción, su sistema nervioso es activado básicamente por las sensaciones difusas de tipo "táctil" o cenestésico. Spitz (1965) ha sido uno de los investigadores que ha enriquecido el estudio del niño pequeño en sus primeras etapas. El menciona la importancia de la boca del bebé en el intercambio con el mundo exterior : los labios, la lengua, las mejillas y el aparato nasofaríngeo son puente entre lo interno y lo externo además de ser la zona erógena más importante. De hecho, aún sin conocer cuán diferenciadas pueden ser las percepciones del neonato, no podemos ignorar que la lactancia es cuna de una gran variedad de sensaciones como el tacto, el gusto, la temperatura, el olor, y más tarde la vista.

Sabemos que el niño nace biológicamente preparado para interactuar con los objetos de sus relaciones iniciales. Posee programas biológicos que facilitan la evolución de sus procesos perceptuales, no sólo los táctiles (mencionando el reflejo de succión) sino también los visuales. Sorprendentemente, el primer estímulo susceptible de ser visualizado por el infante es la Gestalt Signo : frente, ojos y nariz en movimiento (Rolf Ahrens,

1954). Durante sus tres primeros meses, aprende a sonreír a este único objeto que su mirada puede capturar automáticamente.

Ha sido ampliamente reconocida la importancia para el neonato de la alimentación personalizada, donde se da el encuentro cara a cara con la madre. Buscando una mayor actitud empática con el bebé observamos una diferencia entre la lactancia con biberón y el amamantamiento. Cuando el recién nacido comparte con la madre el momento de ser amantado, entra en contacto con el cuerpo de ella a través de la mano que acaricia o araña la superficie del pecho, de la forma en que se acomodan ambos cuerpos y seguramente también del olor. Esta interrelación va a ser fuente de placer o de displacer, dependiendo de las percepciones que genera. Tanto para el hijo como para la madre, el amamantamiento suele procurar una serie de gratificaciones recíprocas. Sin olvidar que a pesar de formar una unidad, ambos se encuentran en diferente situación.

Un niño siente hambre, sed, tal vez frío y al ser satisfecho experimenta gratificación. Si al principio la satisfacción puede asociarse con el pecho-objeto, progresivamente se irá asociando con la Gestalt-Signo cargada de nuevas características. En primer lugar, representa un estímulo que se percibe visualmente, es decir a distancia y por lo tanto tiene una menor limitación espacial transmitiendo mayor seguridad al infante. En segundo lugar, se define por su movimiento constante. Lograr percibir la Gestalt privilegiada es la transición entre la percepción de objetos y la percepción de personas. Spitz lo llama "la percepción del objeto libidinal que va revestida de afectos" ¹.

Como parte de este proceso, la percepción se va consolidando, permitiendo al pequeño relacionarse cada vez más con el mundo externo, experimentando el gozo de sentir el calor materno o la frustración de sentir insatisfecha su hambre. En esta mezcla de placer y displacer, la mente del niño asocia sus necesidades internas con los objetos externos, principalmente aquellos que puede reconocer (como su madre). Se puede incluso considerar que la percepción del placer-displacer es la base para el desarrollo del afecto, pues todos los estímulos que dan origen a las emociones y los sentimientos serán recibidos a través de los órganos perceptivos.

En un principio, el neonato depende de la orientación materna en lo que concierne a sus afectos. Una correlación positiva entre la necesidad y su satisfacción genera seguridad creciente en el bebé. Conforme crece, el pequeño ejercita sus procesos perceptuales sobre los objetos; inicialmente no puede diferenciar los estímulos internos de los externos, por ello, no es capaz de reconocer la acción del medio. A medida que madura aprende que él sólo puede controlar cierto tipo de estímulos, los objetos inanimados. El niño disfruta al realizar repetidamente un gesto y obtener el mismo resultado en cada ocasión. Por el contrario, las personas responden en forma más o menos variable y llegan a asustarlo.

Pero así como el desarrollo de nuestra percepción es progresivo y procede por etapas que implican cada vez más diferenciación de nuestros sentidos, así también la respuesta ante estas percepciones lleva una secuencia específica.

1.1.2 PSICOMOTRICIDAD:

Desde los primeros meses, el bebé se enfrenta a un mundo difícil donde su única protección es la persona que lo cuida, comúnmente su madre. A partir de este momento tendrá que ir creciendo y desarrollándose gracias a, o a pesar de, las circunstancias y las personas que lo rodean. Este proceso, sin embargo, no es azaroso sino que lleva una secuencia relativamente constante de etapas cuyos ejes conductores son la maduración, la integración y el aumento en la complejidad de las funciones. Como dice Gesell: "el crecimiento y desarrollo son procesos de organización integrativa anatómica y funcional que llevan a la conjunción de la herencia y el ambiente"².

Como un ejemplo, podemos ver a lo largo del desarrollo el aumento en el dominio corporal del infante. El recién nacido apenas puede orientar sus ojos y su boca; conforme va creciendo adquiere mayor habilidad para controlar su cuerpo, cuello, hombros, brazos, manos, dedos, tronco, piernas y pies, a la vez que sus sentidos se diferencian, permitiéndole conocer su entorno. Si al principio los ojos se mueven indiscriminadamente, poco a poco se vuelven más activos haciendo posible para el lactante enfocar, aislar o capturar imágenes. Los oídos también aprenden a distinguir los sonidos, pudiendo localizarlos y ser orientados hacia la fuente emisora. Este conjunto de fenómenos no refleja únicamente una maduración fisiológica, también representa una diferenciación de funciones.

La maduración del menor le va a permitir realizar actividades progresivamente más complejas mediante el control de su cuerpo. En el primer año de vida, el bebé aprende a dominar los músculos oculomotores, su cabeza y su tronco. Va logrando dominar sus brazos, sus manos así como sus piernas y sus pies. A partir de la organización perceptual, el niño va a poder alcanzar el funcionamiento psicomotor; más tarde, ambos le van a permitir desarrollar las capacidades intelectuales.

En el curso del segundo año de vida, aprende a caminar, a correr y a saltar. El infante orienta su nueva capacidad de búsqueda hacia lo novedoso, trabaja para mejorar el control sobre sus movimientos y posteriormente intenta perfeccionarlos. Su percepción ahora más elaborada y el contacto con los objetos pequeños aumentan su precisión.

Si en un comienzo, le resultaba interesante aventar objetos, moldearlos, soltarlos, rápidamente esta manipulación de objetos adquiere nuevos significados. La coordinación motriz le permite explorar y descubrir su mundo, pero sobre todo permite formar representaciones de los objetos. En los seres humanos, el acto motor no es sólo un movimiento, sino que implica aprehender una serie de circunstancias, implica el uso de la representación y el conocimiento. Por ello, para que el niño pueda adaptarse al mundo externo, debe utilizar sus representaciones perceptivas e intelectuales (Wallon, 1968) .

Conforme el niño crece, su proceso de transformación avanza más a nivel de cambios cualitativos que cuantitativos. En ocasiones, el desarrollo de sus funciones parece estancarse, cuando en realidad las repercusiones psicológicas representan un cambio esencial a pesar de ser frecuentemente impalpable.

Durante el segundo año también empieza a balbucear sus primeras expresiones verbales con verdadero significado y empieza a adquirir el control de esfínteres. Por otra parte, empieza a formarse un sentimiento rudimentario de identidad personal y de posesión.

Por lo general, es hasta el tercer año cuando puede formular oraciones que manifiesten su pensamiento ; trata de comprender su medio y satisfacer sus demandas culturales. Puede utilizar símbolos y conceptos para comunicar sus deseos y las necesidades del Yo (Piaget, 1953).

Ya en el cuarto año, el niño muestra una gran fluidez en su expresión verbal, puede hacer preguntas, percibir las analogías entre objetos y asimilar o generalizar conceptos, puede incluso realizar rutinas diarias.

En cada estadio evolutivo las necesidades físicas y psíquicas del niño son distintas, del mismo modo que para cada sujeto las necesidades físico-psíquicas varían en forma y cantidad ; sin embargo, la manera de expresarlas y transmitir las adquiere mayores alcances pues el pequeño comienza a interpretar su entorno.

1.1.3 PENSAMIENTO Y LENGUAJE:

En todas las especies animales, el recién nacido actúa, en mayor o menor grado, de acuerdo a ciertos programas instintivos. Sus movimientos carecen de conciencia, de percepciones diferenciadas y de funciones psicológicas. Durante la fase de impronta, algunos cachorros toman como modelo de identificación al objeto animado más cercano ; en los niños la Gestalt-signo podría ser una predisposición similar para ubicar al modelo de identificación. Sin embargo, en el caso de la especie humana, el pequeño experimenta sensaciones de placer o de displacer que

transforman la relación con el modelo. Las atenciones de la madre generan afectos en su hijo. La comunicación que existe entre ellos pasa de un nivel elemental a otros más complejos. Si anteriormente se podía hablar de respuestas a estímulos, a partir del primer año hablamos de acciones dirigidas que van más allá del simple contacto corporal y el llanto. Los dedos maternos son oportunidades de juego, sus apapachos ayudan a iniciar las primeras actividades lúdicas del bebé afectando directamente su desarrollo emocional y social (Kohlberg, 1978).

En esta reciprocidad Madre-Hijo, los objetos se revisten de significado. La realidad adquiere nuevos símbolos y señales que a su vez forman la imagen del mundo. A la vez que la madre da los estímulos vitales para desarrollar las funciones psicológicas, permite al pequeño ir aprendiendo a diferenciar entre lo interno y lo externo y pasar de la pasividad a la actividad. Inicialmente, los sonidos emitidos por el bebé son fuente de satisfacción además de ser una descarga de tensión cada vez más dirigida. Antes del tercer mes de vida, el control sobre estos estímulos, contribuye a los sentimientos de omnipotencia tan característicos del bebé, pero al cabo de sus 8 ó 10 meses, logra percibir a la madre como una fuente externa de estímulos situada fuera de su voluntad. De esta manera, la madre inconcientemente, permite al hijo desarrollar su pensamiento a través de sus acciones concretas en el afán de mantener su control sobre el mundo. El contacto con la realidad obliga al niño a realizar una conducta adaptativa, inteligente. Tiene que buscar el equilibrio entre los problemas ambientales y las acciones mentales (Piaget, 1953). Para emprender acciones adecuadas, debe registrar e interpretar las experiencias. Paulatinamente empieza a seleccionar la capacidad mental que requiere para enfrentarse a una situación dada; algunos lo logran con facilidad, otros son más lentos.

Poco a poco, la relación con el mundo se convierte en un juego donde en un principio, el niño repite e imita sus propias manifestaciones pero posteriormente intenta reproducir las conductas de la madre. La verdadera imitación aparece entonces, cuando el sujeto busca obtener algún resultado.

El niño empezará a medir el éxito de sus conductas a través de la aprobación de la madre. Cuando una conducta no produce las reacciones que él esperaba, tiende a reemplazarlas por otras. Este conjunto de actos son señales y expresiones dirigidas a la madre que se asemejan cada vez más a su propia forma de comunicar. Se palpa aquí el verdadero inicio de la socialización del niño, donde su lenguaje adquiere el asombroso alcarce de comunicar un Yo interno, un pensamiento matizado de sentimientos y afectos.

El menor que crece en un ambiente sano y estimulado, goza de mayores facilidades para aprender el lenguaje humano. "Un bebé necesita ser abrazado y escuchado"³, necesita una persona que responda a sus balbuceos y a sus gestos, que le conteste y a la vez le haga preguntas especialmente a él, que mantenga comunicación oral a pesar de no estar cerca físicamente. La importancia de

hablar con el bebé no siempre se reconoce, siendo que para algunos autores es fundamental. Dolto dice : " Desde su nacimiento el bebé humano es un ser de lenguaje " ⁴ ; una explicación tranquila de la madre le transmite seguridad y confianza . Spitz podría agregar: "la voz de la madre es el estímulo acústico vital, . requisito previo para la palabra" ⁵ . Ambos podrían coincidir con S. Wolff (1969) cuando afirma que el desarrollo del lenguaje infantil depende de la presencia de estímulos adecuados durante la primera infancia ; la carencia de juegos y de tiempo para practicar con un adulto afecta la formación de conceptos, y por ende el razonamiento .

En el desarrollo del lenguaje, es importante el intercambio diario, seguro y tranquilo del niño con el adulto que comparte su universo . Alison Clarke-Stewart ha observado incluso que las madres que reaccionan más rápidamente ante las sonrisas y ruidos del bebé, propician adelantos intelectuales. De ello concluye que el estímulo verbal y social contribuye al desarrollo del intelecto (Citado en Dunn, 1979) .

Por su parte, Wallon menciona en "La evolución psicológica del niño" ⁶, que las técnicas intelectuales se transmiten al niño en la primera etapa, sobre todo a través del lenguaje . Recordemos que un importante elemento en la adquisición del lenguaje y otras funciones psicológicas es la imitación. ¿ Cómo imaginar que un infante aprenderá a hablar sin la muestra de unos labios y una mímica que le enseñen a mover sus propios labios y su lengua pero ante todo, que le permitan establecer conexiones entre palabras y experiencias ?

El lenguaje da oportunidad de transformar la experiencia en conocimiento al ser soporte e instrumento para el progreso del pensamiento además de ser la vía principal de descarga del componente cognoscitivo (Wallon, 1968). Paralelamente, es importante el juego que implica la relación lenguaje e imitación, ya que conduce a la comunicación con el exterior y a un proceso gradual de socialización (Piaget, 1953).

En un inciso anterior mencionábamos que el niño de tres años ya es capaz de formular oraciones manifestando su pensamiento. Pero para llegar a esta etapa fue necesaria la conjunción de experiencia y madurez tanto física como cognoscitiva. El pequeño en edad maternal que logra evocar las representaciones de las cosas, que puede comparirlas, fijarlas y expresarlas es sin duda un niño que ha tenido un desarrollo normal. Nos estamos refiriendo muy probablemente a infantes que lejos de tener una simple cuidadora, satisfactora de necesidades biológicas ha tenido a una compañera, fuente constante de experiencia deseosa de brindarle afecto.

Para Spitz (1965) como para Dolto (1977) o Bowlby (1972) , el papel de la madre es fundamental en el desarrollo normal del infante. El mundo es aprehendido por el niño por medio de la madre quien se lo transmite a través de todo su ser: su cuerpo, sus manos, su voz , sus sentimientos, sus ideas, su lenguaje y su

propia percepción. Al niño no le basta tener un ambiente estimulador, necesita además una fuente constante de experiencia que le dé, también, imágenes interiores constantes del mundo (Wolff, 1969). De no ser así, se encontrará rodeado de un ambiente inestable ante el cual no sabrá responder.

Por lo tanto, la coherencia, la tranquilidad, lo "apetecible" de la realidad depende en gran medida de la madre. Desafortunadamente, así como existen mujeres que se desviven por su hijo, que intentan presentarle un ambiente agradable lleno de experiencias positivas, existen madres que se mantienen ajenas al desarrollo de su hijo, dejando que los objetos de un cuarto les enseñen a gatear, a hablar, a pensar y a querer !

1.2 RELACIONES CON LA MADRE

1.2.1 NECESIDAD DE UNA FIGURA PERMANENTE:

Un niño que crece en condiciones normales, puede desarrollar todas sus funciones como las capacidades motrices, el lenguaje, su afectividad y la adaptabilidad social y mental al medio. En este proceso, la madre representa el facilitador fundamental. Aún cuando las formas de educar y cuidar a los niños varían de una cultura a otra, parecen existir dos factores esenciales para un desarrollo infantil sano: el pequeño requiere de una figura materna constante al menos durante los primeros 36 meses y esta figura materna requiere a su vez cierto grado de salud mental (Bowlby, 1972 ; Wolff, 1969 y Spitz, 1965).

No profundizaremos en este segundo punto ya que no es el objetivo de la tesis pero trataremos de ampliarlo.

Como Winnicott afirmaba " las necesidades de los bebés no son variables sino inherentes e inalterables, y basta con que las condiciones satisfactoras sean tolerablemente buenas " 7. Esto nos lleva a un punto importante. Algunos elementos que hacen ver al bebé tan indefenso ante su entorno, como la falta de un Yo estructurado, la indiferenciación del aparato perceptual o la inmadurez fisiológica, son al mismo tiempo ventajas en el desarrollo infantil. Un neonato no reconoce a la persona que lo cuida, es decir, no tiene un apego específico que lo limite a interactuar exclusivamente con esa persona. Sus conductas suelen ser respuestas a estímulos que se orientan por la supervivencia. Entre otras cosas, el neonato no se asusta ante la oscuridad, duerme la mayor parte del tiempo, no discrimina figuras visuales a menos que estén en movimiento y sólo distingue una limitada gama de sonidos entre los cuales está la voz de su madre. En cierta forma, su organismo lo protege de estímulos a los que no se puede enfrentar.

El bebé no decide el tipo de leche que toma, por ello la persona que lo cuida puede darle pecho o algún producto especial.

De la misma manera, el bebé no escoge los colores, ni la forma, ni la posición de su cama, sino que se adapta a la que le proporcionan. El pequeño de menos de 6 meses, muestra gran flexibilidad mental pues aún no está conformado por toda la carga de valores y exigencias secundarias de la cultura, ni tiene que defender su ego de las amenazas externas. Por otra parte, esta carencia de organización de la psique le permite soportar más el dolor que el adulto (Spitz, 1965).

Con todo lo anterior, lo que pretendemos evidenciar es la enorme capacidad adaptativa inherente a la estructura del infante. Es obvio sin embargo, que los factores constitucionales aumentan o disminuyen esta adaptabilidad. Por ejemplo Schaffer (1966) comprobó que los bebés muy activos y móviles, sufren menos en lugares carentes de estimulación y de afecto que los niños más pasivos. Por lo mismo, cabe suponer que un niño que no ha conocido otro tipo de experiencias se amolda a las situaciones que ha vivenciado y aprende a sobrevivir en ellas, aprovechando inconscientemente los instintos de vida que le otorgó la naturaleza.

Spitz dice: "El niño normal tiene apariencia sana, es activo, se le ve feliz, da pocas preocupaciones, come y duerme bien, tiene un crecimiento normal y disfruta emocionalmente con sus padres y con el medio, así como el medio disfruta con él" ⁸.

La observación clínica ha demostrado a través del tiempo y de los autores que las experiencias vividas durante los primeros años tienden a ser determinantes para el futuro. Sabemos que la mala alimentación y el maltrato afectan directamente el crecimiento ; de la misma forma, las carencias afectivas o de estimulación y las experiencias que impactan, influyen gravemente en el desarrollo infantil (Lewis, 1963).

En un estudio realizado sobre la adquisición del autoconcepto en el niño maternal, se confirmó que la madre tiene un importante papel, ya que las atribuciones concientes e inconcientes que hace al hijo, determinarán en gran medida la formación del autoconcepto (Wylie, 1990) .

Otra de las experiencias que más afecta al bebé es la falta de una figura materna constante que le permita iniciar procesos de identificación y de reciprocidad.

Así, cada individuo necesita un modelo de aprendizaje, es decir, necesita patrones que orienten su conducta y que le hagan saber cuando falla y cuando acierta. Pero además requiere de cierta continuidad entre dichos patrones. Wolff (1969) encontró que el niño cuidado por una nodriza en vez de una sucesión de ellas, recibe más estímulos sociales y verbales, aún cuando el periodo de cuidado sea breve. En los niños que pasan de un cuidado despersonalizado a uno más constante, se observan mejoras inmediatas y duraderas.

En contraparte, el adulto también debe poder establecer una comunicación especial con el niño, para ser capaz de entender sus necesidades y de hacerle sentir que es único y que es importante para la persona que lo cuida. Tiene que convivir con el pequeño un mínimo de tiempo periódicamente, para llegar a comprenderlo y a

aceptar todos sus cambios durante su proceso particular de crecimiento ; sólo así, logrará anticiparse a sus nuevas demandas pudiendo satisfacerlo en la medida de lo posible y favoreciendo un desarrollo adecuado en cada etapa.

Mientras más pequeño es el infante tiene menos elementos de comunicación y por lo tanto, depende en mayor grado de la capacidad de empatía y el conocimiento que tenga de él la persona que lo cuida. Podemos, entonces, imaginar que los efectos nocivos para el desarrollo serán mayores cuanto más tempranamente se presenten o si actúan en periodos críticos de la evolución humana.

Durante el proceso de crecimiento, el niño atraviesa etapas de reorganización de sus funciones, donde hay una nueva readaptación al medio ; después de vivir en un mundo interno, descubre paulatinamente la realidad exterior. Si en un principio, la salud del neonato depende esencialmente de la satisfacción de sus necesidades biológicas, a medida que crece, su dependencia hacia el medio va aumentando en el aspecto emocional y disminuye en el biológico. Dicho de otra manera, el niño se hace cada vez más dependiente de personas en vez de cosas.

Anteriormente se mencionó que el desarrollo procedía mediante una secuencia ordenada de etapas representativas de un grado o nivel de madurez (Gesell y Amatruda, 1989). Cada momento de la vida presenta diferentes necesidades, diversas características y distintos significados de las experiencias. "Es imposible saltar o frustrar alguno sin provocar daños posteriores"⁹. S. Freud (1976) suponía incluso que el desarrollo de una etapa específica en la infancia, podía determinar la vida y el carácter de una persona.

De una etapa a otra, las funciones psicológicas y físicas que intervienen varían cualitativa y cuantitativamente. Un mismo estímulo es percibido e interpretado de forma distinta. En cada etapa, la capacidad adaptativa del bebé se encuentra potencialmente preparada para responder a situaciones específicas ; lo que a una edad puede provocar graves secuelas, en otra no.

Según Spitz (1965) el niño tiene fases en el desarrollo donde se muestra particularmente vulnerable, y las denomina "etapas transicionales"¹⁰.

Los 3, 7 y 14 meses son para él los momentos más delicados en el curso del primer periodo de vida, pues representan etapas de reorganización psicológica. Los objetos externos adquieren mayor significado. Las experiencias suelen ser más impactantes dada la inestabilidad de la psique y las consecuencias pueden ser más graves.

Durante estos periodos, algunas personas se transforman en elementos centrales del desarrollo al ser depositarios de la confianza y la tranquilidad del niño ; cuando el bebé ha tenido un contacto más o menos continuo con estímulos agradables, cuando se le han ofrecido oportunidades para jugar y, así mismo, para explorar su entorno sabiendo que alguien lo cuida, logra adquirir seguridad en el mundo que lo rodea.

Sin embargo, esta interacción con el mundo implica inevitablemente cargas de afecto y respuestas a emociones. Implica además la afloración de la agresividad humana entendida como el amor y el odio que mueven al niño a actuar. La libido se traduce entonces como el motor de la conducta humana, quizá, el motor del desarrollo.

En la infancia, las modificaciones del medio, que para un adulto pueden parecer irrelevantes, llegan a ejercer una influencia determinante. Las consecuencias sobre el infante son considerables ya que pueden acercarlo a la patología (Spitz, 1965). La función de la persona que cuida al niño resulta entonces de suma importancia; no en vano se respeta y se reconoce ampliamente la maternidad.

1.2.2 · EL PAPEL DE LA MADRE:

Desde su nacimiento el neonato percibe el placer o el displacer; ambos representan la base del afecto. El niño cuando es satisfecho siente apego hacia el satisfactor. En el caso contrario experimenta frustración. Más tarde, el apego adquiere nuevo sentido cuando se entrelaza con el afecto recíproco de la madre, convirtiéndose en amor (aún cuando el bebé no lo identifica como tal). Así mismo, la frustración se va ligando con la ausencia de la madre o con sus regaños, generando sentimientos de odio. El vínculo con las personas a quienes ama transforma la conducta del niño. Por una parte lo empuja a buscar una aceptación y una respuesta ante sus actos, imitando a los que son significativos para él o esforzándose por coordinar sus movimientos y sus impulsos. Por otra parte, provoca alegrías y frustraciones necesarias para el desarrollo adecuado de un ser.

Queda claro que la respuesta emocional de la persona a cargo de un niño, es determinante para él. Un infante que crece en un ambiente afectivo patológico, difícilmente podrá tener un desarrollo adecuado. Para poder desarrollar su sentido del Ser, para integrar las experiencias que vive y unificar el desarrollo de su percepción, de su psicomotricidad, su afectividad, su lenguaje, su inteligencia..., en un sólo proceso, el niño requiere de una madre o al menos de una figura materna que desempeñe ese papel permanentemente.

" La idea de que es posible criar a un niño en una institución, aunque sea buena, y de que el mero crecimiento permitirá convertirlo en un ser maduro, está desacreditada desde hace mucho " 11 . Los psicoanalistas consideran que el amor y el consuelo maternos son vitales para el desarrollo humano; el cuidado amoroso es requisito para los procesos innatos del crecimiento emocional. Los cambios constantes en la forma de cuidar a un bebé pueden provocar fijaciones en alguna etapa causando retrasos en el desarrollo. Una relación íntima en los primeros años de vida, ejerce un efecto protector frente a adversidades posteriores (Bowlby, 1972).

Para el niño es importante una respuesta rápida a su llanto y la comprensión de sus necesidades y de sus señales para comunicar, pero ésto no se da automáticamente sino que requiere de la observación y el aprendizaje por parte de la persona que lo cuida. Cuando una madre interactúa con su hijo desde sus primeras reacciones, cuando esta convivencia le permite identificar los mensajes de su bebé y a él le permite salir de un aislamiento mental para adaptarse a los ritmos de la madre, entonces se puede establecer una relación de simbiosis (Marcovich, 1978) .

El vínculo tan sólido que une a una madre y a un hijo, no depende únicamente de la satisfacción de necesidades primarias del niño sino también de la relación afectiva. La mamá que recibe miradas y balbuceos de su pequeño se vuelve más sensible a sus aflicciones y a sus demandas. Cada uno llena las necesidades del otro, se vuelven dependientes el uno del otro. La más mínima reacción de alguno es importante para la pareja.

En una relación insatisfactoria en este sentido, la consecuencia más grave será un desarrollo social inadecuado. Una de las funciones principales de la madre es la de introducir a su hijo al mundo, no sólo físicamente sino también en el plano psicológico. La relación madre-niño es el prototipo de las relaciones ulteriores. Es también el puente entre el niño y las percepciones, el niño y los objetos.

En primera instancia, la madre es importante como ser vivo que da calor, que mece, alimenta y tranquiliza. Ella tiene a su cargo el cuidado físico y psicológico que van ligados, pues no basta dar de comer a un bebé hambriento, hay que hacerlo adecuadamente y en el momento correcto ; "el cuidado amoroso es necesario para los procesos innatos del crecimiento emocional" ¹² . Es su función el permitir a su hijo entender que no puede crear el mundo a su antojo, sino que pertenece a un sistema donde su intervención es limitada (Winnicott, 1954).

La madre es necesaria además para que el niño pueda aprender de alguien cercano la capacidad de expresar afecto y la unión familiar dentro de un ambiente de libertad. El pequeño requiere de un modelo que facilite el desarrollo de su identidad personal, que le permita integrar su papel sexual.

Muchos estudios, han mostrado cuán valiosa es la madre para el desarrollo óptimo de un niño. Partimos desde aspectos particulares como el lenguaje, respecto al cual Spitz (1965) observó que en la quinta semana de vida, la voz de la madre es la más eficaz para que el bebé produzca sonidos. Pero, como ese ejemplo existen otros que nos permiten entender la enorme importancia de la relación madre-hijo para que el niño alcance cierta uniformidad en el desarrollo. Para que los diferentes sectores del crecimiento maduren equilibradamente y permitan suponer que esta personita en formación será un ser saludable en todos los aspectos.

Entre los 6 meses y los 3 años de vida, el desarrollo emocional e intelectual depende de las actitudes y las conductas de quien está al cuidado del niño. Las respuestas impersonales carentes de un involucramiento afectivo y de un interés particular hacia el pequeño, le provocarán a su vez una falta de interés por su mundo: desinterés por morder, tocar, explorar, comprender y hasta por comunicar. Dolto piensa que " los caprichos del niño proceden de una incomprensión de sí mismo porque el adulto no lo comprende "13.

Si el niño no disfruta con su ambiente, difícilmente su entorno disfrutará con él. Así se inicia un círculo vicioso donde el niño no se siente comprendido ni apegado, llegando a exteriorizar sentimientos negativos o agresividad que tarde o temprano provocarán respuestas rechazantes por parte de los adultos y de quienes conviven con él.

La agresión es una forma de comunicación del ser humano que nos mueve a actuar pero que en ciertas circunstancias puede ser expresada inadecuadamente. A veces surge en forma abierta por medio de berrinches, de pataleos o de gritos, a veces sólo puede aparecer de una manera oculta pero muy dañina para el propio niño y es en forma de autodestrucción. Cuando el niño se lastima a sí mismo, cuando se enferma constantemente, es que está tratando de expresar algún malestar o tensión interna (Lewis, 1963).

No obstante, el adulto rara vez se concientiza de esta forma de comunicación. Puede ignorar la problemática interna del chiquito permitiendo que siga generando modos inadecuados de conducta, o lo que es peor, que su desarrollo sea anormal. De cara a esta situación, Wolff (1969) supone que los desórdenes de comportamiento del niño son muchas veces consecuencia de un proceso de socialización deficiente debido a la falta de experiencias esenciales al comienzo de la vida, entre otras, la falta de relaciones continuas.

Si partimos del supuesto de que la madre es la responsable del proceso de socialización del niño, las relaciones madre-hijo disfuncionales ponen en peligro los cimientos de la sociedad. Para Spitz (1965), las madres que entorpecen en sus hijos el establecimiento del objeto libidinal, dificultan o incluso hacen imposibles las relaciones de objeto posteriores.

Por desgracia, la frecuencia con que las relaciones madre-hijo se perturban es alta. Podemos encontrar desde las madres que mantienen relaciones patológicas con el menor, las que maltratan física o psicológicamente a los hijos, hasta la ausencia de madre por fallecimiento en el parto, por abandono, etc. Las respuestas sociales ante estos fenómenos son también amplias. En algunas circunstancias los parientes o vecinos toman la responsabilidad de los pequeños, en otras el Estado se ve obligado a asumir el cuidado de estos niños.

En el caso último, es frecuente que el cuidado de los pequeños quede en manos de personas ajenas al cuidado amoroso. Hablamos de personas que tienen a su cargo a niños pero que no escogieron con

gusto esa actividad, o que tienen que atender simultaneamente a más de siete niños.

Algunas niñeras de institución que se ocupan tanto de un bebé como de otro, que no se involucran afectivamente en la relación pues actúan con prisa, o tienen demasiadas tensiones personales y dejan de recibir los balbuceos dirigidos a ellas, rara vez desarrollarán la sensibilidad para percibir las señales del infante. Por lo tanto, no podrán fomentar en el niño una confianza básica. Este último permanecerá, entonces, adherido a los objetos (al biberón, al chupete o a su dedo), tal vez encontrando en ellos un sentido de dominio (Dunn, 1979).

Cabe entonces cuestionarse acerca del futuro de los niños que por una razón u otra, han sido cuidados en forma inadecuada, ya sea por madres o por sustitutas, incapaces de responder a sus verdaderas necesidades. La duda ante estas situaciones sería ¿Podrá un niño pequeño tener un buen desarrollo y gozar de salud cuando carece de una persona que se preocupe por satisfacer sus necesidades de alimento, de cobijo, de atención y de afecto ?

- 1 R. Spitz " El primer año de vida del niño" Ed. Fondo de Cultura Económica, México (1965), pº 79.
- 2 A. Gesell & C. Amatruda "Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño" Ed. Paidós, México (1989), pº 199.
- 3 F. Dolto "Tener hijos, niños agresivos o niños agredidos" Ed. Paidós-Pomairé (1977), pº 161.
- 4 F. Dolto Op. Cit. pº 15.
- 5 R. Spitz Op. Cit. pº 72.
- 6 H. Wallon Op. Cit. pº 38.
- 7 D.W. Winnicott "El niño y el mundo externo" Ed. Paidós (1954), pº 13.
- 8 R. Spitz, Op. Cit. pº 152.
- 9 D.W. Winnicott, Op. Cit. pº 140.
- 10 R. Spitz, Op. Cit. pº 90.
- 11 D.W. Winnicott, Op.Cit. pº 54.
- 12 D.W.Winnicott Op. Cit. pº54.
- 13 F. Dolto, Op. Cit. pº 22.

CAPITULO II : EL NIÑO INSTITUCIONALIZADO

2.1 RELACIONES MADRE-HIJO PERTURBADAS Y SEPARACION

2.1.1. MALTRATO INFANTIL:

Durante los primeros cinco años de vida, el infante se encuentra indefenso ante el posible rechazo de sus padres. Su inmadurez física, cognitiva y social lo pone a merced de la realidad externa. Los estímulos que lo afectan mayormente en cada etapa son diferentes (Spitz, 1965). Como planteaba Meyer, los acontecimientos diarios de la vida del ser humano se encuentran en la etiología de los desórdenes psiquiátricos; las experiencias del niño no tienen que ser raras o catastróficas para ser patológicas, aún los eventos más comunes pueden contribuir potencialmente al desarrollo de condiciones psiquiátricas (Citado en Wolff, 1969). Sin embargo, existen circunstancias particularmente nocivas por su carácter antinatural.

En el periodo postnatal, algunos de los factores más dañinos para el bebé son la privación de alimento, de sueño y de vestido. En los siguientes tres años, la separación de los padres representaría una fuente de desorganización para el pequeño provocándole temor, inseguridad, desamparo y una desconfianza básica frente a las personas. También puede darse la constricción de la actividad del niño, acompañada de la apatía y el sometimiento que impiden la exploración innata.

En los años posteriores, los padres que explotan o devalúan e insultan constantemente a sus hijos, provocarán en ellos una falta de independencia, gran desconfianza en sus propias capacidades y una autoimagen deteriorada (Marcovich, 1978). A esta edad, el niño termina fácilmente por aceptar la imagen que sus padres tienen de él; si es demasiado negativa, el infante puede llenarse de hostilidad y rencor hacia los demás.

Un niño que es criado por una madre psicológicamente enferma, corre el peligro de manifestar tarde o temprano cierto tipo de perturbaciones.

Por lo general, la madre es quien despierta en su hijo el interés en el mundo externo. Ella orienta sus impulsos para ir en busca de experiencias, transmite el deseo de aproximarse a los objetos, de asirlos, observarlos, voltearlos o chuparlos. Lo invita a sentarse, a echarse para adelante, a gatear, a rodar, a pararse, a caminar y a correr. Aunque son conductas que se convierten en necesidades de un infante, la edad en que aparecen depende en buen grado del motor afectivo.

Qué pasa cuando el niño permanece solo la mayor parte del día, sin que exista una persona que despierte sus sentidos aproximándole juguetes. Cómo puede una madre motivar a su hijo, si ella misma no

está motivada a interactuar con su mundo. Qué podríamos esperar de un niño que, por circunstancias específicas, es golpeado por unos padres que le proporcionan una imagen amenazante de la realidad, en vez de un ambiente gratificante. Spitz escribe sobre las relaciones insatisfactorias madre-hijo en términos de "relaciones insuficientes o incorrectas" 1.

Tanto en México, como en muchos otros países, es frecuente el abandono físico o moral, la violencia hacia los menores y el abuso. Tal parece que el maltrato a los hijos es cada vez más frecuente en nuestras sociedades, siendo la madre el principal agente de maltrato (Kempe Citado Marcovich, 1978). Marcovich define el "síndrome del niño maltratado como el conjunto de lesiones orgánicas y/o psíquicas que se presentan en un menor de edad por acción directa, no accidental, de un adulto que abusa de su superioridad física, psíquica o social" 2.

Este es un problema que compete particularmente a nuestro estudio ya que más del 50 % de los niños maltratados son niños menores de cuatro años que dependen por completo de sus padres. Lógicamente, su supervivencia se ve amenazada cuando los padres manifiestan hostilidad en forma verbal o física y expresan su deseo de abandonarlos (J.Marcovich, 1978) ; en tales situaciones, la angustia generada en los pequeños puede ser la causa de un bloqueo en el desarrollo infantil. No sólo hacemos referencia a los daños físicos como los golpes, las quemaduras, la privación de sueño o alimento y los trabajos pesados que deterioran el sistema nervioso central y pueden provocar alteraciones neurológicas, defectos perceptuales y conceptuales, hasta el retraso mental (Elmer, Morse, Sahler y Friedman 1967,1970 citados en Marcovich, 1978). También nos referimos al maltrato psicológico, como las actitudes hostiles, los sentimientos de odio, de coraje y de indeseabilidad que causan graves estragos emocionales.

Siempre han existido mujeres que no aceptan su maternidad y que tal vez llegaron a intentar el aborto sin lograrlo. Estas madres "obligadas", por ignorancia, por presiones o por desajustes en su personalidad se convierten con cierta frecuencia, en madres maltratantes. Muchas de ellas viven un estrés constante ya que les resulta particularmente difícil alimentar, bañar o vestir al bebé.

Varios estudios muestran como los niños criados en situaciones de maltrato no desarrollan la capacidad de integrarse al medio o se vuelven seres apáticos, deprimidos, llenos de desconfianza y resentimiento hacia una vida que no despierta su interés. En estos niños, el proceso de socialización es más lento (George y Main, 1979) y se observan dificultades para confiar en los demás (Milling y Kinard, citados en Marcovich, 1978).

El Dr. D. Horenstein define el síndrome de deficiencia conductual como la serie de características del niño maltratado, tales como: Retardo en áreas motoras, sociales e intelectuales, constricción emocional, violencia, agresión, aislamiento y apatía (Citado en Marcovich, 1978). Para adaptarse a un medio amenazador, el menor tiende a generar conductas del orden de la pasividad, el

retiro afectivo y el silencio ; en términos generales, es frecuente observar ciertas formas de depresión. Algunos autores sugieren incluso que la agresividad o la ansiedad son sólo síntomas que enmascaran la depresión en el niño (Cytryn y McKnew, citados en Dolto, 1977).

En el peor de los casos, la consecuencia del maltrato es la muerte. Dónde el psicólogo puede y debe actuar es sobre todo, cuando el maltrato conlleva detención, retraso o regresión del desarrollo . En algunas instituciones infantiles se ha observado que los menores retraídos, demasiado agresivos, con retraso psicomotor, indiferencia al medio, llanto constante, cicatrices y/o desnutrición, tienen altas probabilidades de haber sido niños maltratados (Marcovich, 1978).

Una buena parte de éstos, suelen ser abandonados en hospitales u otras instituciones. La situación de éstos niños se agrava si además el maltrato ha provocado daños irreversibles, como dice Gesell: "El individuo normal tiene un poder congénito para adaptarse o alterar su ambiente y beneficiarse de la experiencia. Si el equipamiento original del individuo está deteriorado antes, durante, o después del parto, el niño no puede satisfacer adecuadamente las exigencias de su ambiente, ni en la primera infancia" ³.

2.1.2. ABANDONO INFANTIL:

Al niño hay que prepararlo antes de separarlo de sus padres y explicarle la situación, sobre todo si es mayor de 6 u 8 meses y ya distingue a los padres de las demás personas. Además necesita tener noticias de ellos, para poder mantener su confianza en el mundo externo (Dolto, 1977).

J. & J. Robertson estudiaron en 1967, las reacciones de dos grupos de niños separados temporalmente de sus padres (Citado en Bowlby, 1972). Los niños del grupo A fueron adoptados durante ese período por la pareja Robertson, a quiénes empezaron a tratar desde antes de la separación ; recibieron un cuidado maternal , se les respetó su rutina diaria, y se les habló de sus padres mientras permanecieron ausentes. El grupo B permaneció en una institución en las condiciones siguientes: No conocían a las varias personas que los cuidaban, tuvieron que adoptar las normas de la institución y no recibieron noticia alguna de sus padres. Los resultados mostraron una mucho menor aflicción en los niños del grupo A a diferencia del grupo B.

Ante la separación o el abandono, las reacciones del ser humano conllevan grandes cargas emocionales que afectan el desarrollo en forma más o menos permanente. Bowlby (1972) encontró que el abandono de niños menores de 3 años produce frecuentemente graves secuelas . Incluso la separación de ambientes y olores familiares desequilibra al bebé (Winnicott, 1954).

Al faltar la madre el pequeño experimenta una gran necesidad de cariño ; si se prolonga la separación, cabe la posibilidad de un estancamiento en el desarrollo emocional (Langerberg citado en Bowlby, 1972) y el crecimiento, así como un retraso en el desarrollo intelectual y social.

En los niños institucionalizados por privación de la madre, Spitz (1965) observó cierta homogeneidad en sus conductas. Durante el primer mes, el pequeño se muestra sonriente y alegre, entra en contacto con los extraños fácilmente. Al cabo de este periodo, se vuelve más llorón y exigente, disminuye su apetito (y su peso) y se observa mayor apego hacia una persona específica. Se puede intuir el grado en que la separación de la madre ha afectado al menor en la intensidad con que demanda atención y el grado en que disfruta la presencia de las personas (Marcovich, 1978).

En el curso del tercer mes, el índice de desarrollo parece detenerse. La interacción con su medio disminuye y aparecen síntomas característicos como el insomnio, la tendencia a contraer enfermedades interrecurrentes y un retraso motor generalizado. Si el abandono es definitivo, el niño puede presentar un cuadro depresivo.

Otros autores han encontrado diferentes reacciones ante la separación: la primera fase es de protesta inmediata ante la pérdida. El niño expresa vivamente la pena y el mal humor, llora y reclama a la madre, en la segunda etapa surge la desesperación, se muestra apático casi no responde a las personas que quieren hablar o jugar con él, pudiendo quedarse acostado todo el día, chupándose el dedo. En la tercera fase, viene el despegue. El niño ya no reconoce a la madre, ni siquiera parece preocuparse volviéndose más alegre y sensible a los demás. En este momento, la madre sustituta tiene mayores oportunidades de ser aceptada por el chiquito (Wolff, 1969).

Dunn (1979) a su vez, observó en los pequeños que han permanecido hospitalizados por cierto tiempo, una ansiedad inmediata, seguida de una fase depresiva. Posteriormente, llega a darse el desapego aparente de los padres . Cuando el bebé es menor de 6 meses, su aflicción es menor ya que el apego con la madre es más débil . Sin embargo, este mismo autor habla de niños privados durante sus dos primeros años, y que aún así, lograron con el tiempo formar vínculos profundos y duraderos.

Los efectos de las separaciones sobre los niños son discutibles y dependen en gran medida de las circunstancias particulares de cada uno. Para poder estudiar las consecuencias de la separación madre-hijo, hay que tomar en cuenta la edad del niño, su grado de madurez y la naturaleza de la vinculación existente (Lebovici y Soute, 1973) .

Así por ejemplo, hay quiénes afirman que las consecuencias negativas del abandono son más notorias en pequeños que mantenían una buena relación con la madre. Niños que de pronto perdieron su

objeto amoroso y se vieron privados del suministro libidinal indispensable. Para ellos, la carencia de madre suele repercutir en el progreso del desarrollo (Spitz, 1965). Si la separación es menor de 3 meses es muy probable una rápida recuperación. Pero en abandonos superiores a los 5 meses, la recuperación del menor es más lenta y en ocasiones no vuelve a alcanzar el nivel inicial. Estos casos se presentan generalmente cuando sobreviene el deceso de los padres o la hospitalización de alguno de ellos.

En otros estudios sobre orfandad infantil, se enfatizan más los efectos en el desarrollo anormal de la personalidad como consecuencia de una relación madre-hijo disfuncional, previa al abandono (Bowlby, 1972). Marcovich dice " los niños con trauma de adopción llegan a mostrar la misma sintomatología que los niños no deseados pero no rechazados abiertamente " 4.

No olvidemos que un número importante de niños huérfanos, se enfrentan además al antecedente de una vida familiar desorganizada. Muchas veces se trata de padres que padecen desórdenes de personalidad o que presentan perfiles característicos del progenitor maltratante (Wolff, 1969).

2.2 NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS

2.2.1. NIÑOS CRIADO POR UN SUSTITUTO MATERNO:

Con base en los hallazgos sobre maltrato infantil, es sorprendente suponer que un menor se pueda desarrollar mejor en su casa bajo el cuidado de padres maltratantes, que en una institución designada para el cuidado infantil.

El ser humano necesita sentirse ligado a algo o a alguien para poder adquirir una mínima confianza básica. Aun los padres que maltratan, satisfacen en cierta medida las necesidades del hijo. A largo plazo, puede ser menos dañino subsistir en un pseudo-hogar donde los progenitores dejan insatisfechas las necesidades básicas de alimento y cobijo pero proporcionan un sentimiento de pertenencia. Tal parece, entonces, que para un niño es preferible el maltrato al rechazo o al abandono.

No sabemos qué puede suceder cuando el niño pierde este escaso sentido de existencia quedando en el abandono total o en manos de un sustituto inadecuado. Son muchos los factores que determinan las relaciones humanas, y las posibilidades de que un niño no se adapte a la nueva persona que lo cuida deben ser consideradas.

Para Spitz (1965), los menores que después del abandono de sus padres presentaron depresión anaclítica, eran niños que habían tenido una privación materna mayor de 3 meses pero que anteriormente, mantenían con ella una buena relación. Parece ser que en tales casos, resulta más complicado dar un sustituto adecuado a este objeto amoroso. El autor también menciona que el niño de 8 meses confiere al objeto amoroso propiedades únicas que lo diferencian del resto. Para que el infante pueda establecer

vínculos estrechos con el sustituto libidinal, debe crearse una dependencia basada en la respuesta a sus comunicaciones. Es decir, un cuidador adecuado desarrollará una sensibilidad especial para poder responder a las señales del pequeño, y así, iniciar el intercambio (Dunn, 1979). Aún una madre adecuada no tiene la capacidad de identificar todas las circunstancias que afectan al bebé, no siente el frío o el calor de su hijo, pero sí responde a su llanto y aprende a detectar sus necesidades. En este proceso de reciprocidad, interviene necesariamente el entorno como una influencia mutua (Kagan citado en Dunn, 1979).

En el primer capítulo, mencionamos la institucionalización como una respuesta social cada vez más empleada ante el abandono. En México, los centros de albergue infantil emplean a grupos de niñeras o de puericultoras con la función de atender a los pequeños día y noche. Son responsables de limpiarlos, vestirlos, alimentarlos y protegerlos. De acuerdo a las posibilidades de la institución, cada una de ellas cuida de 4 a 10 niños simultáneamente.

Si a ésto agregamos que los menores que les son asignados varían de semana a semana, podemos entonces comprender la dificultad para ambos de crear vínculos cercanos.

No olvidemos que también los niños participan activamente en la construcción y el mantenimiento de las relaciones interpersonales con sus cuidadoras (Hinde & Stevenson-Hinde) ; ellos estimulan a sus madres o a las niñeras por medio de su sonrisa, de su mirada y de todas las expresiones de sus estados internos (Ende) (citados en Roe y Feldman, 1988). Normalmente, debiera darse una creciente adaptación de uno hacia otro. Pero cuando el tiempo de interacción es escaso se obstaculizan estos procesos.

" A falta de lenguaje, el infante entra en contacto con las personas a través de su cuerpo " ⁵. Al encerrarlo y dejarlo en su cuna, le negamos esta posibilidad. Las repercusiones pueden ser múltiples. Por una parte, el bebé carece de la estimulación de sus percepciones. La niñera rara vez tiene tiempo de acariciarlo o jugar con sus deditos. Por otra parte, tampoco se acerca a él para responder a sus gestos y su mímica o para hablarle y enseñarle nuevos sonidos. Además, se priva al niño de cuidados especiales. Como se revisó en el primer capítulo, el intercambio diario, seguro y tranquilo entre el niño y el adulto es importante para el desarrollo del lenguaje ; a su vez, se encontró que las madres que reaccionan rápidamente ante las sonrisas, miradas y ruidos del bebé favorecen el desarrollo intelectual.

L. Casler observó que los bebés cuidados por una misma persona, reaccionan mejor verbalmente empleando su lenguaje en forma más adecuada (Citado en Spitz, 1965). Los estímulos complementarios impersonales no tienen mayor efecto sobre él. Además, el niño criado con amor durante su primer año de vida aún en condiciones desfavorables, tiene mejores avances intelectuales y mayor salud que aquellos criados con gran higiene pero sin afecto (Wolff, 1969).

En situaciones normales, (es decir, cuando hablamos de familias funcionales), el niño vive rodeado de ciertas pautas de comportamiento. La madre tiende a reforzar las conductas que aprueba en su hijo, permitiéndole desarrollarlas. Sin embargo, es frecuente que el niño sin madre sea cuidado por una sucesión de personas y no siempre son congruentes las exigencias de unas y otras. Entonces, a los cambios naturales de temperatura, alimentación y sueño, debemos agregar la falta de continuidad en el trato. Ante esta inestabilidad del entorno, los mecanismos de defensa del pequeño pueden llegar a provocar, fijaciones o regresiones en el desarrollo. como dice Spitz: "las diferencias en los cuidados y experiencias tempranas pueden causar que el niño se detenga en algún punto de la secuencia típica del desarrollo psicosexual. Determinando, así, la forma en que se relacionará más tarde" 6.

Existen evidencias de que la calidad de las relaciones con las cuidadoras durante el primer año permite predecir el comportamiento ulterior (Sroufe citado en Goodyer, 1990). Los niños que establecen una relación segura con la niñera de los 12 a los 18 meses y por lo tanto no experimentan un estado de separación o de privación materna, al llegar a los 4 ó 5 años, muestran una menor dependencia hacia ella en comparación con otros menores (Goodyer, 1990).

Tal parece que los factores socio-emocionales de una edad, permiten predecir factores similares en edades posteriores, aún cuando las circunstancias sociales cambien. Esto parece sugerir que un apego seguro con la niñera, a temprana edad, provee de una experiencia de aprendizaje que el individuo interioriza, formándose representaciones de las relaciones interpersonales (Sroufe & Fleeson, citados en Goodyer, 1990). Por consiguiente, las expectativas y actitudes hacia sí mismo y los otros se verán influenciadas positivamente. En el caso contrario, cuando existen fallas en el establecimiento temprano del apego, se presentan consecuencias psicopatológicas (Bowlby, 1972).

Los teóricos del aprendizaje social, han resaltado la importancia de la respuesta rápida ante el llanto del bebé para proporcionarle una sensación de efectividad y desarrollar un sentimiento de dominio (Spitz, 1965). Es obvio, que ésto resulta particularmente difícil para una niñera que debe atender a demasiados niños. Clarke-Stewart (1973), también mencionan la diferencia en la actitud de las cuidadoras cuando reciben miradas y balbuceos de los pequeños: "se muestran menos hurañas y más sensibles a la aflicción y las demandas de los niños". Queda preguntarnos si una niñera, en circunstancias de institucionalización, podrá crear lazos de afecto y unión en el niño y si será capaz de facilitar el desarrollo de su identidad personal y la integración de su papel sexual, promover la maduración del pequeño y satisfacer sus necesidades psicoafectivas.

Existen otros elementos fundamentales en el intercambio niño-adulto que nos permiten dudar de los beneficios del cuidado impersonal. Para Kolberg (citado en Tamis y Bornstein, 1990), el juego infantil con la madre es imprescindible; ella es la principal compañera de juego. Frecuentemente, el niño expresa su amor, su odio, su culpa y la búsqueda de la "reparación del daño" en forma directa o a través del juego reconstructivo. Si carece de esta oportunidad puede reaccionar con la pérdida de la capacidad de sentir culpa y tal vez hasta de sentir amor (Winnicott, 1954). Suponiendo que la niñera pudiera ser la amiga del niño (Spitz, 1965), el desarrollo infantil se vería favorecido, sobre todo, en el área social y emocional. Aún más, las instituciones deberían propiciar mayor tiempo de juego estructurado, y sobre todo deberían dar mayor orientación a las niñeras sobre el desarrollo psicológico de niños abandonados, maltratados, o simplemente privados de una madre.

2.2.2. NIÑOS EN LA INSTITUCION:

Los efectos de estar institucionalizado y carecer de un sustituto materno específico son los que interesan a esta tesis. El asumir la responsabilidad de un niño que no es hijo propio resulta de por sí una situación anormal, el obligar al pequeño además, a asumir las normas y procedimientos de una institución, son factores que suelen tener importantes consecuencias negativas.

Antes, en ausencia de los padres, los niños de pueblo eran criados por viejos que hablaban con ellos respondiendo a sus dudas, despertando su curiosidad, su observación y su inteligencia; algunos, incluso, les cantaban (Dolto, 1977).

Actualmente, dadas las condiciones socioeconómicas de México, es difícil para cualquier familia hacerse cargo de niños ajenos. Cuando los parientes se hacen responsables de los pequeños, en ocasiones las consecuencias no son ideales, pues el trato que se les brinda dista mucho del cuidado amoroso planteado por Bowlby (1972).

Por otra parte, las leyes para la protección infantil, prevén la custodia temporal del niño maltratado por una institución (Gonzalez Alvear y Santillán Leyva, 1982). Muchos investigadores se han preocupado de las consecuencias de los menores al verse separados de su familia y albergados en una Casa Cuna o Casa Hogar, u otro tipo de organismo. Es importante mencionar a Spitz cuando dice: "las experiencias que son catastróficas para el niño no lo son necesariamente para el adulto, las modificaciones del medio que parecen insignificantes para el adulto pueden llegar a ejercer una influencia profunda, sobre el infante, con serias consecuencias, como la patología". Parece además, que el entorno físico tiene un efecto directo sobre el desarrollo del niño; la falta de un espacio o de material para interactuar y la ausencia de un ambiente social seguro que permita la exploración afectan ciertas

capacidades como el aprendizaje de la coherencia del mundo y aumentan las probabilidades de desórdenes psiquiátricos (Googyer, 1990).

Existen resultados opuestos a los que plantean Bowlby (1972) o Spitz (1965), como los de Barbara Tizard quien realizó un estudio, en 1975, donde comparaba el desarrollo de los niños de cuatro grupos distintos. El grupo A estaba conformado por niños criados 4 años en una institución, los del grupo B habían permanecido 2 años en la institución y luego habían sido adoptados. El grupo C estaba compuesto por aquellos que habían regresado con sus madres después de 2 años de institucionalización, y finalmente, los del grupo D eran niños de familia. Al cabo de los 2 primeros años de la investigación, se encontró que los niños de los grupos A, B, C se comportaban en forma diferente a los de D. A los dos años de edad, los pequeños actuaban como si tuviesen sólo 1 año, su inteligencia verbal era normal pero se observaba un retraso en el lenguaje (citado en Dunn, 1979).

Contrariamente a lo que se esperaba, este estudio mostró que los niños del grupo B pudieron establecer buenas relaciones afectivas con los nuevos padres. Incluso, su coeficiente intelectual al cabo de 4 años, era superior al de otros niños de clase obrera. Finalmente, se encontró que los sujetos del grupo A presentaban un mejor desarrollo a los 4 años que los del grupo C. Por lo tanto, Tizard concluye que el cuidado y atención individual y sensible no es esencial para el desarrollo normal.

Por su parte Burlingham y A. Freud ⁸ observaron que el bebé menor de cinco meses, alimentado con botella se desarrolla mejor en una institución que en una familia. Aunque de los cinco a los doce meses, el niño de familia es más responsivo y vivaz y tiene mayor facilidad para el juego activo y la manipulación de objetos. Entre otros resultados, encontraron que los infantes entre uno y dos años que crecieron en institución presentaban un mejor control muscular y más libertad de movimiento.

Sin embargo, los estudios que enfatizan el efecto adverso de la institucionalización en el desarrollo infantil, son numerosos.

En una investigación sobre los menores de la Casa Cuna Tlalpan, en la ciudad de México, Montes de Oca (1986) encontró un retraso en el desarrollo de la mayor parte de los sujetos estudiados. Bowlby (1972) observó dificultades para interiorizar conceptos morales y de autocuidado en este tipo de niños. Lowrey ⁹ encontró que 15 niños, los cuales vivieron en un orfanato desde los 4 meses hasta los 3 años, habían obtenido resultados inferiores en aspectos de personalidad, de inteligencia, de memoria, lenguaje y adaptación escolar, en contraste con un grupo de referencia donde los niños fueron adoptados inmediatamente.

Por la experiencia clínica de algunos autores como Wolff (1969) en el trabajo con niños en tratamiento, la estancia en orfanato suele ser vista como un factor de riesgo que favorece el desarrollo de habilidades intelectuales dañadas, capacidades

inadecuadas de criar a sus propios hijos, deseos de suicidio o de cometer crímenes. El orfanato puede ser además fuente de perturbaciones en la movilidad infantil. El cabeceo y el balanceo corporal son frecuentes en el ambiente institucional. Llega a ser patológico cuando se convierte en la actividad principal (Dunn, 1979).

El niño maltratado, como es dado en el caso de los niños institucionalizados, suelen tener gran destreza en la manipulación pero en el sector social muestran un retraso, así como hiperactividad y destructividad. Expresan poco interés por el contacto humano, volviéndose hostiles con los demás (Spitz, 1965). Dolto comenta: "desde su nacimiento, el bebé humano es un ser de lenguaje, muchas de sus dificultades una vez explicadas se resuelven en el curso del desarrollo...Una explicación tranquila le transmite seguridad y confianza en oposición a los gritos, regaños y golpes que más que nada crean una situación de domesticamiento donde el niño obedece por temor. El niño cuyos padres están ausentes y es cuidado por una nodriza, carece frecuentemente de esta comunicación humanizada de palabras dirigidas a él" ¹⁰ .

Con respecto a la evolución del lenguaje, Kellmer Pringle, concluye que los niños cuidados en instituciones donde pasan la mayor parte del día entre compañeros, sufren un retraso en el desarrollo del lenguaje por la falta de contacto con adultos (citado en Wolff, 1969).

Todos estos resultados parecen apuntar a la hipótesis de que no es la institucionalización por sí misma la que origina los problemas en el desarrollo, sino ciertos factores específicos dentro de ella. De cara a esta situación y buscando las mejores circunstancias para los niños que se encuentran internados podemos apoyar la idea de que tal vez sea preferible una adopción no perfecta a la permanencia en la institución (Winnicott, 1954).

- 1 R. Spitz Op. Cit. pº 155.
- 2 J. Marcovich Op. Cit. pº 62.
- 3 A. Gesell & C. Amatruda Op. Cit. pº 172.
- 4 J. Marcovich Op. Cit. pº 98.
- 5 F. Dolto Op. Cit. pº 126.
- 6 R. Spitz Op. Cit. pº 75.
- 7 R. Spitz Op. Cit. pº 95.
- 8 D. Burlingham y Anna Freud cit. R. Stavenhagen G. "La imagen de la madre en el niño preescolar", Tesis UNAM nº 6, 1956.
- 9 Lowrey cit. W. Goldfarb "Effects of psychological deprivation in infancy and subsequent stimulation", 1946.
- 10 F. Dolto Op. Cit. p.º 15.

CAPITULO III: DIFERENTES APROXIMACIONES AL ESTUDIO DEL NIÑO

En la psicología existen distintos enfoques para encarar el estudio del ser humano. El objeto de estudio sigue siendo el mismo, pero el marco de interés puede cambiar. Así por ejemplo, encontramos teorías que se centran en el aspecto intelectual del desarrollo, o en el afectivo y emocional o en el conductual. La concepción de una teoría que contemple e integre todos los aspectos del desarrollo, resultaría seguramente imposible.

Por otro lado, al abocarse a diferentes aspectos del desarrollo, las teorías ofrecen formas variables para estudiar el proceso de crecimiento físico, social y cognitivo, atendiendo a cambios y transformaciones específicas en cada sector. Así, los planteamientos y explicaciones de cada teoría tienen distinta utilidad en el campo práctico.

El hilo conductor del proceso evolutivo varía dependiendo del enfoque que se utilice, así mismo, las etapas o fases que se identifican en este proceso parten de distintas observaciones. Algunos autores como Maier (1971), agrupan las teorías en tres rubros: el psicoanalítico, el cognoscitivo o psicogenético y el conductual. Otros autores, como Bijou (1976) dividen estas corrientes en tres: la teoría madurativa, las teorías psicoanalíticas y cognoscitivas, y la conductual.

Para efectos de esta tesis y con el fin de dar un panorama más amplio revisaremos los cuatro enfoques por separado:

- a) el psicoanalítico representado principalmente por S. Freud y E. Erikson.
- b) el Psicogenético donde unos de los autores más conocidos son J. Piaget y H. Wallon.
- c) el conductual desarrollado por autores como Bijou, Sears, etc...
- d) el madurativo en la cual se identifican a A. Gesell e Ilg.

Tal vez sea importante recordar que el objetivo de este capítulo no es el de desarrollar ampliamente cada teoría, sino el de presentar brevemente los planteamientos propuestos por cada una de ellas y las fases que algunos de los autores más relevantes han encontrado en el proceso de desarrollo infantil. También trataremos de mencionar aportaciones de los distintos enfoques de cara a una mayor comprensión del niño institucionalizado.

DESARROLLO INFANTIL

Breckenridge y Nesbitt mencionan que " El desarrollo del niño es un proceso dinámico y cambiante que depende de muchos factores para seguir un curso normal. En cada momento del proceso, la evolución es el resultado de factores hereditarios o ambientales, pasados o presentes" ¹. La forma de concebir el desarrollo infantil varía de enfoque a enfoque y de autor a autor, sin embargo podemos encontrar entre cada uno de ellos factores comunes.

Para Gesell (1975), cada niño funciona en un medio dado y en él adquiere experiencias que lo estimulan para desarrollar sus capacidades en forma múltiple. El desarrollo infantil procede por etapas ordenadas, donde cada una representa un grado mayor de madurez y un aumento en el dominio corporal. Para Maier (1965), el desarrollo alude a una integración de los cambios constitucionales y aprendidos que conforman la personalidad en constante desarrollo.

Basándonos en las observaciones de muchos investigadores, podemos concluir que el proceso de desarrollo mantiene cierta homogeneidad entre las distintas personas. Es decir que en las diferentes fases de la evolución, existen ciertos patrones conforme a los cuales se pueden reconocer o identificar conductas y características normales en los individuos. Con la intención de retomar los puntos importantes de las diferentes teorías, nosotros entenderemos el desarrollo infantil como la secuencia de cambios físicos, psicológicos y emocionales que se suceden en un individuo como parte de un proceso continuo, a través del cual se integran los aspectos constitucionales y ambientales del niño .

3.1 EL ENFOQUE PSICOANALITICO

Este enfoque se caracteriza por hacer hincapié en los procesos emocionales, tanto conscientes como inconscientes, atribuyéndoles el carácter de fuerzas motivacionales básicas (Maier, 1971). A cada persona no le basta tener un ambiente estimulador, también necesita una relación continua y de calidad que sea fuente constante de experiencia y de imágenes interiores (Wolff, 1969). La teoría psicoanalítica postula: " el Yo es la parte de la psique que media entre las relaciones con el interior y el exterior, en el intercambio del mundo interno y el externo. Los controles y los mecanismos de defensa son indispensables para que el infante se convierta en un ser social " ². El niño inicia su contacto con el mundo a través de la percepción matizada siempre por el afecto. De manera similar, la afectividad abre paso al desarrollo de otras funciones (Spitz, 1965).

Como el desarrollo es un proceso continuo, parece imposible saltar o frustrar etapas sin efectos nocivos. Así, la relación que establece un bebé con su primer objeto de amor puede ser determinante para su futuro. S. Freud (1976) estudió, entre otras cosas, las consecuencias de las actitudes que adopta la madre hacia su hijo, en la formación de la personalidad humana. Las diferencias en los cuidados y experiencias tempranas pueden provocar que el niño se detenga en algún punto de la secuencia típica del desarrollo psicosexual, determinando así la forma en que el sujeto se relacionará más tarde (Dunn, 1979).

3.1.1-Sigmund Freud:

El primero en fundamentar un camino psicoanalítico en el desarrollo infantil fue Sigmund Freud en 1949. Este autor planteaba la existencia de dos pulsiones básicas, ejes del sistema del Ello. Unas eran las pulsiones sexuales o eróticas que englobaban los impulsos de autoconservación y otras que formaban las pulsiones de muerte o de destrucción y que empujaban al ser a recobrar un estado inerte. Este segundo tipo de impulsos se manifestaban particularmente hacia el mundo externo. La lucha entre estas pulsiones opuestas, genera una tensión que se podría traducir por la lucha amor-odio que se da en las distintas relaciones humanas (Freud, [1915], 1976). Por lo tanto, la energía Del Eros denominada por Freud "la libido", se sitúa primero en el Ello y conforme el Yo se va consolidando, se apodera de esta energía, para convertirse en importante generador de todos los procesos psicológicos (Teoría sexual de S.Freud,[1905], 1976).

Para Freud, el estudio de la sexualidad siempre estuvo investida de gran interés, sin embargo, al darse cuenta a través de su experiencia que la personalidad humana se definía durante la niñez, empezó a asignar mayor importancia al estudio de la sexualidad infantil (1923). Freud descubrió que conforme el individuo crecía, la libido se desplazaba de una zona erógena a otra. El lugar donde se reubicaba la energía, definía una nueva etapa del desarrollo y estaba determinado en gran parte por una disposición hereditaria que seguía un programa evolutivo. "Una zona erógena se define como un sector del cuerpo donde la estimulación provoca una sensación placentera"³. La meta sexual de la pulsión infantil es producir satisfacción mediante estimulación apropiada de la zona erógena que predomina en el momento. Cabe mencionar la posibilidad de que alguna de estas zonas sea constitucionalmente más erógena que otras, por lo que su función en el desarrollo de la personalidad será determinante (S. Freud, [1916], 1976).

En las primeras fases, el objeto erótico se encuentra en el propio cuerpo. Progresivamente, la libido dejará de centrarse en la autosatisfacción, para lograr una satisfacción de objeto externo y pueda sacar al niño del autoerotismo (Freud, [1905], 1976). De acuerdo a este proceso, Freud planteó seis etapas psicosexuales que se dividen en dos periodos del desarrollo, donde las tres primeras fases representan el periodo pregenital ubicado en los cinco primeros años de vida⁴.

a) -Fase Oral: Es la primera organización sexual pregenital⁵. Durante el primer año, la libido del bebé se concentra en el área de la boca y los labios, la actividad sexual aún no se separa de la nutrición. Por ello, las sensaciones más importantes para el recién nacido son proporcionadas a través del contacto táctil y el chupeteo durante la alimentación. Su meta es incorporar el objeto y será la actividad precursora de la identificación. Se puede incluso, dividir esta primera etapa en dos momentos, la fase oral pasiva que ocupa los seis meses posteriores al nacimiento y la fase agresiva cuando empiezan a aparecer los dientes. Visto desde este

enfoque, la boca permite delinear ciertos rasgos de personalidad ; la adaptación del niño al ambiente podría manifestarse en las formas como utiliza sus labios y boca para obtener placer. Algunas perversiones sexuales de la vida adulta, se originan en esta etapa (Freud, [1916], 1976). A partir de esta última aparece la ambivalencia que caracteriza al desarrollo, en los sentimientos que surgen en él: amor-odio, ternura-agresión.

Así, el infante aprende a retener por medio de la succión y a rechazar lo que le molesta escupiendo, o puede aislarse del exterior cerrando la boca. Posteriormente, logra descargar su agresividad en el acto de morder, liberando sus impulsos de vida y muerte (Hall, 1990).

D)-Fase Anal: En el segundo y tercer año, la energía libidinal se transfiere al ano y ejerce una acción en la formación de la personalidad por medio de la expulsión o retención de heces fecales. La zona anal tiene un valor erógeno muy grande ; algunos trastornos intestinales infantiles cumplen el objetivo de mantener la estimulación, como la retención de heces fecales que al acumularse provocan contracciones musculares placenteras (S. Freud, [1905], 1976). En esta segunda fase sádico-anal, empieza la diferenciación entre los sexos, pero aún no se puede llamar femenino-masculino sino activo y pasivo. La actividad principal es el "apoderarse" y retener lo interno o entonces la actitud pasiva de dejar ir. Se vislumbra la polaridad sexual (de penetrar o ser penetrado) y la concientización del objeto ajeno.

Esta etapa se caracteriza por el establecimiento de las normas familiares. De ahí que la actitud de la madre ante la limpieza y el control actúe directamente en el desarrollo de la personalidad. Por ejemplo, la madre que otorga demasiada importancia a las heces fecales de su hijo puede generarle angustia ante la pérdida de las cosas propias. Así mismo, el lactante que retiene las heces fecales obtiene una ganancia colateral de placer lo que puede generar en el futuro un carácter ordenado y ahorrativo (Freud, [1916], 1976).

c)-Etapa Fálica: Después de la lactancia y antes del 4º año, la pulsión sexual tiende a renacer en la zona genital, pero ahora la libido se desplaza hacia el glande del pene o el clítoris. Esta segunda activación sexual infantil deja profundas huellas en la memoria, determinando el carácter o la sintomatología de las neurosis. Las perturbaciones sexuales suelen manifestarse por la enuresis nocturna dado que el aparato sexual aún no madura plenamente. En esta fase, la vida sexual del niño alcanza su primer florecimiento, y se mezcla con la pulsión de saber o investigar (Freud, [1905], 1976).

Paralelamente, de los tres a los seis años, el apego a los padres aumenta al igual que el deseo sexual hacia ellos. La manera de resolver esta situación varía entre niños y niñas .

- En el caso del varón, encontramos desde muy temprana edad, un amor hacia la madre, originado en el vínculo con el pecho materno. Por su parte, la relación con el padre se define por la incipiente identificación . En un principio, ambos vínculos van de la mano, pero después aumenta el deseo sexual del hijo hacia la madre, surge

una rivalidad con el padre, al ser percibido por el niño como un obstáculo entre él y su madre. Sus actitudes ante el padre se tornan hostiles y celosas, llegando a sentir el deseo de eliminarlo para tomar su lugar. Sin embargo, en la fantasía del hijo, el padre que es más fuerte puede llegar a castrarlo como castigo. Freud denominaba a este conflicto la angustia de castración. Si además el niño ha podido observar a niñas, su fantasía se torna más creíble y tiende a reprimir su impulso sexual⁶.

- El primer objeto amoroso de la niña es la madre. La identificación con el padre es muy escasa, pero la relación con él y los hermanos le permite observar la diferencia de órganos. Al descubrir su supuesta falta de pene, la niña puede sentirse castrada y culpar a la madre de ello. Disminuye el sentimiento hacia la madre despertando una preferencia por el padre que posee de lo que ella carece. Esta envidia del pene sería para Freud (1976) el equivalente a la angustia de castración en la mujer.

En ambos casos, el conflicto se resuelve cuando el pequeño al comprender que no puede poseer lo deseado, opta por identificarse con uno de los progenitores. En el caso normal, el niño se identifica con la madre (dejando de sentir el deseo hacia ella) o refuerza su identificación con el padre para poder mantener el amor hacia la madre, reafirmando así su masculinidad. De la misma manera, la niña que se identifica con la madre para poder mantener el amor hacia el padre, reafirma su feminidad. Así se cumple el objetivo de este proceso que es sacar al niño del autoerotismo permitiéndole desear un objeto externo.

Mientras más intenso sea el deseo y la autoridad que lo reprime, mayor influencia tendrá la formación del Superyó en el carácter (Freud, [1923], 1976).

3.1.2. Erik H. Erikson:

Otro de los grandes psicoanalistas de nuestra época fue Erikson (1987). El parte de la premisa de que "el individuo tiene la capacidad innata de relacionarse de manera coordinada con un ambiente típico y predecible, atribuyendo una enorme importancia a la continuidad de la experiencia puesto que el Yo trasciende las fases del desarrollo sexual"⁷. Considera el desarrollo como un proceso evolutivo conformado por una secuencia de hechos biológicos, psicológicos y sociales, donde a medida que crece, el niño se enfrenta a ciertas frustraciones o conflictos que debe resolver para lograr una mayor integración de su Yo. Los procesos de este Yo: lenguaje, juego, pensamiento y actos determinarán la adaptación del sujeto, llevándolo a ser un individuo social. En términos generales, Erikson se preocupó por entender la forma en que el desarrollo de la personalidad se mezcla con las diferentes respuestas sociales durante cada etapa y llevan al individuo a un aumento en la conciencia de sí mismo y de su interacción con la sociedad. Dicho proceso parece dividirse según Erikson en 8 etapas epigenéticas que abarcan toda la vida humana. Sin embargo, las que nos interesan por estudiar al niño menor de 5 años son las tres primeras.

a)- **Adquisición de una confianza básica:** Desde el nacimiento, el niño se vincula al medio a través de su cuerpo, los contactos físicos significativos constituyen el inicio de una conducta social ulterior. En su primer año de vida, la satisfacción de necesidades corporales provocan una sensación de bienestar que el niño va asociando con las personas que lo rodean, principalmente la madre. Si a pesar de las separaciones cada vez más grandes entre ambos, el bebé es satisfecho, podrá experimentar una confianza creciente en el ambiente. Para ello es necesaria una continuidad entre las sensaciones e imágenes internas y las personas y eventos externos. El grado de confianza que adquiere no depende de la cantidad de alimento sino de la calidad de sus relaciones, es decir, de la sensibilidad ante las necesidades del pequeño que genera la madre, sin perder su " propio estilo de vida " ⁸.

b)- **Logro de una autonomía o surgimiento de la vergüenza y la duda:**

Durante el segundo año, las facultades se desarrollan a un ritmo asombroso. El pequeño está adquiriendo mayor independencia física y por ende más autonomía, es el momento para propiciar el cambio de una forma de vida pasiva a una más activa. El lactante mayor de 12 meses experimenta de manera creciente un sentido de individualidad y autocontrol que le permiten buscar objetos y manipularlos. De su entorno dependerá el grado de seguridad que adquiriera para explorar su mundo. La educación del niño en esta época debe ser libre y exigente, permitiéndole aventurarse con precaución.

Los padres que permiten a su hijo explorar, agarrar o soltar tranquilizando y protegiendo al niño de los accidentes y de sus propios impulsos mal controlados aún, favorecen un mejor control de éstos y un mayor dominio muscular. Si por el contrario los padres dejan al niño sin supervisión o le exigen demasiado para su edad, pueden provocar dudas hacia sí mismo y hacia el entorno, deteriorando su autoestima. El niño se avergüenza de sí y tiende a actuar a escondidas para no ser visto.

c)- **Adquisición de un sentido de iniciativa o de culpa:** De los 3 a los 5 años aproximadamente, el pequeño empieza a descubrir sus capacidades mentales. Aprovecha su lenguaje, su fantasía, etc., para controlar los eventos externos. Si se enfrenta a unos padres que lo comprenden, que le demuestran paciencia e interés por sus dudas, el niño puede actuar con mayor iniciativa, esforzándose por ser más responsable y lograr integrar su mente y su cuerpo. En este período el niño aprende a ser cooperativo, a planear actividades, a auto-observarse, auto-orientarse o a auto-castigarse en función de las normas familiares impuestas. Cuando por el contrario los padres castigan inadecuadamente, devalúan al niño y sus acciones, provocan en él sentimientos de inseguridad, culpabilidad o rechazo.

3.1.3.D.W.Winnicott:

Por su parte, Winnicott (1954) se interesó en el papel que juega la familia en el desarrollo. Al nacer no se tiene la capacidad para identificarse con otras personas, se requiere

consolidar primero el Yo, entendiendo que el mundo interno y el externo son elementos relacionados pero no idénticos. En este proceso, el autor detectó ciertos elementos que actúan en las distintas fases :

a)-La relación bipersonal donde el bebé es totalmente dependiente de la madre y ella es quien le presenta el mundo. Si la madre se encuentra en una situación psicológica adecuada, es decir que no presenta depresión o mucha ansiedad o retraimiento, existen buenas oportunidades de que el hijo desarrolle normalmente su personalidad.

b)-La relación triangular del niño con los otros miembros de la familia, implica frecuentemente que el niño se tiene que enfrentar a situaciones difíciles las cuales debe aprender a manejar.

c)-El amor materno como manejo físico: todos los detalles del cuidado físico temprano conllevan cuestiones psicológicas.

3.2 EL ENFOQUE PSICOGENETICO

Para muchos investigadores resulta particularmente importante entender la manera en que las experiencias vividas por el sujeto, contribuyen al desarrollo cognoscitivo. Bajo esta teoría las acciones desempeñan un papel fundamental en la génesis del pensamiento. En la especie humana el acto motor no es sólo un movimiento sino que va íntimamente ligado a la representación y el conocimiento ; la adaptación de las estructuras motrices a las estructuras del mundo exterior implican representaciones perceptivas e intelectuales (Wallon, 1968). Por lo tanto, los procesos perceptuales y conceptuales son operaciones esenciales para el desarrollo de otras funciones. En ocasiones, el desarrollo infantil es visto como un proceso vertical donde el niño va adquiriendo a lo largo de su crecimiento funciones cada vez más complejas. Otros autores proponen un esquema horizontal en el cual el infante posee cuatro categorías de capacidades: las motrices, las perceptuales, las intelectuales y las verbales, que se van fragmentando a medida que el niño crece (Cratty, 1978).

En general, se considera que cada etapa representa al mismo tiempo un momento de la evolución mental y un tipo de comportamiento, por ello, en la primera infancia, el estudio del niño depende casi exclusivamente de la observación. En este periodo, la descripción de las conductas es necesaria pero difícil dada la rapidez de la evolución. Las etapas tienden a encimarse ; con frecuencia, el comportamiento desborda los límites del estadio, por lo que resulta difícil diferenciar las funciones. Así, la experimentación pretende poner en evidencia una relación determinada entre sujeto y objeto, reconstruyendo o sometiendo a variaciones esta relación con el fin de aislar los componentes.

La imitación, por ejemplo, nace de la percepción, de la comprensión y de comparar o seguir un orden en los eventos, de lo contrario sería una respuesta incoherente. Gran parte de la adquisición del lenguaje, se da por imitación.

A su vez, el lenguaje es el que permite transformar la experiencia bruta en conocimiento. Es el soporte y el instrumento para el progreso del pensamiento, pues permite evocar, confrontar, fijar, expresar y analizar la representación de las cosas. A lo largo del desarrollo, el niño muestra los objetos, después relata y sólo hasta después explica. Existen además dos tipos de conductas, algunas dependen de las circunstancias particulares del sujeto y se basan en la adaptación, la invención y la iniciativa, pero otras no son modificables ni por la experiencia ni por el ejercicio puesto que son reacciones del acervo psicobiológico (Wallon, 1968).

3-2-1 Henri Wallon:

Según Wallon (1968), las emociones forman sistemas de actitudes que responden a cierta situación y unen a las personas al ser reacciones muy íntimas. Las influencias que rodean al bebé no dejan de tener una acción determinante sobre la evolución mental. De hecho, lo social se amalgama con lo orgánico⁹.

Para él, la evolución del niño se muestra como una serie de estadios caracterizados por una crisis decisiva; durante los 12 primeros años, el proceso evolutivo se divide en cinco etapas que se dividen en dos grupos intercalados. La primera, tercera y quinta etapas cumplen una función centrípeta en la que se construyen los aspectos internos del individuo. La segunda y cuarta etapas son centrífugas ya que permiten la construcción del mundo externo.

a)-**Estadio impulsivo y emocional:** este periodo va de 0 a 1 año y se caracteriza por ser una etapa centrípeta, de edificación de lo interno del sujeto. De 0 a los 2 ó 3 meses, se observa una clara impulsividad motriz donde predominan las reacciones puramente fisiológicas como los gritos o los espasmos. De los 3 a los 9 meses surge el estadio emocional, donde aparece la sonrisa como mímica. Existe una preponderancia de las expresiones emocionales como elemento dominante de las relaciones del niño con el medio. De los 9 a los 12 meses, comienza la sistematización de los ejercicios sensorio-motores (Wallon, citado por Vergnaud, Clanet y Laterrasse, 1979).

b)-**Estadio sensorio-motor y proyectivo:** el cual se caracteriza por su función centrífuga, o de construcción del mundo externo. De los 12 a los 18 meses, Wallon lo denominó periodo sensorio-motor, ya que las actividades principales son la exploración del espacio circundante, las conductas de orientación e investigación que se amplían por la locomoción y el desarrollo de la inteligencia (citado por Vergnaud, Clanet y Laterrasse, 1979). De los 18 meses a los 2 ó 3 años se llama estadio proyectivo, aquí el niño realiza imitaciones, actividades simbólicas, representaciones; aparece la inteligencia representativa y discursiva junto con el lenguaje.

c)-Estadio del personalismo: que va de los 3 a los 6 años. Y se muestra nuevamente como un estadio centrípeto, de edificación del sujeto, propiamente la formación del carácter. Durante el tercer año, se da la crisis de oposición. Se observa una independencia progresiva del Yo matizada por una actitud de rechazo que permite al niño conquistar y mantener la autonomía de su persona.

En el cuarto año, se considera una edad narcisista de seducción de las otras personas. De los 5 a los 6 años, el niño imita personajes, surge la representación de roles y la sustitución de sus actos por otros que nacen de la imitación.

3.2.2. Jean Piaget:

Para Piaget el desarrollo de la inteligencia es "un proceso activo en el cual el niño se enfrenta al medio y aplica estrategias cada vez más complejas y cargadas de contenido cognoscitivo" ¹⁰ donde el aprendizaje es un subconjunto del desarrollo que se explica a través de las etapas del desarrollo (citado en Maier, 1971).

Según Maier (1971), el desarrollo visto por Piaget es "un proceso inherente, inalterable y evolutivo donde se sitúan una serie de fases y estadios diferenciados" ¹¹. Aunque no se interesaba directamente por entender los aspectos emocionales, aceptaba su importancia para el desarrollo infantil. De acuerdo a su teoría, las fluctuaciones del estado emocional podían afectar la madurez de la conducta pero no la comprensión del mundo.

Lo que el autor pretendía estudiar era la inteligencia, la forma en que el niño se ponía en contacto con su entorno y desarrollaba nociones de causa-efecto, tiempo y espacio, etc. Siendo la tarea fundamental de la psique el asegurar la adaptación del individuo. De acuerdo a Wallon (1968), Piaget explicaba que un sujeto puede realizar una misma operación a diferentes niveles, ya que la actividad mental no evoluciona en un mismo plano sino de sistema en sistema.

El lactante normal se divierte aventando, moldeando, cambiando la configuración o simplemente dejando caer el objeto. Su psicomotricidad va adquiriendo sentido conforme le permite explorar. Posteriormente, aprende a resolver situaciones con la mente; surge un creciente manejo cognoscitivo de las relaciones donde el niño materno puede cambiar en su mente la posición de los objetos o incluso de sí mismo. Existen cuatro factores necesarios para el desarrollo: la maduración, la experiencia, la transmisión social y el equilibrio como un proceso de autorregulación de los anteriores. Estos cuatro factores se van a combinar para dar origen a nuevas etapas (Maier, La teoría de Piaget, 1971). En cada una de ellas, el niño tiene que alcanzar un nuevo equilibrio adaptativo entre él y su entorno. Para lograrlo, necesita "asimilar y acomodar la experiencia".

En la asimilación, el sujeto incorpora la percepción que tiene de las nuevas experiencias dentro de su propio marco de referencia, es decir que trata de hacer encajar la nueva información en un mismo esquema existente hasta ese momento para preservar el equilibrio. El niño puede asimilar en forma errónea esta información. Por lo tanto, esta función por sí sola no puede dirigir el conocimiento, tarde o temprano, surge un desajuste entre la realidad y la asimilación del ambiente.

Se presenta entonces la necesidad de acomodar las nuevas experiencias o sea de modificar las propias estructuras mentales o crear algunas para alcanzar una organización y coherencia que permitan adaptarse a situaciones nuevas ¹². Ambos procesos actúan siempre juntos, con el objeto de recobrar el equilibrio ante las nuevas experiencias, pero también implican la existencia previa de estructuras que permitan asimilar y acomodar lo nuevo.

Es obvio, que el niño no podrá adquirir nuevo conocimiento, si no posee las bases necesarias para adaptar la información, éste es que el individuo sólo puede adaptar cierta información si su madurez cognoscitiva lo permite. Cada nivel evolutivo tiene su base en el nivel anterior. Las funciones que puede realizar en cada estado y la experiencia que puede procesar, dependen de la etapa del desarrollo en que se encuentra. Las fases planteadas por Piaget, no son rupturas en el desarrollo sino instrumentos indispensables para el análisis de los procesos evolutivos que son inalterables y están supeditados a la edad (Maier, 1971). Al término de cada fase, el individuo alcanza un equilibrio transitorio, cuando este se rompe, da inicio a una nueva fase.

a)-Etapa Sensoriomotriz: Esta etapa va desde el nacimiento hasta el surgimiento del lenguaje. Según Maier (1971), esta primera fase planteada por Piaget abarca de los 0 a los 2 años. En ella el aprendizaje depende primordialmente de la experiencia sensoriomotora y somatomotora ya que es la fuente de intercambio entre el niño y el medio. La vida del bebé se resume en un mundo práctico, de experiencias inmediatas y de deseos de satisfacción física. Las actividades principales parecen ser la percepción, los actos motores y la coordinación entre ellos. Pero la forma de utilizar el equipo biológico y desarrollarlo a través de la experiencia, varía a lo largo de estos 24 meses. Este periodo se divide en seis estadios :

1)-Ejercitación de reflejos (1er mes): durante el periodo postnatal, los movimientos que se pueden observar en el bebé son en su mayoría reflejos que el neonato repite espontáneamente ante los estímulos internos o externos, llámense llanto, succión, u otro. Al experimentar sus propios reflejos innatos, el bebé tiende a aplicarlos de diferentes maneras, lo que da inicio al desarrollo de la personalidad. Poco a poco se forman hábitos por esta repetición, la experiencia adquiere la cualidad de regularidad y mejora el funcionamiento de los reflejos. Pero también surgen variaciones accidentales, que dan comienzo a los procesos

adaptativos del ser humano. Posteriormente, se inician también procesos de diferenciación y generalización. En este estadio, el niño no tiene conciencia de su propio cuerpo, por lo que las acciones se quedan en el plano de lo accidental.

2)-Reacciones circulares primarias (2do a 4to mes) : Lentamente, los movimientos voluntarios van a reemplazar a los reflejos, pero aquí también, el niño repite sus conductas sin tal propósito. Sólo repite acciones que le dan placer, pues su experiencia se conecta estrechamente con el ambiente que estimula la reacción, y la repetición. Esta reacción circular implica la asimilación de una experiencia y el reconocimiento del estímulo que desencadena la reacción. Se establecen los primeros hábitos.

3)-Reacciones circulares secundarias (4to a 9no mes): Las reacciones circulares anteriores se mantienen, pero ahora con un nuevo elemento que va más allá de la pura maduración orgánica. Lo que al niño interesa en este periodo es la retención, es decir, hacer que la experiencia sea permanente. En este periodo, la visión y la prensión se coordinan, pero todavía no hay búsqueda de objetos desaparecidos. También empieza a darse la diferenciación entre medios y fines aunque, cuando se adquiere la conducta nueva no hay fines preestablecidos. Sin embargo, podemos hablar de cierta intencionalidad en los actos. El niño, por ejemplo, es capaz de imitar sistemáticamente movimientos observados, pero que pertenecen de alguna manera a su repertorio.

4)-Coordinación de esquemas secundarios (9no mes al año 1/2): Los logros en sus conductas anteriores sirven como base para la incorporación de nuevos comportamientos. La mayor movilidad del niño abre nuevos campos de exploración caracterizada por el ensayo y error. Ahora puede fijarse metas y cumplirlas. Utiliza pautas de conducta anteriores pero de modo distinto, seleccionando los resultados más productivos para satisfacer sus deseos. Sus objetivos al realizar un movimiento cambian, además, la conciencia de que una cosa sigue existiendo aún fuera de su percepción le da la permanencia de objeto. Cuando el niño observa secuencias de eventos, deja que ocurran cosas y observa los resultados, empieza a formar clases. Los signos reconocidos de diferentes objetos evocan distintos conjuntos, ante los cuales aprende a actuar y a responder. Se perfila entonces, la capacidad de razonamiento inteligente.

5)-Reacciones circulares terciarias (1-1/2 a 2 años): El niño comienza a emplear su razonamiento para entender las situaciones. Todo su interés está volcado en el mundo externo. Si antes la asimilación era el proceso prominente, ahora la acomodación permite reencontrar cierto equilibrio. Al conocer las relaciones entre los objetos y su uso, surge la posibilidad de la retención y la memoria. Por lo mismo, es posible para el niño descomponer en partes una secuencia de acción. Una importante adquisición de este periodo es que los objetos son recordados por alguna cualidad o característica y no sólo por su existencia. De ahí que el niño logra emplear los objetos en situaciones nuevas para alcanzar sus

metas. El niño ya puede reconocer que el entorno también tiene actividad independiente y que las demás personas pueden originar su propia acción.

6)-Comienzo de la interiorización de los esquemas (primera mitad del 2do año): Podemos ver este estadio como la culminación de las adquisiciones anteriores y un puente hacia la siguiente etapa. Al término de éste, las pautas de acción del individuo empiezan a consolidarse. El niño ha adquirido plena conciencia de sí mismo y puede ubicar a los objetos como centros independientes y autónomos. Puede representar mentalmente el mundo exterior en imágenes, recuerdos y símbolos que logra combinar sin necesidad de más acciones físicas. La acomodación está dirigida por los esquemas ya conocidos, a medida que los nuevos descubrimientos los modifica. Su mente está ahora provista de esquemas que pueden reorganizarse espontáneamente. El juego se torna simbólico dado que el niño simula acciones o hace que sus muñecos las ejecuten. Es capaz de buscar causas que no ha percibido, sin embargo en situaciones nuevas o complejas trata de valerse de acciones remotas para lograr sus fines ; por ejemplo, parpadea para hacer que una luz se encienda. Los acontecimientos recordados permanecen aislados.

b)-Período Preoperacional: Del 2do al 6to año, con la aparición del lenguaje se inicia la posibilidad de representar una cosa por medio de otra. Las palabras usadas por el niño no son las socialmente aceptadas sino que expresan un significado individual. Su lenguaje es ahora uno de los pilares del desarrollo, es la nueva vía para transmitir su pensamiento y manifestar actividades, acciones, o deseos. Sigue siendo egocéntrico pues el conocimiento que tiene del mundo se limita a lo que él percibe ; además, sólo capta un elemento a la vez, por lo que éste es variable de un momento a otro, provocando que el niño se contradiga en sus opiniones. Su único punto de referencia es el suyo, por ello, supone que las demás personas piensan como él y saben lo que él siente. Razona que los eventos contiguos en el tiempo deben tener alguna relación causal, pero no logra aún la estabilidad y la reversibilidad del pensamiento conceptual. Por ello, establece sus propios criterios como el animismo o el artificialismo. A esta edad, es muy común que el pequeño atribuya vida y conciencia a los objetos inanimados: "... es la silla quien lo tiró! ..." y que afirme que todos los hechos naturales son producto del hombre. Juzga los hechos por su apariencia exterior. Realiza comparaciones visuales únicamente, por lo tanto aún no puede captar simultáneamente dos cualidades de un objeto o una persona, pero si es capaz de formar clasificaciones que más tarde permitirán la realización de operaciones matemáticas.

Disminuyen los juegos de simulación, ahora el niño imita la realidad, su concepción de las reglas es que son absolutas, fijadas por los adultos, por lo que no es posible infringirlas. Los juicios morales los considera como reglas de conducta absolutas, la maldad y la mentira las juzga de acuerdo con las consecuencias y no con la intención.

3.3 EL ENFOQUE CONDUCTUAL

En los últimos 50 años, floreció en Estados Unidos un enfoque que se interesaba particularmente por los cambios en las condiciones y eventos observables y en las estructuras o funciones fisiológicas y el ambiente externo. Las observaciones que de esto se derivaron, han permitido definir los estadios del desarrollo, para ello, una de las mejores formas de medirlo es mediante la acción y la interacción social del sujeto (Sears, citado en Maier 1971).

La acción es provocada por un impulso con tendencia a responder a los estímulos primarios (internos) o secundarios (originados en las influencias sociales). Las respuestas del entorno actúan directamente en la formación del bebé. Así por ejemplo, los teóricos del aprendizaje social han hecho resaltar que la inmediata respuesta de la madre al escuchar el llanto de su hijo, le proporciona un sentimiento de poder y efectividad (Dunn, 1979).

Para Bijou¹³, la conducta infantil se encuentra inextricablemente ligada al desarrollo social y se manifiesta en diferentes facetas de la personalidad como la conducta exploratoria, la cognitiva, la intelectual y la moral. La conducta psicológica evoluciona a partir de la relación entre éstas, siendo el niño la fuente de este comportamiento así como de una parte de su propio ambiente.

Bajo este enfoque, se manifiestan en el niño dos tipos básicos de conducta, la respondiente formada por el llanto, la risa, los reflejos, etc., y la operante que representa la conducta verbal, social, intelectual, motriz y escolar. La calidad y valor del reforzador que sucede a este tipo de conducta, es particularmente importante pues representa un factor definitivo en su formación. A raíz de tales estímulos reforzantes o de castigo, el infante puede desarrollar procesos como la generalización, la diferenciación, etc...

3.3.1-Sidney W. Bijou:

A lo largo de su desarrollo, el niño va adquiriendo nuevas conductas que cada vez implican mayor complejidad y responden a diferentes necesidades. De los dos a los cinco años, Bijou (1976) plantea la existencia de un estadio básico durante el cual, el pequeño se desarrolla como un individuo distintamente socializado; adquiere una forma única de percepción, de comportamiento y de motivación que determinan sus interacciones futuras y lo llevan a ser un adulto maduro a través de una sucesión de etapas¹⁴:

a)-Desarrollo de la conducta exploratoria, de curiosidad y de juego: En este primer momento, la búsqueda y la manipulación representan las principales respuestas exploratorias. Sin embargo, todas las demás conductas del repertorio infantil como las motrices o verbales lo son también, directa o indirectamente pues suelen ser reforzadas inmediatamente. En algunos casos, el reforzador de una acción pierde su valor al repetirse continuamente, en otros casos,

aunque al adulto le parezcan triviales, los reforzadores pueden seguir siendo válidos para el niño (Bijou, 1976).

En este sentido, el juego resulta una actividad fundamental para incrementar el repertorio del niño, ya que influye en su estructura motivacional y provee al pequeño de valiosas oportunidades para ajustarse al medio.

b)-Adquisición de habilidades: Bijou define la habilidad como la probabilidad de que se presente una clase de conducta operante, de cierto tipo para realizar una función dada. El refinamiento y perfeccionamiento de una habilidad constituyen una categoría importante de la conducta cognitiva, pues permiten al niño percibir y responder como un medio para aprender a hacer las cosas.

c)-La conducta cognitiva y la conducta intelectual: En este período, el menor adquiere conocimientos que aplica en resolver problemas, se aboca a descubrir cómo son las cosas. Además, el pensamiento se divide en un conjunto de actividades que interactúan las unas con las otras: en primer término existe la discriminación simple, la conducta conceptual o abstracta, la evolución del lenguaje para permitir expresar eventos pasados y presentes y el aprender como funcionan las cosas.

A través de estas funciones, el niño va construyendo conceptos así como su autoconcepto, los establece y luego los modifica en base a la interacción con las demás personas. También se mezclan un conjunto de situaciones como la manipulación de objetos, la presencia de condiciones externas e internas, tanto físicas como abstractas que obligan al pequeño a dar soluciones. Si llegara a faltar alguno de estos elementos, los problemas resultarían insolubles dado que el niño carecería de un repertorio conductual necesario para actuar.

De acuerdo a Bijou (1976), en la conducta intelectual, se mezclan la genética individual y la historia personal inmersa en situaciones estimulantes.

e)-El desarrollo moral: La manera como el niño responde a los estándares morales y las prohibiciones familiares, principalmente las maternas, depende en gran medida del reforzamiento obtenido. El castigo, las amenazas de consecuencias aversivas, la extinción y el reforzamiento de conductas incompatibles representan los recursos sociales más importantes para moldear esta función humana.

3.4 EL ENFOQUE MADURATIVO

Para los autores de este enfoque, el desarrollo se caracteriza por una sucesión relativamente universal de etapas o modos de conducta cada vez más complejos, la organización real de la conducta comienza antes del nacimiento y va de la cabeza a los pies, de los segmentos proximales a los distales¹⁵. En otras palabras, el comportamiento humano tiene su origen en el sistema nervioso central y puede ser afectado por factores biológicos como daños orgánicos o por factores sociales y psicológicos. Un medio

sociocultural fecundo y estimulante también podrá acelerar el aprendizaje (Gesell, 1975). La sincronización, uniformidad e integración de los modos conductuales de cada estadio permite predecir el desarrollo posterior pues es un proceso de moldeamiento¹⁶, formado por una sucesión ordenada de etapas representativas de un grado o nivel de madurez. La definición del comportamiento como "todas las reacciones reflejas, voluntarias, espontáneas o aprendidas del niño"¹⁷ y la idea de que el desarrollo del niño se manifiesta principalmente a través de las conductas pueden cuestionar a algunos investigadores sobre la similitud con el enfoque conductual, sin embargo, el manejo sobre la maduración del menor de una etapa a otra son conceptos no comunes que dan diferentes alcances a cada teoría.

3.4.1. Arnold Gesell:

Gesell ([1940], 1989) como uno de los principales representantes de este enfoque divide el comportamiento humano en cuatro campos, la conducta motriz, la adaptativa, la de lenguaje y la personal-social. Para él, existen unos modos de conducta (patterns) que forman respuestas definidas del sistema neuromotor ante una situación específica. Por lo tanto, no son arbitrarios ni accidentales, sino que constituyen síntomas capaces de indicar la madurez y la integración del sistema nervioso.

Estos patrones van a manifestar considerables cambios a lo largo del crecimiento infantil; el crecimiento y el desarrollo humano conjuntan los aspectos anatómicos y funcionales en forma ordenada, y por lo mismo integran los factores hereditarios y ambientales. A partir de estos elementos, el autor plantea la existencia de dos tipos de modos conductuales importantes para entender las observaciones del desarrollo y su división en periodos regulares. Por un lado encontramos los modos de conducta permanentes que habrán de persistir o aumentar a lo largo del crecimiento, por otra parte, se hallan los modos temporales o transitorios que ceden o se transforman durante la evolución, en formas conductuales distintas y más refinadas (Gesell y Amatruda, 1989). En términos generales, se puede decir que el desarrollo normal se rige por ciertas leyes que le dan un carácter metódico y medible.

El niño normal tiene un poder congénito para adaptarse al ambiente o alterarlo si es necesario. Utilizando adecuadamente su dotación biológica, el niño puede solucionar problemas prácticos. En la manipulación de objetos -por más simples que éstos sean- el menor manifiesta recursos crecientes, pero depende de la integridad de su sistema nervioso. Por lo tanto, durante su primer año de vida, está sujeto primordialmente a los factores biológicos (aún siendo de origen social como la malnutrición o el maltrato)¹⁸. Para Gesell (1989), los factores ambientales son determinantes en el desarrollo, pero no por su influencia afectiva o social, sino por la manera en que afectan la vida biológica del niño. Así por ejemplo, las características socio-económicas de la madre tienen

gran peso durante la gestación y los primeros años del hijo ya que favorecen o disminuyen las posibilidades de contraer enfermedades.

Sin embargo, bajo esta perspectiva en que el desarrollo sigue ciertas pautas universales, las diferencias interindividuales en el comportamiento se deberán más a factores socioeconómicos y culturales, como la carencia de estimulación o la falta de oportunidades educacionales y culturales que a factores congénitos (a menos que se presenten daños fisiológicos específicos) ¹⁹.

Después de observar a una gran cantidad de niños, Gesell (1989) encontró puntos de referencia que permitían establecer diferentes niveles de madurez: las 4, 16, 28 y 40 semanas y los 12, 18, 24 y 36 meses. Cada una de estas edades representa un grado mayor de madurez. Para comprender las características del desarrollo infantil, debemos pensar en función de los modos de conducta, de las etapas de madurez y de las tendencias en el desarrollo de la conducta en cada periodo (Gesell, 1975):

a) -**Primer trimestre de vida:** En este periodo, el niño adquiere el control de sus 12 músculos oculomotores, su vida se caracteriza por los movimientos reflejos que contribuyen a ejercitar los labios y la lengua.

b) -**Segundo trimestre:** Logra el control de los músculos que sostienen la cabeza. El poder mover sus brazos y manos, le permite alcanzar, tomar, transferir y manipular objetos manteniendo su cabeza firme y erecta.

c) -**Tercer trimestre:** Al llegar a dominar su tronco y sus dedos, puede realizar actividades precisas como hurgar a badajo o utilizar su pulgar e índice como pinzas. Empieza a desplazarse por medio del gateo. Las reacciones que nos interesará observar en estos niños serán la prensión, la fijación ocular, la prensión palmar y digital ante diferente tipo de estímulos, así como las nuevas reacciones y actitudes al chupar, morder o golpear.

d) -**Cuarto trimestre:** El pequeño domina sus piernas y pies, recoge objetos, se para y camina sosteniéndose. Esta es una edad clave pues constituye un punto de referencia para los padres y se caracteriza por la aparición incipiente de modos conductuales más maduros.

e) -**Segundo año:** El infante ya camina libremente y corre, articula palabras y frases, adquiere el control de esfínteres. Empieza a desarrollar un sentido de identidad del Yo y de posesión personal. La primera gran integración de funciones se da en esta fase, alrededor de los 15 meses.

f) -**Tercer año:** Ya puede formar y emplear oraciones, utiliza las palabras como instrumento del pensamiento. Parece comprender su ambiente cada vez más y logra satisfacer las exigencias culturales.

g)-Cuarto año: El niño formula innumerables preguntas, percibe analogías y empieza a conceptualizar y generalizar. Su independencia respecto a la rutina diaria es mucho mayor.

En cada una de estas etapas, el niño alcanza conductas cada vez más complejas en las cuatro áreas de la conducta humana. Al cabo del tercer año, el infante tiene la capacidad de ser casi independiente:

1).**Area motriz:** El niño ya se sostiene en pie, baila y salta. Puede construir torres de 10 cubos y jugar en espacios grandes. Se vislumbra la lateralización de los miembros y las funciones.

2).**Area adaptativa:** El pequeño puede imitar una raya (18 meses), un círculo (24 meses) o una cruz (3 años). Logra construir un puente con dos cubos. Se puede apreciar la forma en que utiliza su equipo motor para explorar su ambiente.

3).**Area de lenguaje:** Ahora es capaz de hablar bastante bien, llega a construir frases aunque conjugue mal los tiempos y omite conjunciones. Puede contar un cuento sencillo y comunicarse con cierta claridad. El aumento en su vocabulario y la manera de usarlo permiten valorar la madurez del lenguaje.

4).**Area personal-social:** Un niño de tres años, por lo general ya va sólo al baño, se alimenta y se viste él mismo. Su temperamento y las normas familiares se pueden observar en sus formas de realizar sus actividades, sobretodo en las de aseo personal o al ir al baño.

N.B. Para algunas personas, tal vez sea más interesante un enfoque que otro, sin embargo, el autor que más se maneja hasta ahora en los tipos de instituciones públicas como las Casas Cuna es Gesell. Y los datos obtenidos para el análisis descriptivo han sido manejados a través de la escala de Gesell. Por lo tanto, no se hizo aquí una recopilación más extensa de los estadios y las áreas de desarrollo ya que la revisión más amplia de estos aspectos se hará posteriormente.

CONCLUSIONES

Al estudiar la naturaleza dinámica del desarrollo de las relaciones objetales, los psicoanalistas permiten entender mejor que muchos otros los conflictos internos del niño ante la ambivalencia odio-amor, celos-aceptación, culpa-reparación, etc... Además, están en condiciones de entender los simbolismos y fantasías que engloba una de las principales actividades infantiles: el juego. Jugar no sólo permite al menor reparar el daño que su agresividad mal controlada llega a provocar (Wolff, 1969), sino que soluciona una serie de necesidades humanas. Como Winnicott (1954) menciona, el juego representa placer, expresión

normal de agresión, de simbolismos sexuales, control de ansiedad, adquisición de experiencia, establecimiento de contactos sociales, integración de la personalidad y comunicación ; la agresión del pequeño suele presentarse en forma oculta, disfrazada o desviada, por lo que es difícil encontrar sus causas.

Por su parte, Lewis (1963) menciona que la consistencia en los estímulos agradables, las oportunidades de juego y de exploración corporal permiten al niño desarrollar un sentido del ser (Lewis, 1963). A lo largo de su crecimiento, el pequeño cambia sus actitudes para con las personas que lo rodean. Deja de recibir pasivamente los estímulos y se enfrenta a ellos, a veces con conductas oposicionista que le permiten definirse ante los demás . Por medio de su conducta el niño expresa situaciones internas, como la tensión agresiva, que necesitan aflorar ya sea en forma de autodestrucción o por medio de berrinches, golpes o pataleos ²⁰.

Con base en los planteamientos de estos autores podemos preguntarnos ¿ qué pasaría si al niño institucionalizado que por lo general tiene oportunidades de juego muy limitadas, se le brindara la oportunidad de realizar un juego "terapéutico" donde recibiera una aceptación completa sin crítica, y se tratara de comprender sus sentimientos (Wolff, 1969) y donde se le permitiera comunicar sus estados internos y liberar sus impulsos prohibidos ?

El enfoque Psicoanalítico, además de favorecer el entendimiento de las necesidades psicoafectivas del niño en cada etapa de su vida, ayuda a darles solución. Respecto al niño institucionalizado, la formación psicoanalítica permite detectar y prevenir conflictos además de tomar mejores decisiones (para escoger el momento más oportuno para un cambio de sala, para definir si los horarios rígidos responden a las necesidades del niño, o para entender las consecuencias de la privación libidinal y sus necesidades de apego, de represión, etc...). Por otra parte, nos permite comprender con mayor claridad la génesis del maltrato y los trastornos emocionales de los padres. Winnicott (1954) comenta que la curación de perturbaciones en el desarrollo emocional consiste en permitir que este desarrollo siga adelante a partir del momento o la etapa en que se detuvo.

De acuerdo a los estudios de Freud (1976), la lactancia debería de tener un papel fundamental en los cuneros de institución y no ser tomada como un simple acto de nutrir. De hecho, el niño destetado muy tempranamente, puede volverse demasiado retentivo para evitar futuras pérdidas. De igual forma, la manera en que se lleven a cabo las conductas de higiene puede tener importantes repercusiones en el desarrollo de su personalidad ; el cambio de niñera y las diferencias o contradicciones en sus actitudes implica problemas tal vez mayores. Finalmente, cuando Freud (1976) habla del complejo de Edipo en niños y niñas, nos queda la interrogante sobre el efecto que tiene en el niño institucionalizado la falta (tan frecuente actualmente en este tipo de albergues) de la figura masculina, como parte de la polaridad sexual activo-pasivo durante la fase anal, o como proveedora y fuente de seguridad y

protección. Por lo tanto, dicha situación resulta más grave aún cuando el niño ingresa a la institución desde muy pequeño.

También nos queda la duda sobre la necesidad de identificarse con figuras del mismo sexo, y con funciones propias de esa persona para lograr un desarrollo adecuado o si como dice Winnicott : "...aunque es conveniente una mayor identificación con el mismo sexo, no es necesariamente patológico identificarse con el otro sexo" 21 .

Por su parte, el concepto de las etapas del Yo de Erikson (1987) nos lleva a cuestionarnos sobre otro efecto del cambio de niñeras, cuando algunas de ellas expresan cariño y aceptación hacia el menor, mientras que otras los rechazan o ignoran. Podríamos imaginar que tal situación entorpece en el niño el proceso de adaptación a un estilo de vida particular donde se sienta aceptado y sus actos tengan significado.

En lo que concierne al juego -actividad privilegiada en el desarrollo del Yo- no parece atribuirsele un carácter esencial en las Casas Cuna ; de hecho es común que el niño pase un tiempo importante encerrado en su cuna con el objeto de evitar accidentes ante la falta de personal. Así, se limita su juego y la exploración, generándole cierta inseguridad al no poder descubrir de lo que es capaz ante nuevas situaciones.

Los investigadores psicogenéticos han permitido entender las formas en que el niño aprende , comprende y organiza su mundo. El personal que conoce estos elementos tendrá mayor oportunidad para escoger adecuadamente, la información que se debe transmitir al niño, la manera de decirle el cómo y el cuándo (donde se encuentran sus padres, cuando saldrán de la institución, a qué horas vendrán los padres adoptantes, etc.) y propiciar el descubrimiento por medio de experiencias más ricas. Tal como lo expresó Kephart, el niño necesita moverse y manipular para poder hacer generalizaciones sobre las cosas (citado en Cratty, 1978).

Por otra parte, Wallon (1968) y Piaget (1950) permiten comprender mejor, el retraso en el habla que se da en muchos niños institucionalizados que no logran pronunciar correctamente una gran cantidad de fonemas sino hasta edades avanzadas. En situaciones donde los bebés permanecen solos gran parte del día, donde la niñera interactúa mecánicamente con ellos, o en lugares donde la presencia adulta es escasa, resulta difícil el aprendizaje por imitación.

Los planteamientos psicogenéticos ofrecen nuevas explicaciones al retraso en el desarrollo intelectual de muchos de los niños maltratados que permanecen encerrados en un cuarto, atados incluso a una silla y que se les niega toda posibilidad de exploración, o los niños de Casas Cuna que frecuentemente no tienen acceso a otro tipo de texturas, formas, o colores más que a los mismos barrotes de una misma cuna. Para muchos menores, la imposibilidad de tener

una persona que tenga el tiempo de escuchar sus balbuceos, sus palabras o sus relatos afecta la evolución de su lenguaje y su pensamiento, y tal vez, su desarrollo general. Conforme a Wallon (1963), ¿podemos suponer que las carencias sociales de los menores institucionalizados que provienen muchas veces de ambientes pobres sean factores decisivos en el desarrollo infantil?

La teoría conductual de pautas para descubrir la forma en que se influye sobre el niño y permite determinar como estamos manteniendo ciertas conductas o estamos limitando otras. Nos ayuda a comprender cuando el pequeño está generalizando procesos como el miedo o se está habituando a responder en base a ciertos tipos de recompensas (físicas o de aceptación). Además, al ser tan graves las carencias de algunos niños podemos no estar conscientes del manejo de algunos reforzadores que mantienen conductas destructivas. Así mismo, nos da la oportunidad de eliminar rápida y definitivamente conductas agresivas que dan considerablemente al pequeño. Es obvio que la autodestrucción es muy peligrosa, sobretodo cuando el niño golpea su cabeza, deja de comer o de dormir, pero también la agresividad volcada hacia afuera repercute en el desarrollo del niño.

De acuerdo a esta teoría, la estimulación del medio es básica para el desarrollo humano, por lo mismo, lo que no se aprendió antes puede aprenderse después si se dan las condiciones requeridas. El niño institucionalizado que presenta un retraso por la falta de experiencias necesarias puede alcanzar la normalidad si se compensa la carencia durante un periodo de tiempo suficiente (Lebovici y Scute, 1973). Esto supone entonces que las habilidades psico-motoras de los niños de Casa Cuna que no se aprendieron a cierta edad cronológica podrán adquirirse posteriormente si se les provee de una estimulación adecuada y suficiente.

Finalmente, trataremos de retomar las aportaciones y limitaciones de la perspectiva madurativa. Para algunos investigadores, Gesell (1973, 1984) plantea un enfoque muy limitado que básicamente se aboca a evaluar el desarrollo e indicar pautas anormales de comportamiento. Mas, al hablar de modos de conducta y no de simples pautas de comportamiento ante estímulos, el autor facilita una mayor comprensión del efecto de los factores ambientales y los constitucionales y neuromotores que otras teorías como la psicoanalítica manejan escasamente. De la misma manera, los estudios de Gesell permiten obtener una visión mas integral de las consecuencias que tienen el maltrato, la desnutrición, la falta de higiene y de conductas preventivas de accidentes o enfermedades en la familia.

Al ser tan importantes los antecedentes del niño y de la madre misma, queda la duda sobre la efectividad de este manejo teórico, ya que se ignora la historia familiar de la gran mayoría de los

menores de institución. Por otra parte, este enfoque no permite evaluar los cambios cualitativos de algunas conductas (planteados en la teoría psicogenética), cuando éstos no son apreciables por la simple observación. Tampoco contribuye a entender los porqués de la conducta infantil, pero permite realizar diagnósticos sencillos y útiles sobre los sectores del desarrollo que requieren mayor estimulación, o que están siendo particularmente afectados durante la permanencia en una institución con características distintas a las de un hogar.

- 1 M. Breckenridge & M. Nesbitt "Crecimiento y desarrollo del niño"
Ed. Interamericana, 1973.
- 2 R. Spitz Op. Cit. pº98.
- 3 S. Freud "Tres ensayos de una teoría sexual" Tomo VII, Ed.
Amarrortu, 1976, pº166.
- 4 C. S. Hall "Compendio de psicología Freudiana" ed. Paidós 1990.
- 5 S. Freud, "Tres ensayos de una teoría sexual", 1905.
- 6 S. Freud "El Yo y el Ello", [1923], 1976.
- 7 H.W. Maier " Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson,
Piaget y Sears" ed. Amorrortu, 1971, p.23.
- 8 E. Erikson "Infancia y Sociedad" Ed. Paidós 1987, p.-224.
- 9 H. Wallon Op. Cit. p.124.
- 10 B.J. Cratty "Desarrollo perceptual y motor en los niños"
ed. Paidós, 1978, pº 28.
- 11 H. Maier Op. Cit. pº 108.
- 12 E. Labinowicz "Introducción a Piaget" Ed. Addison-Wesley, 1980.
- 13 S.W. Bijou " Child development: the basic stage of early child-
hood" Ed. Prentice-Hall, 1976.
- 14 S. W. Bijou Op. Cit. pº1 a 110.
- 15 A. Gesell " El niño de 1 a 4 años " Ed. Paidós, 1940.
- 16 A. Gesell Op. Cit. p.29.
- 17 A. Gesell & C. Amatruda Op. Cit. pº29.
- 18 A. Gesell & C. Amatruda Op. Cit. pº44
- 19 A. Gesell & C. Amatruda Op. Cit. pº 152.
- 20 M. Lewis "Desarrollo psicológico del niño" Ed. Interamericana,
1963.
- 21 D.W.Winnicott Op. Cit. Pº162.

CAPITULO IV: EVALUACION DEL DESARROLLO INFANTIL EN BASE A A. GESELL

Como se vió en el capítulo anterior, los enfoques para acercarse al estudio del desarrollo infantil varían notablemente de un autor a otro. No sólo cambia el interés por los distintos elementos de este proceso, también difieren los métodos de investigación y evaluación así como los objetivos que éstos persiguen.

Por cuestiones prácticas se selecciona generalmente un enfoque específico para realizar la evaluación del desarrollo de los niños, sobre todo cuando se trabaja en instituciones con más de 50 infantes. En esta investigación se manejó el enfoque madurativo de Gesell ([1934-1952], 1989) para valorar a los sujetos, por los siguientes motivos:

- 1)-La prueba psicológica que se ha manejado en la Casa Cuna Coyoacan para valorar el desarrollo de los niños menores de 4 años es la Escala Evolutiva de Gesell, por lo tanto todos los registros de información han sido realizados bajo este enfoque.
- 2)-La teoría de Gesell se basa en el comportamiento observable del niño por lo cual permite objetivizar y operacionalizar las conductas calificadas, reduciendo en gran medida el efecto de la subjetividad del evaluador.
- 3)-La escala de Gesell permite detectar claramente las áreas del desarrollo en que el niño presenta más problemas favoreciendo, así, el diagnóstico y la detección de necesidades de apoyo terapéutico.
- 4)-Finalmente, hemos considerado que pocos enfoques han ofrecido un panorama tan detallado sobre las etapas del desarrollo infantil antes de los cinco años, comparando y estudiando a los niños con trastornos en el desarrollo.

4.1 LA ESCALA EVOLUTIVA DE GESELL

Después de realizar el estudio de mil lactantes y niños pequeños sanos con el fin de determinar las tendencias medias del desarrollo conductual, Gesell (1975) encontró que las secuencias del desarrollo y la edad cronológica en que aparecen las conductas son significativamente uniformes. Así, la normalidad del desarrollo humano se basa fundamentalmente en la normalidad de la evolución del sistema nervioso central. La salud orgánica del bebé es indispensable para alcanzar un crecimiento adecuado ; de esta forma, " la historia y el comportamiento del niño son los índices más sensibles del funcionamiento del sistema nervioso " 1.

El desarrollo humano se expresa exteriormente por las reacciones reflejas, voluntarias, espontáneas y aprendidas que forman los modos de conducta. Estos modos de conducta se caracterizan por ser respuestas del sistema neuromuscular frente a

una situación dada pudiendo agruparse en distintas áreas del desarrollo (Bernstein, 1956) . Por otra parte, sabemos que existe una gran cantidad de niveles de madurez, de ahí que no se pueda estudiar al niño en cada uno de ellos. Es necesario elegir los niveles que sirven mejor como puntos de referencia y así hacer posible el diagnóstico del desarrollo. Estos puntos de referencia se derivan de la observación del comportamiento típico en edades determinadas y representa al niño promedio que mantiene un ritmo constante de desarrollo, es decir que muestra equilibrio entre la edad cronológica y la edad de madurez.

Estos puntos de referencia o "edades claves" ocupan lugares prominentes en la evaluación ya que representan etapas básicas de maduración a las cuales se puede referir toda conducta observada. La descripción precisa que Gesell (1989) hace de cada edad clave es una guía para realizar un examen evolutivo, identificando los modos de conducta e interpretándolos en función de las pautas normales para detectar defectos o desviaciones. El esquema evolutivo de este autor codifica los modos conductuales para su aplicación al diagnóstico, permitiendo considerar una edad clave en relación con los niveles cronológicos anteriores y posteriores. La evaluación neuromotriz, sensorial y evolutiva forman un todo que debe ser estudiado de acuerdo a la verdadera edad cronológica del sujeto y por medio de la comparación de niveles, mostrar si hay normalidad, retardo en la maduración o fallas en la estructura neural.

En términos generales, la Escala de Gesell pretende realizar una evaluación de las conductas observadas para establecer un diagnóstico. Se busca entonces sistematizar y facilitar la detección e interpretación de toda demora en la maduración al momento en que ocurre (Gesell, 1989). Al hablar de diagnóstico se atañen inevitablemente aspectos de desarrollo y de pronóstico. Cuando no existe retardo progresivo, accidentes biológicos o socioculturales, o, tratamientos compensatorios el ritmo de desarrollo es relativamente constante, y permite suponer que un neonato normal, será un niño normal que a su vez se convertirá en un adulto normal ; de forma inversa, un neonato anormal tiene altas probabilidades de llegar a ser un niño y adulto anormales.

En términos generales, la valoración tiene como objetivo primordial evaluar el funcionamiento del sistema nervioso central, identificar la presencia de cualquier deficiencia neuromotriz o sensorial, descubrir la presencia de trastornos evolutivos que requieren terapia, detectar lactantes con riesgo de deterioro eventual y señalar aquellas condiciones patológicas del cerebro que impidan las funciones intelectuales normales a pesar de buenas condiciones ambientales (Gesell, 1975). En esta búsqueda por proteger el crecimiento integral del niño, Gesell puede ser de gran utilidad para las instituciones infantiles.

Esta escala no pretende extraer cocientes intelectuales (CI) o medir la inteligencia como tal, sino hacer una estimación clínica del potencial intelectual basado en la madurez, por medio de la obtención de un coeficiente de desarrollo (CD). Dicho coeficiente

sirve como punto de partida, pues permite expresar el ritmo de desarrollo del individuo y refleja la relación entre la edad de madurez (derivada del rendimiento conductual) y la edad real, además de disminuir la subjetividad de los resultados. Pero tanto el CI -que mide el ritmo relativo de desarrollo de la inteligencia, basada en mediciones psicométricas de problemas y pruebas verbales- como el CD se refieren a productos finales del desarrollo sin tomar en cuenta etiologías, historias clínicas o factores ambientales. Por lo tanto, ninguno de ellos produce un diagnóstico automático, ambos requieren de la calificación adecuada y la interpretación.

Las impresiones clínicas de personas que interactúan con el pequeño, deben tener un peso significativo en la evaluación final. Así por ejemplo, cuando un niño obtiene un CD muy bajo pero 1) la calidad de su comportamiento es buena 2) presenta una incapacidad motriz o sensorial que causa limitaciones en el crecimiento o 3) su comportamiento lingüístico es significativamente más adelantado, se recomienda verificar los resultados (Gesell y Amatruda, 1989). En general, al tratar de medir los potenciales evolutivos de un individuo se deben tomar en cuenta las influencias ambientales: la cultura, los padres y hermanos, enfermedades, traumas, educación, etc. Gesell (1975) habla del empobrecimiento conductual debido a estos factores que no provocan necesariamente deficiencia mental pero dificultan el diagnóstico y requieren de intervención terapéutica.

En la primera infancia, el diagnóstico es fundamental ya que según el autor, un retraso de un mes en este periodo, equivale a un retraso de un año en el niño escolar que tenderá a ampliarse conforme crece el pequeño. Spitz (1965) postula dos enunciados según los cuales a) es posible medir el avance en el desarrollo absoluta y relativamente durante el primer año y obtener resultados numéricos con una exactitud de dos meses más o menos y b) al estudiar las desviaciones y perturbaciones del desarrollo se puede inferir el funcionamiento sano del organismo. Un niño de 28 semanas que actúa como uno de 16 refleja un leve decremento pero un infante con un retraso mayor a las 28 semanas puede presentar un deterioro grave (Gesell y Amatruda, 1989).

La evaluación debe permitir distinguir entre desviaciones permanentes del desarrollo y aquellas que son remediables o se autocorrijen, también debe establecer un pronóstico que se pueda revisar periódicamente hasta llevar el potencial evolutivo del niño a su máxima expresión. Por éstas y otras tantas razones, se debe asignar un CD a cada campo conductual tratando de interpretar y comprender el rol que éstos juegan en el desarrollo integral. Es obvio que una fluctuación significativa en el CD general o los CD específicos refleja un conjunto de factores intrínsecos y extrínsecos que requieren de mayor estudio.

Wallon (1968) plantea casos concretos de perturbación en el desarrollo donde se frena la evolución en cierto nivel y las reacciones del individuo tienden a alinearse sobre un tipo único de comportamiento, llegando incluso a alcanzar cierto grado de perfección en un área determinada.

Gesell (1989) aclara que el nivel evolutivo obtenido a través de la escala no es un promedio de las áreas del comportamiento, sino que el CD global representa la predicción completa del potencial intelectual. De tal manera, el Coeficiente de Desarrollo toma en consideración aspectos cualitativos de la madurez e integridad de la conducta, atribuyendo gran importancia a las discrepancias.

El diagnóstico clínico del lactante pretende identificar al bebé subnormal, es decir aquel que se define por un funcionamiento intelectual general inferior a lo normal originado durante el periodo evolutivo y que se encuentra asociado con lento aprendizaje o mal ajuste social (Gesell, 1975). Esta Subnormalidad puede ser la consecuencia de lesiones orgánicas, de impedimentos neuromotores y sensoriales que afectan el ámbito intelectual o de factores ambientales que reducen los ritmos evolutivos. En los casos anteriores es necesario discriminar entre una normalidad enmascarada por incapacidades parciales o los retrasos mentales. Gesell establece dos rubros de cara a esta situación donde el deficiente mental es un ejemplo de una subnormalidad por condiciones patológicas del cerebro y el retardado mental aparece como un sujeto que funciona por debajo de su nivel de capacidad potencial a causa de situaciones ambientales deficientes; los grados en el retraso del desarrollo van desde el retraso leve hasta el moderado, el grave y el profundo.

Sin embargo, los casos que más nos interesan, por ser los más comunes, son aquellos en que se requiere un poco más de observación para detectar un bajo funcionamiento en el niño. Es frecuente encontrar menores que sin ser deficientes, se encuentran por debajo del término medio. El diagnóstico de retraso o deficiencia sería seguramente inadecuado por lo que se les considera como fronterizos. A su vez Gesell (1989) divide este grupo en dos partes: a) el fronterizo torpe que muestra una reducción general del rendimiento en la conducta adaptativa, reacciones lentas, limitadas y mediocres pero sin ser inadecuadas; y la calidad del comportamiento es relativamente normal. b) el fronterizo defectuoso donde el grado y la forma de su inferioridad lo acercan a la deficiencia mental leve, la conducta suele estar bien organizada y equilibrada pero tiende a ser excéntrica e inestable. En todos los casos de subnormalidad durante la primera infancia existe cierta desintegración del sistema nervioso central (Gesell y Amatruda, 1989).

Otro aspecto que dificulta el diagnóstico clínico infantil es la irregularidad en el retraso del desarrollo. En muchas situaciones, el síntoma del retraso no aparece al mismo tiempo en todos los campos del comportamiento, ni alcanza los mismos niveles. "Algunos modos de conducta pueden estar deformados, presentar hipertrofia o ser inexistentes, dependiendo de los factores etiológicos, de su gravedad y del momento de su aparición en el ciclo vital del niño"². Por lo tanto, el desconocimiento de la etiología del retraso dificulta el diagnóstico, principalmente cuando se trabaja con niños maltratados y se ignora muchas veces si

el retraso se debe a daños en el sistema nervioso central, o a los daños emocionales que provocan desviaciones en el desarrollo de funciones psicológicas (Marcovich, 1978).

4.2 DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO

La escala evolutiva de Gesell ha sido utilizada en gran variedad de investigaciones, especialmente para detectar retrasos en el desarrollo infantil. El uso de la escala parecería ser más adecuado cuando los sujetos investigados son menores de tres años.

En 1940, Gesell planteó la necesidad de establecer puntos de referencia en el continuo evolutivo del ser humano. Su objetivo al designar edades claves era el de poder comparar la madurez en la conducta de cualquier niño en un momento dado, con los parámetros comunes y normales. En base a sus investigaciones, encontró que las conductas manifestaban diferencias importantes cualitativas o cuantitativas de un periodo a otro. Al primer año de vida, cuando se presentan los mayores y más rápidos cambios después de la gestación, corresponden cinco niveles de maduración: el periodo neonatal y cuatro trimestres más donde las edades clave son las 4, 16, 28 y 40 semanas (Gesell, 1975). Posteriormente, los periodos integrativos de la conducta se sitúan a los 12, 18, 24 y 36 meses. En cada etapa, el desarrollo se podía dividir en cinco campos de conducta: el área motriz fina y gruesa, el área adaptativa, de lenguaje y personal-social. La observación de cada uno de estos campos implica la detección del funcionamiento de los órganos auditivos, visuales, táctiles y propioceptivos, a la vez que se verifica la coordinación de los controles corticales superiores. Además, permite comparar entre edades y realizar estudios longitudinales o transversales (Gesell, 1975).

4.2.1 Áreas de la conducta

Para Spitz (1965) la percepción y el afecto van ligados desde temprana edad, por lo cual no se puede deslindar el desarrollo socio-afectivo del psicomotor. Sin embargo, "aun cuando la conducta forma un todo estrechamente interrelacionado, se pueden y deben separar las conductas en áreas para el uso diagnóstico"³. De acuerdo a Gesell (1989), los modos de comportamiento se pueden agrupar en cinco áreas donde cada una representa capacidades particulares que el niño desarrolla a lo largo de su crecimiento y reúne una serie de conductas específicas que el infante normal debe o deberá poder realizar a cierta edad.

En cada campo conductual, el autor seleccionó una serie de ítems que reflejan el progreso evolutivo del niño ante ciertos objetos o personas donde la forma de manipular, poner atención, expresarse, etc... indica el nivel de madurez. Por lo tanto, los reactivos de un área particular no permiten evaluar las otras áreas y viceversa, ni pueden ser evaluados por separado ya que su valor está dado por el conjunto de conductas.

Trataremos de presentar a continuación el contenido y significado de cada campo conductual de acuerdo a Gesell y Amatruda (1989):

a) -Área motriz gruesa: permite evaluar la integridad neuromotriz. En esta área se engloban las reacciones posturales, el equilibrio de la cabeza, sentarse, pararse, gatear y caminar, es decir, todos los grandes movimientos corporales (Gesell y Amatruda, 1989). Se observan todas las reacciones psicomotoras, desde las reflejas hasta las espontáneas y las voluntarias. Por ejemplo, en un principio el niño empieza por mostrar reflejos tónico-cervicales que poco a poco alcanzan mayor control sobre el bamboleo de la cabeza. Progresivamente el niño logra mantener la cabeza firme, y tener posturas simétricas, sentarse, inclinarse hacia adelante apoyado sobre sus manos y aguantar el peso de su cuerpo en sus pies. Posteriormente logrará gatear, ponerse de pie, caminar con ayuda y trasladarse. Cuando llega a los 18 ó 24 meses, es capaz de caminar sin ayuda, de sentarse sólo de correr y patear una pelota. A los 3 años ya se para sobre un pie y salta desde un escalón. El examen evolutivo debe evaluar al niño en las diferentes posiciones, supina, prona, sentada y parada.

Es importante recordar que a pesar de la cierta regularidad que existe entre todos los organismos, las diferencias individuales hacen que hayan tipos motores y psicomotores diferentes; las situaciones ambientales favorecen o retrasan el desarrollo motor.

b) -Área motriz fina: abarca todas las conductas que implican el uso de manos y dedos para aproximarse o manipular un objeto. De acuerdo a Gesell (1989), lo que nos interesa observar e interpretar en este campo son conductas que requieren mayor control y precisión en el movimiento como la fijación ocular, la prensión palmar y digital de estímulos sencillos del tipo de un cubo, que no varía en su forma pero que provoca reacciones diferentes y actitudes cada vez más complejas, chupar, morder, golpear... reflejando el progresivo refinamiento de la organización del sistema nervioso central.

Cuando el pequeño nace, mantiene las manos cerradas, poco a poco las va a abrir hasta lograr liberar sus dedos. Sólo entonces, podrá rascar y agarrar objetos. A partir de los 7 meses, es capaz de tomar el cubo en la palma de su mano o barrer una canica. Puede empujar pequeños estímulos y asirlos usando sus dedos como pinzas. Así, logrará manejar los objetos construyendo torres cada vez más altas controlando sus movimientos, y hojear cuentos. Al cabo de sus tres años, el niño ya puede construir una torre de 10 cubos y sostener un lápiz como un adulto.

c) -Área adaptativa: Sin duda alguna para Gesell (1989), este campo conductual representa el de mayor importancia pues se refiere a la organización de los estímulos, la percepción de relaciones, la descomposición de un conjunto en sus partes y su reintegración de un modo coherente. Incluye además las adaptaciones sensoriomotrices, desde las más pequeñas, como la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos.

La adaptación representa la habilidad del niño para emplear adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos. Aun en la manipulación de objetos sencillos, el infante muestra formas de conducta significativas, indicadoras del progreso evolutivo. De ahí que un CD adaptativo inferior a 85 indique probablemente un impedimento orgánico (Gesell y Amatruda, 1989). Por otra parte, el comportamiento adaptativo es precursor de la futura inteligencia pues implica la utilización de la experiencia previa en la solución de problemas. Por ello, "es el fundamento primordial para predecir el potencial intelectual"⁴.

El neonato mira a su alrededor vagamente ; cuando cumple los cuatro meses muestra un seguimiento ocular limitado. A los tres meses ya mira un sonajero colocado en su mano y poco después, será capaz de pasar un cubo de una mano a otra. Podrá sostener una botella y diferenciarla de un objeto pequeño introducido en ella. Al cumplir su primer año, juega deliberadamente con los objetos explorando su entorno ; deja caer un cubo dentro de una taza, o se divierte formando torres. A los 18 meses logra obtener un objeto extrayéndolo de una botella y hacer garabatos con un lápiz espontáneamente. A partir de los dos años podrá copiar dibujos cada vez más complejos o imitar un puente con los cubos.

d)-Área de lenguaje: Este campo conductual adquiere formas características que dan la clave de la organización del sistema nervioso central del niño. Engloba toda forma de comunicación visible y audible, gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras y frases ; además incluye la imitación y comprensión de lo que expresan otros. El lenguaje articulado es una función fundamentalmente socializada que requiere la existencia de un medio social (un ambiente con lenguaje restringido puede mermar el desarrollo), pero también depende del estado de las estructuras corticales y sensoriomotrices. "Al igual que en los otros campos, las etapas siguientes son ordenadas e inevitables"⁵.

El niño de un mes emite pequeños ruidos guturales y atiende a sonidos específicos como el sonido de una campana. Posteriormente logra reírse, emitir murmullos, vocalizaciones sociales ante personas y después ante juguetes, empezando por reproducir vocales hasta formar sílabas y palabras. Aprenderá a imitar sonidos y reconocer a los objetos por su nombre. Al cumplir sus 18 meses empezará a emitir un lenguaje propio y reconocer ilustraciones, sólo hasta los dos años expresará frases y comprenderá órdenes sencillas. Después de los tres años ya utiliza oraciones completas, pudiendo contestar a preguntas simples.

Es común encontrar demoras en la expresión verbal pero la comprensión del lenguaje, los gestos y mímicas permanecen en una edad apropiada. Cuando el niño presenta un retraso generalizado en el lenguaje, la deficiencia mental suele ser la causa más frecuente. Por su parte, Dolto (1977) menciona que en general los varones tardan más en hablar.

e) -Área personal-social: son las reacciones ante la cultura social en que vive el sujeto como la capacidad para alimentarse, controlar esfínteres, la higiene, la independencia en el juego y las actitudes de rechazo o colaboración ante la enseñanza y las convenciones socio-culturales. El moldeamiento de estas conductas dependen de las exigencias culturales, pero también está determinado por los factores intrínsecos del crecimiento y de la madurez neuromotora (Gesell y Amatruda, 1989). Este campo conductual incluye un amplio número de habilidades y actitudes personales frente al medio ; los objetivos que persigue la sociedad afectan particularmente los comportamientos, más aún que las diferencias individuales, sin embargo, las variaciones interpersonales tienen límites normales que facilitan el diagnóstico.

El bebé mira los rostros de quienes lo observan, juega con sus manos y su ropa y reconoce el biberón. A los 7 meses juega con sus pies y pretende tocar las imágenes vistas en un espejo. Progresivamente, logrará realizar juegos sencillos, comer sólo una galletita, ayudar a vestirse y divertirse con una pelota. Al llegar a los 18 meses puede comer con cuchara, y abrazar un juguete mientras camina. De los dos a los tres años, aprenderá a ponerse prendas simples, a jugar con muñecos, a usar adecuadamente los cubiertos, esperar su turno en actividades grupales y a ponerse los zapatos.

4.2.2. Tendencias en el desarrollo durante los tres primeros años

Es importante distinguir el papel que juega cada campo conductual en el desarrollo, sin embargo, sólo es posible comprender su función si conocemos la forma como crece el niño y como se va integrando al medio social, físico y psicológico.

Por otra parte, sabemos que durante los primeros años del desarrollo suceden cambios constantes en toda la gama de comportamientos humanos, pero no todos son observables o diferenciables de los niveles de madurez anteriores. Por ello Gesell describió las conductas en torno a las edades claves pues representan etapas básicas de maduración a las cuales se puede referir la conducta observada para producir una estimación. Así, las transformaciones que se presentan a lo largo de unas semanas o meses, toman mayor importancia en los momentos de su manifestación.

1)- Edad clave de las 4 semanas: (desde el nacimiento hasta las 12 semanas). Por lo general el crecimiento del niño sigue siempre una misma tendencia. Al nacer, la mayor parte de sus conductas recuerda los estados fetales. La inmadurez fisiológica es notoria, la respiración es irregular, el control térmico y de la deglución son precarios. Puesto que los umbrales son bajos e inconstantes, el pequeño llora y tose ante el más leve estímulo. Su comportamiento parece variable ; no es capaz de mantener una postura estable por lo que su atención tampoco lo es. Los estados de sueño y vigilia aún no se diferencian claramente, al igual que sus ritmos de

actividad y reposo. Dada la inmadurez de sus capacidades, cada conducta demanda gran cantidad de esfuerzo y ésto se refleja en sus estados anímicos: llanto, irritabilidad, somnolencia, etc. Para el niño es necesario un ambiente cómodo, suave y tibio.

Sus movimientos son bruscos, los puños siempre se encuentran contraídos ; sólo hasta las 12 semanas, los dedos empiezan a estar flexionados laxamente. Durante las primeras 12 semanas, el reflejo tónico-cervical es el que predomina en el bebé y lo prepara para la prensión. A las 4 semanas, el niño deja caer un sonajero colocado en su mano, a las 8 semanas lo retiene por un rato y a las 12 semanas lo mueve y lo mira. Durante los periodos de vigilia, el pequeño descansa en la posición de "esgrimista" con la cabeza girada a un costado, un brazo extendido y el otro flexionado. Esta posición favorece la fijación ocular sobre la mano extendida, uno de los primeros estímulos visuales del niño ; el control postural de ojos y cabeza determina el campo de visión del bebé que mantiene su mirada vaga, fijada indefinidamente sobre el entorno, de acuerdo a la posición de su cabeza. A las 8 semanas, la visión ya abarca 90 grados y desde las 12 semanas, el infante domina los 180 grados pero aún mantiene la cabeza apoyada de lado. De la misma forma, el niño pasa de una pendulación incontrolada de la cabeza, al bamboleo y finalmente la erección firme.

Los progresos en el control oculomotor y posturales se evidencian preferentemente en el aumento de atención. Si al principio el pequeño atiende a un sonido específico mediante una reducción general de la actividad, mostrando una falta de expresión de sus estados internos y sus descos particulares, al crecer, sus respuestas se hacen cada vez más selectivas, la expresión se torna más vivaz y sus ojos logran establecer contacto con objetos individuales. Un niño de 8 semanas contempla el mundo de manera directa y selectiva. También su respuesta al entorno "social" se vuelve más discriminativa. A partir de las 8 semanas, la cara del bebé se anima, a las 12 semanas puede emitir sonidos en respuesta a estímulos y a las 16 semanas inicia ya la relación social.

Todas estas conductas señalarán el crecimiento personal y emocional del niño y su progresiva organización neuromotriz.

2)-edad clave de las 16 semanas: (De los 3 a los 5 meses) Las 16 semanas marcan un punto decisivo pues el bebé deja de vivir exclusivamente en su cuna protectora. El comenzar a sentarse solo, le permite ahora agarrar y manipular objetos, vocalizar con versatilidad y mostrar una creciente capacidad para distraerse él solo mediante el juego. Este periodo representa un momento de rápida organización cortical, de transformaciones de los modos de conducta sensoriomotores, particularmente la coordinación oculomotriz. El niño de 16 semanas puede seguir con la vista su propia mano y fijarla sobre la del examinador o sobre una pequeña bolita ubicada sobre la mesa. También es capaz de alcanzar con la vista algo antes de hacerlo con la mano (lo que confirma una evolución cefalocaudal). Por el tamaño de la bolita, la visión le resulta difícil y aparece con retardo, pero al tratarse del cubo de mayor volumen, los ojos se fijan en él inmediatamente y su cuerpo

entra en acción, dando inicio al proceso de prensión. En este sentido, la progresión evolutiva tiene valor diagnóstico, a las 12 semanas el pequeño toca la taza, a las 16 semanas, toca el cubo y a las 28 toca la bolita. Las 16 semanas son el soporte básico de formas más refinadas de aproximarse, asir y manejar un objeto. En la sucesión evolutiva, las conductas emergen una de otra, así, mirar, buscar, tocar, asir, manipular y utilizar aparecen gradualmente.

Por otra parte, la cabeza sigue en posición media y las manos se mantienen flexionadas y próximas al pecho, por lo que resulta fácil para el niño llevarlas una hacia la otra e iniciar el juego de dedos.

Esta actividad que parece tener sólo un significado gratificante, se muestra como una prensión primitiva. Del mismo modo, los brazos mantienen una posición simétrica que permite agarrar trapos con los dedos e impulsarlos hacia la cara y aproximar las manos a la boca. Este órgano podría ser considerado como un elemento de prensión, sobre todo cuando el niño chupa sus dedos o su puño.

El niño de 16 semanas, tiende a mover las manos simultáneamente; en las 8 semanas siguientes avanza hacia la etapa bilateral. Primero se aproxima en forma bimanual o bilateral hacia los objetos, pero al cabo de las 28 semanas, alcanza un nivel de integración mayor en la unilateralidad logrando una actividad unimanual.

Cerca de los cuatro meses, el bebé percibe sus manos como separadas del cubo pero aún carece del suficiente control para acercarse y asirlo. Más tarde, el ojo guía la mano hacia él produciendo el acercamiento y la prensión inmediatos. En postura supina, la cabeza tiende a mantener posiciones laterales, pero la disposición corporal es simétrica. Esto provoca que el niño sea capaz de llevar objetos al plano medio e incluso a la boca sin mirarlos. Por su parte el tronco todavía se hunde en la silla pero sobre el bambineto ya no se dobla uniformemente.

Ya a las 24 semanas el mayor control sobre el tronco permite rodar de la posición supina a la prona y a las 28 semanas puede sentarse un momento apoyado sobre sus manos.

A las 16 semanas, la conducta expresiva es bastante generalizada. El niño manifiesta su interés empujando su cuerpo hacia adelante, respira honda y rápidamente, murmura y se ríe con fuerza. Cuando su aparato vocal se hace más flexible y muestra mayor control, puede proferir chillidos y gruñidos.

Este segundo trimestre permite predecir las reacciones posteriores en base al modo con que el bebé de 16 semanas disfruta la posición sentada; sus ojos se agrandan, el pulso se acelera, lo mismo que la respiración y suele sonreír cuando se le sienta. Parecería un "triunfo postural" que amplía enormemente su horizonte hacia una nueva orientación social.

3)-edad clave de las 28 semanas: (de los 6 a los 8 meses) El principal objetivo del desarrollo en esta etapa es el logro de la posición erecta. Al llegar a las 28 semanas el bebé se encuentra en la mitad del camino, comienza a sentarse solo y mantener el tronco erecto por momentos sin ayuda. Al hallarse en posición supina expresa su urgencia por sentarse levantando la cabeza lo más posible. En posición vertical, sus piernas soportan la mayor parte de sus peso. Pero el control de manos es aún muy superior al de los pies. Y el niño se deleita ejercitando sus nuevos poderes de manipulación. El tronco es más flexible y puede realizar un esfuerzo unilateral al intentar alcanzar un objeto. El codo, la mano y la muñeca son más ágiles y permiten efectuar aproximaciones unimanuales y transferir de una mano a otra.

La fisiología neuromotriz se vuelve cada vez más complicada, el neonato es unidiestro en la posición de reflejo tónico-cervical, el niño de 7 meses es biunidiestro pues usa ambas manos, pero una a la vez. De ello, surge uno de los modos conductuales más típicos, la capacidad para transferir objetos de una mano a otra. Esta acción alternada de manos y brazos produce un movimiento de rotación si se le coloca boca abajo. Flexiona y extiende sus extremidades sucesivamente, pudiendo así girar el tronco. El pequeño de 7 meses se encuentra muy adelantado con relación al de 4 meses en los modos de prensión, sus ojos continúan siendo más hábiles que sus dedos. Por ejemplo, puede mirara persistentemente una bolita pero no asirla. Para ser capaz de agarrarla con precisión requerirá otros 3 meses. A sus 7 u 8 meses el niño agarra el cubo con un movimiento de prensión que utiliza toda la mano. Este tipo de prensión palmar radial anuncia la oposición del pulgar.

Ahora, los ojos y las manos interactúan en los movimientos, guiándose y reforzándose mutuamente. Si a las 16 semanas el niño se dedica a la inspección del entorno, a las 28 semanas ya investiga objetos. Su cabeza que adquirió versatilidad en el periodo anterior le permite divisar mejor los objetos para agarrarlos, llevarlos a la boca, retirarlos y observarlos. Sus manos son la prueba de sus nuevas aptitudes adquiridas. Un cubo frente a sus ojos provocará el impulso de palparlo con sus dedos, mirarlo, girarlo y devolverlo a la boca. El comportamiento perceptivo-manipulador del infante de 28 semanas ha dejado de ser una recepción pasiva, no sólo es activo en alto grado, sino que además representa una adaptación dinámica ante la posibilidad de dar utilización a los objetos.

En la esfera vocal, aún no busca satisfacer propósitos sociales, sino neurológicos. El creciente control sobre los músculos de la lengua, labios y boca permiten hacer vocalizaciones espontáneas y diversificadas: vocales, consonantes, diptongos o sílabas. Estas comunicaciones articuladas aprendidas del entorno son continuamente reforzadas por éste, como el "m-m-m" cuando llora. A pesar de la falta de lenguaje articulado, el área social se encuentra bastante desarrollada. El niño conoce lo que ocurre en el alrededor hogareño, expresa avidez e impaciencia cuando la madre prepara su comida, reconoce la presencia de extraños y puede entretenerse solo durante largos periodos. El progreso cefalocaudal

favorece los procesos de autodescubrimiento de manos y ahora también de sus pies. El bebé se satisface con sus propias invenciones como una forma de autosuficiencia característica de esta época.

4)-edad clave de las 40 semanas: (de los 9 a los 11 meses) Si antes los movimientos de los dedos eran generalizados, a partir de las 40 semanas, el dedo índice se extiende, permitiendo hurgar badajos, palpar o señalar, mostrando un importante adelanto madurativo. Desde el punto de vista neuromotor, ésto representa modos conductuales más refinados y discriminativos. A las 28 semanas, las reacciones son masivas y toscas, el bebé a penas puede agarrar objetos pequeños por medio de una aproximación de barrido usando toda la mano. Si se le presenta una cinta, la manotea, si se le coloca en posición prona, permanece así y sólo se puede sentar precariamente.

Al llegar a las 40 semanas, las conductas son mucho más evolucionadas: aparece por vez primera la prensión tipo pinza (que significa una especie de asimetría de la mano), y que permite tomar objetos menudos con facilidad. El niño puede permanecer sentado prolongadamente y colocado boca abajo gatea. Las estaciones distales del sistema neuromotor -punta de dedos, de lengua y de pies- se acercan a la maduración normal. Las comparaciones entre las conductas de 28 y 40 semanas cumplen un valioso rol diagnóstico, pues un infante con una edad cronológica de 40 semanas pero que funciona en el nivel de las 28 semanas, presenta un retraso considerable.

Por lo mismo, crece el interés por los objetos pequeños. Una bolita colocada sobre la mesa provoca tendencias a empujar y palpar, las cosas chiquitas poseen ahora mayor poder estimulante que otras más grandes. Ante dos estímulos rivales por su tamaño como una botella y una bolita, el bebé reacciona de forma distinta. A las 36 semanas, se acerca primero a la botella desatendiendo a la bolita, a las 40 semanas se acerca primero a la bolita pero luego divide su atención entre ésta y la botella, a las 48 semanas se dedica enteramente a la bolita, a las 52 semanas intenta introducir la bolita dentro de la botella. La secuencia evolutiva nos muestra como el niño empieza por interesarse en objetos grandes, luego en objetos pequeños y finalmente en la interacción de ambos.

De la misma manera, se requieren varios meses para comprender la relación entre continente y contenido. A las 28 semanas el infante no puede responder simultáneamente a un cubo y una taza, a las 32 semanas, atiende a los cubos pero echa una mirada definida a la taza, a las 36 semanas, realiza una combinación manual llevando el cubo contra la taza. Al llegar a las 40 semanas, el bebé mete la mano a la taza después de que el examinador metió el cubo en ella, al siguiente mes, mete y saca el cubo de la taza sin soltarlo y a las 52 semanas el niño completa el esquema evolutivo soltando voluntariamente el cubo dentro de la taza. Es importante mencionar que aún cuando "el examinador acose al niño con gestos, órdenes o demostraciones" ⁶, no podrá realizar conductas de un

nivel superior al suyo. Por lo tanto, al referirnos a niños de casas cuna que tienen una gran carencia de estimulación, cabe suponer que las demostraciones durante las valoraciones no deberán afectar los resultados .

El niño de 40 semanas es capaz de ponerse de pie impulsándose de la baranda pero aún no desecha la locomoción cuadrúpeda. Mientras el sistema nervioso se encuentre intacto y el ambiente no interfiera en la progresión evolutiva, el gáteo será una importante etapa progresiva que lleva a la marcha bípeda. A esta edad, el niño sólo tolera la posición supina durante el sueño.

En el área del lenguaje, el lactante comienza a articular sonidos con significado, muestra respuestas sociales y llega a reproducir juegos o conductas de la madre. Esta vez, ha entrado definitivamente en el proceso de aculturación. La capacidad de reaccionar de manera sucesiva y combinatoria ante dos características de dos objetos indica modos conductuales nuevos. Las 40 semanas son sin duda un período de transición, donde el pequeño revela un nuevo interés por las palabras como emisor y receptor, además de un nuevo rol social, que llevan al niño a ser adoptado por el círculo familiar cada vez más como un miembro activo investido de grandes transformaciones psicológicas.

5)-edad clave de las 52 semanas: (de los 12 a los 14 meses) El comienzo del segundo año marca el nacimiento de una nueva etapa de modos conductuales que llegarán a su culminación evolutiva a los 15 meses. Algunos de los cambios iniciados a los 10 meses, se consolidan en este período que lleva a una mayor integración conductual al cabo de los 15 meses. Después del 15º mes, el pequeño permanece parado sin ayuda, camina solo, coloca varios cubos dentro de una taza y los saca, o construye una torre de dos cubos, introduce una bolita dentro de una botella, se expresa utilizando una jerga y se comunica con gestos. "A las 52 semanas, el comportamiento del niño depende de la capacidad y el deseo de soltar algo, el examen puede terminar en un fracaso si el infante resulta ser un acumulador " ? .

El gáteo ha sido eliminado o entonces se presenta con las rodillas estiradas, las palmas y plantas de manos y pies apoyadas sobre el piso. La emancipación de las manos es casi total, a sus 13 meses, el infante toma con precisión casi adulta una cinta o una bolita pero aún no alcanza a aflojar la prensión. Llega a adherirse a los objetos con la misma tenacidad de un neonato pero, sin lograr la inhibición voluntaria. Ahora puede soltar un cubo bruscamente dentro de una taza, no así, la bolita dentro de la botella. Por ello, una de sus principales diversiones es el aventar objetos. Sólo después de los 18 meses será capaz de colocar ordenadamente 10 cubos en una taza.

La percepción de formas geométricas comienza a surgir a los 13 meses, frente a un tablero con orificios, el niño observa selectivamente el hoyo circular. A los 14 meses coloca un bloque circular sobre éste después de una demostración, a los 15 meses lo inserta aún después del giro del tablero.

En esta etapa se percibe mejor el ambiente físico y el social, no sólo ha adquirido la habilidad para imitar, también responde ante los ejemplos, observa con intención las expresiones faciales, reacciona a la música y al juego rítmico y repite comportamientos que provocan risa. Para el adulto, es más fácil detectar los sentimientos de miedo, enojo, afecto, ansiedad o simpatía que manifiesta el chico. Así el niño expresa la complejidad y la individualidad de su conducta personal-social.

En la conducta del lactante de 15 meses, la conducta refleja una gran influencia del grupo social, sus acciones tienden a referirse a elementos externos, muestra y ofrece sus juguetes a otros, haciendo manifestaciones verbales al dar y recibir. Puede caminar transportando objetos, intenta volver las páginas de un libro y comienza a reconocer dibujos.

6)-edad clave de los 18 meses: (de los 15 a los 21 meses) La cantidad de transformaciones evolutivas hace particularmente rico este periodo. El niño de un año se encuentra muy protegido de impactos culturales, mientras que el de 18 meses se enfrenta cada vez más a nuevas dificultades, que hacen la vida poco sencilla para él ; está dejando de ser un bebé pero sus inmadureces todavía lo hacen depender de las circunstancias y de quienes lo cuidan.

La compleja relación entre los distintos sectores biológicos provoca gran diversidad en sus comportamientos y cambios en sus capacidades de atención. La laringe, piernas, manos, pies y esfínteres están incorporándose al control cortical. La visión y audición han aumentado considerablemente, lo que facilitará su atención y permitirá mayor estabilidad en su conducta.

A pesar de situarse a la mitad, los 18 meses están más cercanos en madurez, a los dos años que al primer año. El niño que dejó el gateo en los 15 meses, camina sin caer, comienza a correr pero aún no alcanza la flexibilidad de tobillos y rodillas de los 24 meses. La madurez incompleta de su sistema nervioso central, asociada a la falta de control en los modos inhibitorios hacen de conductas sencillas como sentarse todo un logro. Comer resulta otra dificultad para el pequeño que no logra manipular adecuadamente la cuchara y la taza. Sin embargo, el aprendizaje cumple un papel creciente en la adaptación del niño.

Las percepciones son escasas y la memoria limitada, pero se han vuelto decisivas en sus actitudes, la manera de entregar o pedir objetos llevan nuevos matices. Así, el lenguaje de los 18 meses se caracteriza por el uso de una jerga bien definida que muestra mayor relación entre las percepciones de personas o situaciones, y las palabras, aunque sólo maneje una docena de ellas. Constantemente adquiere nuevos vocablos y una mejor articulación. Por otra parte, las personas adquieren significados más profundos.

El lenguaje es el área más vulnerable por la experiencia social, pero sin ser independiente de la madurez neurológica. Por ello los cambios resultan más sùtiles y difíciles de apreciar a simple vista.

7)-edad clave de los 24 meses: (de los 21 a los 30 meses) El niño de dos años ha dejado definitivamente de ser un bebé y pasa a ser un preescolar aunque aún duerme la mitad del día. Ahora es capaz de mantenerse quieto un tiempo considerable y mantenerse sentado para un examen, emplea las palabras para comunicarse y puede satisfacer los requerimientos de juego de otros niños ; posee un sentido rudimentario de la existencia de otras personas. La locomoción y el control postural siguen en proceso de evolución. Aunque el infante conserva cierto bamboleo en la marcha, a partir de este periodo, se deleita corriendo. No logra disminuir la velocidad, ni detenerse súbitamente o dar vuelta en los ángulos pero cae rara vez al correr.

La coordinación motriz fina sigue progresando lentamente, a los 24 meses se pueden edificar torres de seis cubos. Curiosamente, un niño que edifica una torre de tres cubos, requiere de dos a cuatro meses en promedio por cada cubo que agrega a la torre. El dominio que tiene de las relaciones espaciales depende de la organización de su sistema nervioso central, principalmente los sistemas musculares que accionan ojos, manos y dedos. El infante controla la dimensión vertical ya que puede trazar líneas verticales con el lápiz y levantar torres. Por su parte el dominio horizontal se manifiesta en la habilidad para alinear tres cubos. La orientación del sentido oblicuo surgirá hasta después de los 4 ó 5 años.

A los 24 meses, el niño se rige aún por factores espaciales y asociaciones por contigüidad. Requiere de tres demostraciones para poder colocar correctamente un bloque redondo en un tablero que ha sido girado. Uno de los mayores problemas a los que se enfrenta es la dificultad para separar del contexto general, percepciones de detalles y poderlas utilizar de modo flexible en otras situaciones. De igual manera, a esta edad se deben empezar a desligar las palabras de acciones específicas y situaciones limitadas.

El periodo entre los dos y tres años es fundamentalmente transicional, los niños renuncian a la jerga para desarrollar un verdadero lenguaje verbal ; nombran objetos y dibujos, emplean pronombres y atienden órdenes sencillas. Tal como unen cubos en el espacio para un tren, unen palabras para formar oraciones. Sin olvidar las amplias variaciones individuales, se puede afirmar que la frase de tres vocablos es típica de los dos años.

Por su parte, las exigencias de los padres van a determinar el progreso en el control de esfínteres. Para mantenerse seco, el niño necesita que se le lleve al baño en horarios preestablecidos durante el día y antes de dormir. Aún no es capaz de representarse a otros individuos desvinculados de su propia persona, su concepción de los seres que lo rodean es rudimentaria. La presencia de otros puede agradaarle siempre y cuando no lo molesten ni

interfieran con sus actividades. No sabe pedir ayuda ni comprende la necesidad de preguntar, tiende a arrebatar los objetos, forcejear o patear más facilmente que a dar y recibir con espontaneidad. Al hablar de sí mismo, se refiere por el pronombre "tú", comprende y utiliza la palabra "otro" y se interesa por los muñecos imitando prácticas hogareñas. Su comportamiento contiene una mezcla de elementos personales y sociales que en su mayoría están determinados por el ambiente, pero "las fuerzas impulsoras y formativas son de origen constitucional y cumplen un rol vital" ⁸. Aunque el niño de dos años muestra un sorprendente cambio con respecto al bebé de un año, no se le debe exigir demasiado.

8)-edad clave de los 36 meses: (de los 30 a los 42 meses) El tercer año marca una especie de culminación en los procesos del desarrollo inicial. Aun cuando serán necesarios 10 años más para alcanzar la madurez en el aspecto físico, la organización del infante de tres años dista enormemente del neonato. Para esta edad, "el niño se ha domesticado: se lava y seca las manos, se sirve el alimento con una cuchara sin derramar mucho, puede pasar la noche durmiendo sin mojar la cama y revela interés en las rutinas del hogar" ⁹. Desde los tres años, la mayoría de los niños ya controlan adecuadamente esfínteres pero aún no alcanzan a ponerse o quitarse todas las prendas de vestir.

Los acontecimientos y ambientes exteriores a la casa resultan muy atractivos. El maternal es un buen compañero que se esfuerza por agradar, presta gran atención a las palabras y las utiliza como instrumento para formar frases. No logra expresar generalizaciones, ni abstracciones ya que su lenguaje se limita a situaciones concretas. Por medio de preguntas retóricas o cuestionamientos sobre si su desempeño es el correcto, revela una tendencia a proyectarse dentro de su ambiente cultural más que en su sólo ámbito hogareño. Parece comprender los requerimientos sociales y demuestra interés en mantenerse dentro de los límites deseados.

De un año a otro, las diferencias son considerables, los avances son evidentes. Durante el tercer y cuarto año es fundamental para el niño definirle límites, permitiendo algunas veces que se salga de ellos para que pueda aprender a discriminar las normas. Los padres y las instituciones deben establecer desde el principio las reglas que han de regir, de forma que el niño se vaya acostumbrando y no crezca en una permisibilidad absoluta fuente de la desorganización.

Algunas de las responsabilidades sociales del infante responden al aumento en su madurez neuromotriz. Al dominar la marcha, al ser capaz de lanzar objetos, de correr sin caer, pudiendo esquivar obstáculos, detenerse y reanudar la carrera, se observa claramente la direccionalidad o voluntad en sus acciones. Cuando camina lo hace con un destino en mente. Maneja correctamente la cuchara, sostiene un lápiz adaptativamente y logra trazar líneas curvas o rectas. Tiene un sentido elemental del orden, si se le proporcionan 4 cubos al azar, tiende a unirlos en un cuadrado perfecto.

Construye un puente con tres cubos, o una torre de más de 9 cubos ; es capaz de valerse de herramientas.

El niño a los 36 meses, personifica muchos de los rasgos conductuales que fundamentan la cultura humana. Reconoce la existencia de otros, sabe esperar su turno, efectúa trueques, es más cooperador, puede participar en una actividad colectiva o jugar sin compañía. Está aprendiendo a disociar las palabras habladas de los movimientos y posturas corporales, lo que le permitirá en un futuro comunicar experiencias previas.

4.3 ANTECEDENTES Y CRITICAS AL USO DE GESELL

4.2.1. Algunas investigaciones

Muchos estudios sobre el desarrollo recurren al uso de la escala evolutiva de Gesell, sobre todo cuando se interesan por un área particular. Es también frecuente el uso de las escalas de Gesell en investigaciones cuyo principal interés se centra en los retrasos o anomalías del desarrollo, así como las comparaciones entre distintas poblaciones. Podemos simplemente mencionar algunos artículos que recurren al uso de las teorías o las escalas de Gesell.

En la revisión bibliográfica efectuada para este trabajo, se encontraron dos investigaciones realizadas en Brasil sobre el desarrollo psicomotor temprano y el desarrollo adaptativo en niños, un artículo en India y uno en Australia que revisaban las escalas de inteligencia y adaptación social, así como un estudio sobre la influencia de los factores genéticos en el desarrollo motor temprano realizado en Israel.

En lo que respecta a la principal fuente de investigación, se revisaron un mínimo de 19 artículos realizados en Estados Unidos en el periodo de 1982 a 1989 (los títulos de algunos de estos estudios se pueden encontrar en la sección de Referencias). Los temas de estos estudios fueron: el uso del enfoque madurativo de Gesell y las escalas creadas por él en las escuelas preescolares y primarias, las comparaciones o validaciones de otros tests de diagnóstico, y el manejo de las escalas de Gesell para detección de anomalías en el desarrollo de niños prematuros, niños con retraso en el desarrollo, niños con daños neurológicos, niños con problemas de aprendizaje y en poblaciones minoritarias (negros, chinos, hispanos, etc.).

De acuerdo a uno de los estudios realizado en Estados Unidos en 1987, las dos pruebas de desarrollo más empleadas en niños durante los primeros años son la escala evolutiva de Gesell (1947) y la escala Bayley de desarrollo infantil (1969) ; aún cuando Gesell diseñó esta escala para evaluar el progreso en el desarrollo, también permite observar el estado neurológico (Knobloch, Rowland, Harger y Malone ; Parmelee citados en Sigman, Cohen, Beckwith y Topinka , 1987).

Algunos resultados importantes que nos parece útil mencionar fueron obtenidos en Estados- Unidos por Bagnato y Mayes (1986) en donde se plantea que los niños con patrones de desarrollo alterados y cerebro dañado, por problemas socio-culturales, pueden llegar a rehabilitarse a través de un tratamiento interdisciplinario. Lo cual permite imaginar resultados similares para los niños de casa cuna cuando presentan anormalidades en la evolución conductual, asociadas al diagnóstico de niño maltratado físicamente. En el artículo de Dukes y Butteryz (1982) se menciona la necesidad de no evaluar al niño con un único instrumento sino por medio de una batería de Tests que corrobore resultados.

No sólo se realizan estudios sobre cada uno de los campos conductuales, también se comparan unos con otros o se equiparan a otro tipo de habilidades.

En Brasil se realizaron dos investigaciones con objetivos similares a algunos de los planteados en la cita anterior. La primera se abocó al desarrollo psicomotor temprano valorado con la escala evolutiva de Gesell. En ella se encontró que los factores que determinan el crecimiento postnatal afectaban también el desarrollo neurointegrativo de niños con bajo peso al nacer (Paine y Pasquali, 1984). En la segunda se estudiaba el desarrollo motor y adaptativo de niños brasileños de diferente origen racial a los 4, 8, 12 y 18 meses. Se pretendía confirmar la hipótesis de un desarrollo precoz del área motriz en niños del tercer mundo. Pero no se obtuvieron diferencias significativas entre los diferentes grupos raciales ya que los CD obtenidos a través de la escala evolutiva de Gesell eran parecidos a los obtenidos en niños estado-unidenses blancos y negros.

En la investigación de Sigman, Cohen, Beckwith y Topinka (1987) se midió la atención en niños desde los dos años de edad hasta los cinco por medio de la escala de Gesell y la de Stanford-Binet. Se observaba el tiempo durante el cual se concentraban en tratar de abrir una caja que contenía un juguete y la rapidez con la cual solicitaban ayuda. Las tareas estaban asociadas con habilidades cognitivas medidas en forma consecutiva. A partir de la observación longitudinal de 12 infantes se encontró que la estabilidad en el rendimiento y la inteligencia se mantuvieron por un periodo de tres años.

Una de las áreas del desarrollo que siempre ha resultado de interés para acercarnos a una mayor comprensión del desarrollo humano es la de los procesos motores. Thelen (1989) postula que aún nos queda mucho por aprender y confirmar en este campo (por ejemplo, comprobar que el desarrollo no es lineal o que la percepción y la acción son inseparables). Se han realizado diversos estudios e investigaciones sobre este aspecto de la conducta abarcando tanto el periodo postnatal como los años siguientes. En uno de ellos se plantea que el desarrollo motor temprano no está únicamente conformado por factores genéticos ya que según Gesell y Thompson, la estimulación motriz temprana

provoca diferencias físicas e intelectuales hasta la edad de 12 años, aun tratándose de gemelos ; los estudios de Dennis y Mcgraw también hablan de la posibilidad de aprendizaje motor en edad temprana (citados en Razel y Micha, 1985).

En China se realizó un estudio por medio de la escala de Gesell para obtener puntajes en conductas motrices gruesas y finas, de lenguaje, adaptativas y personal-social. Se buscaron los factores que afectaban el desarrollo mental desde el nacimiento hasta los 36 meses. Así mismo, se registraron y analizaron los reportes detallados sobre las conductas de sus hijos de las madres de 29 niños chinos normales (Mao y Zhou, 1986) .

En el estudio de Hopkins y Westra (1988), se investigaron 26 niños jamaquinos donde se distinguió entre rutinas de educación formales e informales por parte de las madres y rutinas pedagógicas por parte de una puericultora. Se formuló la hipótesis de que la educación formal facilita el desarrollo motor grueso durante la infancia temprana. Los resultados confirmaron la hipótesis mostrando que los efectos eran mayores respecto al control postural sobre el eje vertical del cuerpo. Este tipo de rutinas no sólo se recomendarían como parte de un sistema de salud preventivo sino también como elemento de un examen de desarrollo neurológico.

Uno de los estudios revisados con mayor relevancia para este trabajo fue la investigación realizada por Pena, Teberg y Hoppen-Brouwers (1987). Esta última tenía dos objetivos: 1-establecer si los niños de alto riesgo al nacer mostrarían un rendimiento acorde a las normas establecidas por Gesell, durante su primer año de vida. 2-evaluar el crecimiento de estos menores y las posibles consecuencias en el desarrollo dada su situación.

La muestra conformada por 143 niños con bajo peso al nacer BPN y un periodo gestacional de 28 a 38 semanas, se dividía en 70 varones y 73 mujeres, hijos de madres hispanas, de clase socio-económica baja CSB. Se les aplicó la escala de Gesell, revisada por Knobloch y Pasamanick (1947) a las 20 y 40 semanas (+/- 3 sem.), se obtuvieron las Edades de Desarrollo y los coeficientes de Desarrollo globales y por áreas. En cuanto a los C.D, a las 20 semanas 131 fueron normales (C.D sup. o igual a 85), 5 fueron sospechosos (C.D igual a 80) y 4 fueron anormales (C.D inf. o igual a 79). A las 40 semanas los resultados fueron 131 normales, 3 sospechosos y 1 anormal. La mayor parte de los datos se concentraban cerca del 100, la norma según Gesell ((1947)).

A nivel de los resultados por áreas donde se deberían obtener los mismos resultados a las 20 y 40 semanas, se encontraron los siguientes promedios: A las 20 semanas, el C.D global era de 102.9, el C.D. motriz fino era de 101.8, el C.D. motriz grueso de 104.8, el C.D. adaptativo fue de 99.3, el de lenguaje 110.7 y el personal-social 99.8. A las 40 semanas estos coeficientes variaron en el orden respectivo a 99.1, 95.0, 107.4, 101.2, 92.2 y 100.4.

Se sugiere que el decremento en el C.D global y sobre todo en el lenguaje que se observa consistentemente en niños CSB después del segundo año no parece originarse en el primer semestre. Los resultados no expresan claramente si las diferencias encontradas dependen de la cultura, el nivel socio-económico o la edad gestacional, pero Bayley y Knobloch y Pasamanick plantean que el efecto del nivel socio-económico es poco importante durante el 1er año (citados por Pena, Teberg y Hoppen-Brouwers, 1987). Por otra parte, varios grupos étnicos presentan también un aumento relativo en los C.D motriz grueso, comparados con la muestra inicial de Gesell de los niños caucasianos. Con respecto al lenguaje, se piensa que la disminución en el C.D entre las 20 y 40 semanas podría ser originada por fallas en la escala que carece de la precisión para evaluar cambios cualitativos o entonces, pudiera ser la confirmación de los planteamientos de Lewis (1959) y Roe (1975) sobre un 1er estadio de balbuceo, un 2do estadio de silencio y un 3er estadio después de los 10 meses de desarrollo del habla.

En sus conclusiones, estos investigadores mencionan la eficacia del test de Gesell para evaluar el desarrollo global en niños hispanos CSB pero con ciertas desviaciones de la norma establecida para niños blancos de clase media en las áreas de motricidad gruesa y fina y la de lenguaje (Pena, Teberg y Hoppen-Brouwers, 1987) .

Algunos niños con retraso en el desarrollo presentan una tasa evolutiva más lenta, así como una aparición de logros y progresos más tardía. Estos resultados se han encontrado en las áreas del desarrollo socioafectivo, de la atención selectiva, de la esfera sensoriomotriz, del lenguaje, de la formación de símbolos, en el juego y en las conductas de apego (Cicchetti & Sroufe, 1976 ; Cohen, 1981 ; Hill & McCune-Nicolich, 1981) ¹⁰ . Esto se da tanto en niños Down como en retrasos de distintas etiologías.

La hipótesis planteada en ésta investigación supone que el estilo cognocitivo de este tipo de niños es menos adecuado que el de niños normales. Al comparar el desarrollo en un grupo de niños de la misma edad, Douglas y Peters, y Krupski observaron que las diferencias se presentaban en términos de la atención (citados en Krakow y Kopp, 1983). Las bases de las que se partieron son las siguientes:-se planteó que el desarrollo del niño con retraso es similar en cuanto a secuencia y organización al desarrollo de niños normales. -Las diferencias entre grupos de niños normales y con retardo podían identificarse en tareas concretas que involucran atención selectiva.

-Las variaciones en los estilos cognitivos podían producir, a corto o largo plazo, diferencias cualitativas en la realización de tareas.

-La atención es uno de los procesos principalmente implicado en la discriminación de niños normales y con retraso.

Por lo anterior, el objetivo del estudio era evaluar los procesos de atención durante el juego libre, sobre todo, la atención sostenida y la concentración, siguiendo la progresión evolutiva del juego. Se esperaba que en edades de desarrollo equivalentes, los sujetos con retraso y los normales mostrarán una

misma secuencia en la evolución de las conductas de juego pero que reflejaron discrepancias en el procesamiento de los estímulos.

Se asignaron dos grupos de niños con retraso en el desarrollo, los niños con síndrome de Down y los retardados por distintas etiologías (exceptuando las causas de tipo sociocultural). En un primer estudio, la muestra estaba formada por 71 niños normales, 20 sujetos de un año, 20 de 18 meses y 31 con retraso leve (coeficiente de desarrollo entre 50 y 75, siendo 100 lo normal, según la escala de desarrollo de Gesell revisada por Knoblock y Pasamanick, 1974). Se citó a las 71 madres con sus hijos y se les observó durante 1 ó 2 horas en un laboratorio, en situaciones de juego estructurado y no estructurado. Posteriormente, se valoró a los pequeños por medio de la escala de Gesell. Se registraron los periodos de atención sostenida, es decir, el tiempo que el niño permanecía involucrado con un juguete.

A continuación se presentan los puntajes obtenidos por los distintos grupos en la evaluación del desarrollo (en situación normal, la edad de desarrollo y la cronológica deberían ser similares): Los 40 niños normales obtuvieron en promedio una Edad de Desarrollo de 17.4, una Edad Cronológica de 15.4 y un Coeficiente de Desarrollo de 113.2, los niños 17 Down, obtuvieron un promedio una E.D. de 17, una E.C. de 28.8 y un C.D. de 59.2 y los 14 niños con retraso por otras etiologías presentaron unas medias de E.D. = 16.7, E.C. = 26 y C.D. = 66.3.

En lo que respecta a la atención, se encontraron ciertas diferencias significativas en la calidad de la atención sostenida al jugar, entre los grupos de niños normales y los sujetos Down. Más aún, la atención en los niños normales presentaba una duración promedio tres veces mayor a la de los otros grupos, y el porcentaje de niños que atendían ante cualquier estímulo era de 0.13 % en los niños normales, 0.47 % en la población Down y 0.21 % en el tercer grupo.

Cuando estos niños cumplieron tres años de vida, se replicó el estudio con el fin de establecer un diagnóstico de seguimiento de los tres grupos en la atención sostenida durante el juego y la frecuencia de ocurrencia de conductas más complejas como aventar, que permitieran señalar limitaciones en la flexibilidad.

Sólo se mantuvo el contacto con 38 sujetos, 13 normales, 12 con el síndrome y 13 del grupo de etiología desconocida.

Para estos grupos, las Edades de Desarrollo fueron respectivamente 27.8, 29 y 26.8. Las Edades Cronológicas estuvieron en un promedio de 24.4, 45 y 42.1. Finalmente, los Coeficientes de Desarrollo se distribuyeron así: Normales = 115, Niños Down = 65 y Otros = 64.7.

En la discusión general Kopp Y Krakow (1983) mencionan las siguientes conclusiones. En ambos estudios, cuando se comparó el desarrollo de niños normales en forma global, se encontraron similitudes importantes en la atención y el involucramiento en actividades lúdicas. Tanto en lo que respecta al nivel de juego como la estructura y el contenido, coincidiendo estos resultados

con la interpretación evolutiva del retraso. Sin embargo, no se observó similitud en todos los aspectos funcionales del desarrollo.

Cabe suponer que las diferencias durante la infancia temprana en el desarrollo de la atención puedan tener implicaciones para el comportamiento posterior. Es probable también que el retraso en el desarrollo esté efectivamente relacionado con el despliegue de la atención, ya que existieron discrepancias no especificadas en la manifestación de la atención durante el juego. El procesamiento de los estímulos y la capacidad de aprovechar la experiencia en la manipulación de objetos variaba en forma crítica, lo que podría implicar un efecto sobre el aprendizaje y por lo tanto, sobre el desarrollo.

Por otra parte, sería interesante retomar algunos de los planteamientos propuestos por Cicchetti & Sroufe, Cohen y Hill & McCune-Nicolich, ya que de ser válidos para la población de casas cuna, el retraso en el desarrollo de las conductas de apego agravaría la situación de los menores institucionalizados, que de por sí se enfrentan en la mayoría de los casos, a un mundo de desconocidos que en raras ocasiones les expresan el cariño necesario.

Como se pudo ver anteriormente, las transformaciones que se suscitan en los niños a partir del nacimiento y hasta el tercer año son numerosas y muy representativas del proceso evolutivo. Sin embargo, los planteamientos de Gesell (1989) no aclaran algunas situaciones importantes como la pérdida de una adquisición ya existente (Wallon, 1968) o los cambios cualitativos de algunas conductas.

En efecto, Stern y Piaget comentan que un sujeto puede realizar una misma operación mental a diferentes niveles, sin que sea observable, ya que la actividad mental no se desarrolla en un mismo plano sino que va de sistemas en sistemas (citado en Wallon, 1968). Por otra parte, tenemos que "algunos conjuntos funcionales comienzan a manifestarse bastante tarde, como el conocimiento, y para reconocerlos hay que saber identificar el estilo propio de cada actividad y no limitarse a la simple enumeración de rasgos que pueden observarse simultáneamente en ella" ¹¹.

4.3.2 Otras investigaciones en el campo del niño institucionalizado

Gesell (1989) habla del momento en que el niño es capaz de reconocer su imagen en el espejo o de cuando el niño parece comprender las palabras de la madre, pero en pocas ocasiones, relaciona las conductas entre ellas. Tampoco parece preocuparse por los procesos internos que marcan nuevos aspectos en las "edades clave". Como un ejemplo de ello, encontramos una investigación realizada en Estados Unidos con el fin de comprender la relación entre dos factores: la formación del autoconcepto y las palabras o gestos de la madre (Wyllie, 1990).

El autoconcepto resulta un aspecto relevante del desarrollo infantil, no sólo porque comienza a desarrollarse desde muy temprana edad sino también, porque determina la conducta y la percepción. Tal parece que entre los 21 y 24 meses, el niño reconoce su imagen en el espejo y se refiere a una foto suya con su nombre y de los 24 a los 30 meses, el niño aprende a usar correctamente los pronombres. Partiendo de diversas teorías sobre la formación del autoconcepto, la autora Wylie (1990) pretendía explorar en un entorno semi-natural los tipos y antecedentes de las atribuciones que hacían las madres a sus hijos. Era considerado atribución cualquier enunciado de la madre susceptible de ser escuchado por el hijo y que expresara o implicara alguna característica de la conducta o la forma de ser del niño (eventual o permanente).

En dos estudios sucesivos se grabaron periodos de interacción de la madre con su hijo: cuando llegaba un extraño, cuando la madre se alejaba y regresaba junto al chico, y cuando comían, jugaban o veían fotos de bebés. Al grupo 1 formado por tres madres de clase media con sus respectivos hijos, se les observó durante 5 horas en dos periodos de 2 1/2 horas, al grupo 2 conformado por 35 madres con sus hijos se les observaba 35 minutos diarios. Posteriormente, se agruparon los tipos de atribuciones en expresiones verbales, gestos, tono de voz, expresión facial, conductas generales. Tal como se esperaba, se encontró que las atribuciones de la madre proveían al niño de oportunidades positivas o negativas para adquirir un lenguaje que le permitiera expresar su autoconcepto.

Por otra parte, los resultados mostraron que: a)-las madres tendían a usar tres tipos de atribuciones relacionadas con la cognición (percepción, comprensión), las habilidades para acertar en sus elecciones y las de competencia (para trepar, construir, etc.) b)-las atribuciones implícitas son mucho más frecuentes que las explícitas y c)-las madres desaprovechaban muchas oportunidades de reforzar conductas o iniciativas de los niños (Wylie, 1990) .

Los resultados anteriores parecen indicar que toda conducta de la madre tiene consecuencias sobre el niño ; tanto los gestos como las palabras afectan el desarrollo infantil. Se corrobora la importancia de la madre o la persona que cuida al niño en la formación del autoconcepto de su hijo así como su función en el proceso de conocimiento del entorno.

En otro artículo se analizaron las cuatro conductas que rigen la transformación mental que se da durante el segundo año. Según McCall, Mandler y Vaughn (citados en Tamis y Bornstein, 1990) éstas son: la producción y la comprensión de lenguaje, el juego y la atención. El estudio pretendía evaluar la interrelación entre esas cuatro conductas, así como la relación entre el desarrollo de dichas habilidades y la estimulación materna. Suponían que una madre apoyando a su hijo con actividades didácticas como nombrar y describir los objetos del entorno, o explicar las características de eventos y situaciones, estimulará el lenguaje y las capacidades de atención y juego.

Se estudiaron 43 lactantes (24 varones y 19 mujeres) con una edad promedio de 402 días, pertenecientes a una clase social media o alta. Se realizaron visitas a los hogares durante un periodo de 13 meses, registrando en video 15 min de juego libre entre el hijo y la madre. A partir de estos registros se codificaron la producción y la comprensión del lenguaje en base a Bates (et al. 1988). Las conductas de juego se clasificaron en 13 tipos distintos de acuerdo a la escala de Belsky (et al. 1980), abarcando desde la manipulación simple hasta la actividad funcional, la juxtaposición, etc... La atención se midió por episodios definidos de la orientación visual hacia un juguete específico por más de dos segundos. Finalmente, se cuantificó la estimulación materna de tipo didáctico en función de las veces que la madre atraía la atención del hijo en forma física o verbal, mostrándole como funcionaban las cosas, señalando y nombrando objetos o describiéndolos. Se separaron los casos de madres que brindaban una atención didáctica y las que no lo hacían.

De acuerdo a la teoría se esperaba obtener una correlación moderada entre la producción y la comprensión del lenguaje, entre el lenguaje y el juego, y entre el juego y la atención ; a la vez que se pensaba encontrar relación entre la estimulación materna y el desempeño específico del niño en cada área.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

-La comprensión de lenguaje fue superior en cantidad y variabilidad a la producción (11.99 contra 8.78).

-La mayor parte de las conductas de juego eran de tipo exploratorio o funcionales.

-El tiempo promedio de atención era de 1 1/2 min. oscilando de 1/2 hasta 3 minutos, dependiendo de los niños.

-El periodo de interacción en forma didáctica de las madres con sus niños variaba de un 33% hasta un 100% , siendo la media 75% .

N.B. No se encontraron diferencias significativas entre los niños de diferente estrato sociocultural, ni entre varones y niñas.

Tal y como se esperaba conforme a la teoría, la producción de lenguaje y la comprensión, el juego y la comprensión y, el juego y la atención se correlacionaron positivamente, aún cuando disminuyó la estimulación materna. Se observó una correlación negativa entre la producción de lenguaje y la atención.

Cabrera y Arisfeld (citados en Tamis y Bornstein, 1990) plantean una posible explicación según la cual la atención sostenida puede inhibir la producción de lenguaje en los lactantes.

Entre las conclusiones de los autores, una de las más importantes indica que estas cuatro habilidades representan capacidades específicas que no están necesariamente ligadas, sino que presentan un mayor o menor desempeño dependiendo de cada persona. Dado que algunas correlaciones significativas se mantuvieron a pesar de la escasa estimulación materna, cabe suponer que esta última no puede explicar por sí sola las relaciones entre las habilidades.

Además, se sugiere la necesidad de dividir el juego en dos componentes independientes, durante la primera infancia: los factores motivacionales y los cognitivos donde el juego y el lenguaje se originan en la representación simbólica. Por su parte, la motivación del niño para aprehender su entorno, se manifiesta en largos períodos de exploración. Mas aun, se menciona que las actividades de juego que continúan por largos períodos, propician la consolidación del conocimiento. Finalmente, se observa que la estimulación materna se relaciona en forma más selectiva que global con el desempeño del lactante.

Las habilidades más favorecidas por la atención materna de tipo didáctica serían la comprensión del lenguaje, el juego y la interacción de ambos factores.

Por lo anterior, estos investigadores proponen una nueva conceptualización de las habilidades del niño vistas como perfiles de capacidades más que como índices de desempeño general.

Tal parece entonces que no basta cuidar al niño sino que se necesita reforzar o incluso desarrollar sus habilidades. En el artículo anterior vimos el papel que juega la madre en la formación del autoconcepto, pero cabe preguntarse si existe relación entre el desarrollo de la comprensión y producción del lenguaje, la atención y el juego y la formación de la propia imagen del niño.

También nos queda la duda en niños que ingresan a las casa cuna después del primer año de vida, si la falta de unos padres que estimularan sus habilidades mentales puede compensarse por un cuidado más didáctico por parte de las niñeras.

En un estudio sobre los niños Kung en Africa, los investigadores se interesaron en observar la capacidad exploratoria del infante cuando comparte un objeto. De acuerdo a Bruner (citado en Bakeman, Adamson, Konner y Barr, 1990) la persona que cuida al niño puede favorecer el desarrollo de habilidades de prensión y manipulación de objetos si provee al niño (de seis meses), de circunstancias adecuadas. El compartir objetos con compañeros en edad temprana, puede influir profundamente en la comprensión del niño sobre sí mismo. En base a la teoría cognoscitivista, los autores se plantearon ciertas hipótesis que trataremos de presentar a continuación:

- Se considera que existen cambios universales acordes a la edad, en la estructura fundamental del proceso de comunicación, siendo el punto de aparición de la capacidad para compartir los objetos la edad de los 10 meses.
- El niño tiene una participación activa, ligada a su intencionalidad en el desarrollo de estas capacidades.
- La persona que cuida al bebé juega un papel esencial en la aparición y el desarrollo de esta conducta.

A raíz de estos postulados, los investigadores se interesaron en describir la interacción de los niños con los objetos en culturas

donde no se estimulan las conductas de intercambiar objetos con otras personas, a menos que el objeto sea el motivo del contacto interpersonal. La muestra se compuso de niños Kung observados en su habitat natural en periodos de interacción con sus madres. Estos niños tienen a su disposición objetos normales en su cultura como serían la comida, las herramientas, las piedras, entre otros. La mayor parte del tiempo, los niños de este grupo están permanentemente pegados a la madre que no se ocupa de ellos en forma especial, ni se preocupa por estimularlos a través de los objetos.

Durante un periodo de 11 meses, se registraron detalladamente las conductas de los niños cuyas edades se hallaban entre una y 22 semanas. Se describieron 11 categorías en las conductas de los niños, como la manipulación simple, el juego exploratorio, repetitivo y el de relación, el ofrecer objetos, las vocalizaciones, las sonrisas y las risas, etc...

Tal como se esperaba, se observó una progresión en la conducta de intercambio de objetos similar a la encontrada en otras culturas, es decir cambios de tipo universal.

Los niños menores de cuatro meses interactuaban escasamente con objetos, entre los cuatro y seis meses mantenían un tipo de relación motora con ellos, pero posterior a los ocho meses, comienza el juego de relación donde el niño es capaz de dar objetos a otras personas. En términos generales, los infantes que se enfocaban a un objeto sencillos menos que en otros momentos y cuando ofrecían objetos a los otros acompañaban su conducta de vocalizaciones. Por otra parte, la manera en que las cuidadoras y los niños comparten los objetos permite introducir los significados culturales de los objetos.

En contraste con los resultados de Clarke-Stewart quien encontró que los niños de clase baja norteamericanos pasan en promedio 40% de su tiempo jugando o explorando con sus juguetes y otros objetos, los niños Kung pasan menos de 18.4% jugando con objetos. No obstante, estos resultados podrían explicarse por la diferente actitud de las madres. En el estudio de Clarke-Stewart un 4.6% de las veces, las cuidadoras ofrecían juguetes a los niños y los estimulaban, en el estudio de los niños Kung el porcentaje era de 1.6 (citado en Bakeman, Adamson, Kanner y Barr, 1990).

Si comparamos este estudio con el de Tamis, Catherine y Bornstein (1990) encontramos ciertas diferencias en los resultados. En el primero vemos que la presencia de la cuidadora es necesaria para desarrollar algunas conductas de juego como el compartir los objetos, mientras que en la segunda no es así. Sin embargo ambas parecen coincidir en el hecho de que la estimulación materna influye selectivamente sobre algunas habilidades del niño. Es decir que la madre tienen un importante papel en el desarrollo de algunas capacidades. Podemos incluso suponer que el tipo de habilidad desarrollada dependerá de la cultura y de la personalidad misma del infante.

En otro artículo realizado por Russon, Waite y Rochester en 1990, también se menciona la importancia de la relación entre el niño y la persona que lo cuida como guía y promotora de las relaciones interpersonales del pequeño. Dado que la madre o la cuidadora median o modifican las experiencias que vive el niño, son ellas quienes favorecen u obstaculizan el desarrollo y despliegue de las habilidades sociales (Hay ; Nadel citados en el artículo).

Los autores de este estudio comentan que desde Howes, no se encuentran investigaciones cuyo interés sea el de conocer la influencia directa de la madre o cuidadora sobre las relaciones de los niños con sus compañeros. En respuesta a tal situación, realizaron el estudio aquí citado con el fin de determinar la importancia y las características de la intervención de una cuidadora durante las interacciones de niños pequeños con sus compañeros. Principalmente, se interesaron en determinar el papel que juega la presencia de la cuidadora y los efectos inmediatos que provoca en niños que asisten a instituciones durante el día.

La investigación fue realizada en Toronto, Canadá, con niños de guarderías infantiles y de nivel socioeconómico variable. La muestra estaba compuesta por 12 niños (6 hombres y 6 mujeres) de 12.5 a 15.5 meses. Las observaciones se llevaban a cabo en la guardería misma por medio de videos de 20 minutos, que registraban las actividades espontáneas de los niños en sus rutinas diarias.

La variable estudiada era la intervención (o no intervención) del cuidador durante los encuentros de los niños con otros compañeros. También se compararon dos tipos de cuidadores, los permanentes y los auxiliares que variaban su horario de trabajo. Posteriormente, se codificaron los tipos de conducta y los efectos de la intervención del adulto. De acuerdo a la revisión teórica de los autores, la persona que cuida a los infantes debería estimular o apoyar la interacción de los niños con sus compañeros, siendo sus intervenciones durante los juegos infantiles promotoras de mejores relaciones entre menores.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Las cuidadoras permanentes interrumpían los encuentros entre los niños el doble de las veces que lo hacían los auxiliares. De estas intervenciones, el 62% eran de tipo verbal y el resto eran físicas. Por lo general, cumplían tres objetivos específicos, detener la actividad que estaban realizando los niños, reorientarla o reforzarla. La primera reacción de todos los pequeños ante las intervenciones era quedarse inmóviles por un lapso de segundos. La mayor parte de las intervenciones de los adultos se presentaban en encuentros especialmente agresivos entre los menores, cuando se presentaban gritos y protestas de los niños o cuando existían riesgos de accidentes físicos. En encuentros "neutrales" o que provocaban pleitos sencillos, no tendían a interferir.

Por otra parte, las intervenciones eran más plausibles cuando la disponibilidad del cuidador era mayor (proximidad de los niños,

involucramiento afectivo con ellos). finalmente, se observó que la actitud de los cuidadores era selectiva ya que en algunos sujetos (los más problemáticos o los más amistosos) la atención alcanzaba un 57% mientras que con otros niños era sólo de 11% .

De los resultados se concluyó que las cuidadoras tendían a intervenir en forma normal y espontánea durante los encuentros, y que sus interrupciones provocaban efectos identificables en las relaciones de los niños. Sin olvidar que en varias ocasiones, eran los pequeños mismos quienes solicitaban la intervención.

Por otra parte, el hecho de que los niños tardaran en reaccionar (como un bloqueo momentáneo) a la intervención de la cuidadora se generalizaba al resto de las relaciones del infante, principalmente con los demás compañeros. Esto permite suponer que el niño aprende comportamientos de los adultos y posteriormente, los transfiere a sus relaciones con los compañeros. A la vez que los pequeños buscaban aprovechar la relación con el adulto para mediar sus contactos con los demás niños, siendo el cuidador una base de seguridad y refugio ante cualquier problema con otros niños, iban formando un tipo de dependencia hacia el adulto. Cuando el pequeño no encuentra respuesta a sus demandas de ayuda ante los conflictos con sus compañeros, se limita el desarrollo social. Tal situación apoya la idea de que es más importante la calidad en las relaciones niño-adulto que la cantidad de contactos.

A falta de una guía adecuada y de un cuidado directo de los adultos que intervengan acertadamente durante confrontaciones o golpes entre los niños, el pequeño recurrirá probablemente a la agresividad para resolver sus problemas.

En concordancia con el artículo anterior, otros autores han enfatizado la importancia del efecto que tiene la presencia de los padres en la socialización del niño. Actualmente encontramos estudios sobre el apego del niño hacia su madre, centrados en la respuesta social infantil cuando se enfrenta a extraños. En términos generales, se ha investigado la calidad de la interacción madre-hijo y su efecto sobre la sociabilidad del niño. Se tiende a pensar que los niños que han desarrollado una relación de seguridad con la madre son más sociables, aun con personas extrañas.

Sin embargo, por la importancia atribuida a la relación materna en los primeros años, se han relegado los estudios sobre las relaciones padre-hijo. En la última década, las críticas a Freud han puesto en duda ciertas posturas, entre ellas, él ver la relación madre-hijo como el prototipo de toda interacción posterior. Por ejemplo, Kotelchuck y Lamb rompen este tabú al observar que algunos niños desarrollan simultáneamente el apego hacia ambos padres (Citado en Kromelow, Harding y Touris, 1990).

Por otra parte, Clarke-Stewart observó que los lactantes prefieren jugar con el padre. Así, sería imaginables pensar que las madres son preferentemente promotoras de conductas de apego mientras que el padre funciona como modelo para las conductas sociales (citado en Kromelow, Harding y Touris, 1990).

En base a los ejemplos arriba mencionados, Kromelow, Harding y Touris (1990) realizaron una investigación cuyo objetivo consistía en comparar la sociabilidad del niño ante personas extrañas alternando la presencia del padre y de la madre. Su hipótesis planteaba diferencias en el grado de sociabilidad dependiendo del sexo del progenitor presente.

La muestra estuvo compuesta por 78 sujetos de clase media o alta, eran niños normales y se les agrupó en dos secciones: un grupo Experimental (I) de 38 menores con 27 hombres y 11 mujeres de 18 meses promedio en la primera observación y 21 meses en el retest. El grupo control (II) formado por 40 niños (22 hombres y 18 mujeres) entre 10 y 18 meses ($X=1.5$ meses en la primera observación y $X=1.5$ años en la segunda) tenía el objetivo de comparar la estabilidad de la sociabilidad con extraños en presencia de la madre en la situación de test y en la de retest.

Inicialmente, se evaluó la calidad de la relación con cada progenitor en base al "Strange Situation" de que se basa en la teoría de Bowlby. Por medio de este instrumento se clasificaron las relaciones en seguras e inseguras. Luego se observaron y se registraron en video sesiones en cubículo, estando presente el niño, un progenitor y un extraño. En el grupo I se realizaron las observaciones a la edad de 18 meses estando presente uno de los padres y a los 21 meses en presencia del padre del otro sexo, cuidando de no seleccionar en todos los casos el mismo sexo en la primera sesión. En el grupo B sólo se trabajó con la madre en ambas observaciones a los 17 meses de edad y a los 21 .

Los resultados aportaron nueva información. En primer lugar, si existen diferencias significativas entre las conductas sociales del niño en función del sexo del padre presente. Al parecer, en la infancia tardía, la presencia del papá opera como un contexto social distinto para el hijo.

Al comparar los resultados de niños con un fuerte apego a la madre pero no al padre y los niños con una relación de apego segura hacia ambos padres, se encontró que los primeros eran significativamente menos sociables hacia un extraño, principalmente en el caso de varones. Paralelamente, se observó que un niño en situaciones estresantes prefiere refugiarse en la madre aún cuando el padre se encuentra presente, apoyando así la idea de que la madre es la primera figura de apego y de que los mecanismos de desarrollo del apego difieren en el caso del padre y el de la madre.

Gaensbawer y Harmon comentan : "la oportunidad de experimentar intercambios placenteros es un factor motivante para las conductas de apego..."¹² , a la vez que se observa en la mayoría de los papás jugueteos con el hijo aún cuando no se ocupan de su cuidado. Existen también evidencias a favor de revestir al padre con un rol de compañero de juego más que la madre misma.

Bowlby en su teoría también plantea que el apego a los progenitores tiene un importante papel en el desarrollo, sobre todo en la formación del autoconcepto y la introyección de los objetos.

Cabe entonces suponer que la representación infantil de la madre difiere de la del padre, provocando variaciones en la calidad, la cantidad y en el ámbito de la interacción con ellos. Del mismo modo, se esperaría que la autoimagen del niño se modificara en función del contexto. A nivel general, el estudio parece indicar que el papel del padre en el desarrollo social varía para hijos e hijas, al menos durante el segundo año de vida ; la presencia del padre significa un contexto diferente para el pequeño (Citado en Kromelow, Harding y Touris, 1990).

Para el interés de esta tesis, se pueden retomar ciertos planteamientos de las dos investigaciones anteriores. En primer lugar, podemos suponer que una razón importante para explicar la diferencia de conducta hacia el niño entre una madre y una niñera o entre distintas niñeras, tiene mucho que ver con el involucramiento. Una madre, aun cuando sólo sea para regañar tenderá a intervenir cada vez que el infante grite, pelee o desobedezca, provocando en el niño el sentimiento de ser atendido o vigilado. A diferencia de algunas niñeras en instituciones que prefieren ignorar las situaciones molestas y sólo responden a los niños cariñosos que llenan sus propias necesidades.

Por otra parte, sabemos que el niño con retraso o estancamiento en el desarrollo tiende a ser menos reactivo a los estímulos, a la vez que se limitan sus posibilidades de comunicación (menos lenguaje, menos expresiones faciales, etc...). Desafortunadamente, como ya se mencionó, la atención se centra en los niños más activos, simpáticos o chistosos y en los más agresivos o autodestructivos, mientras que los pequeños pasivos o muy calmados suelen pasar desapercibidos. Si estos niños presentaban un retraso, la falta de atención y por lo mismo de estimulación, les afectará aún más.

Si de acuerdo a Gaensbawer y Harmon, el padre es mejor compañero de juego, entonces, la ausencia de una figura que cumpla con este rol resultaría todavía más importante para los centros de atención infantil. Por lo mismo, nos podemos cuestionar qué tan necesaria es la presencia de figuras masculinas cercanas en el entorno infantil, o si en un momento dado, la mayor preparación de las cuidadoras pudiese compensar esta ausencia.

4.3.3 Estudios realizados en México

En el tópico de niños institucionalizados, se encontró una investigación realizada en la Casa Cuna Tlalpan en la ciudad de México (Montes de Oca, 1986), donde se intentaba precisamente comprobar si existían diferencias significativas en el desarrollo de las áreas motriz, adaptativa, del lenguaje y personal-social entre tres grupos de niños que ingresan a la institución a distintas edades. En el estudio se utilizó la Escala Evolutiva de Gesell con una población de 34 niños. Y se encontró que los niños que presentaban más bajas puntuaciones al ingresar eran lo bebés

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

que tenían entre 1 y 12 meses. Para estos niños el diagnóstico del desarrollo más frecuente fue el de retraso ligero y serio retardo. Los lactantes de 13 a 24 meses presentaron frecuencias altas en desarrollo normal y serio retardo. El grupo de maternales de 25 a 36 meses alcanzaron un promedio normal.

De acuerdo a estos resultados, los niños que ingresan a la institución con mayor retraso son los bebés, lo cual parece indicar que dependiendo del periodo crítico en él que se pierda a la madre, el daño en el desarrollo será más o menos grave.

Finalmente, mencionaremos los resultados obtenidos en una investigación en México sobre la importancia del vínculo materno-filial en el sentimiento de seguridad de niños de 3 a 6 años. Por medio de registros observacionales y entrevistas, se estudiaron dos grupos, donde los primeros 16 sujetos mantenían relación continua con su madre y los otros 16 habían sufrido privación materna. Los resultados mostraron que los niños que habían sido privados, mostraban conductas frecuentes de aislamiento, destructividad, y apego obsesivo, así como dificultades en el apego y en la participación activa. Estos pequeños también mostraron baja autoestima, y poca autonomía y autoconfianza. Por lo tanto, los autores concluyeron que la privación materna influye en la seguridad que manifiestan los niños de 3 a 6 años.

Resumiendo, los resultados obtenidos por las distintas investigaciones son contradictorios en muchas ocasiones. Por ejemplo, Pena, Teberg y Hoppen-Brouwers (1987) mencionan la eficacia del test de Gesell para evaluar el desarrollo global en niños hispanos, aún cuando existen ciertas desviaciones de la norma, mientras que Dukes y Butteryz (1982) enfatizan la necesidad de no realizar valoraciones con un único instrumento sino, por medio de una batería de tests que corroboren resultados.

En lo que respecta al desarrollo motor, Paine y Pasquali (1984) esperaban encontrar diferencias entre niños de países latinoamericanos y los de niños estado-unidenses blancos, al aplicar la Escala de Gesell en niños de 4, 8, 12 y 18 meses. Sus resultados no mostraron tales diferencias. Sin embargo, Pena, Teberg y Hoppen-Brouwers (1987) si obtuvieron diferencias entre los puntajes obtenidos en esta área (con la escala Gesell), entre niños hispanos y los niños blancos.

Por su parte, los resultados de Wylie (1990) parecen indicar que toda conducta de la madre (gestos y palabras) tiene consecuencias sobre el desarrollo infantil. En tanto que Tamis y Bornstein (1990) mencionan que varias habilidades del niño presentan un mayor o menor desempeño de acuerdo a las características individuales, y la presencia materna puede o no ser significativa.

Paralelamente, Russon, Waite y Rochester (1990) Hablan de la importancia de la madre o la niñera como mediadora en las

experiencias que vive el niño, ya que pueden favorecer u obstaculizar el desarrollo del infante y el despliegue de sus habilidades sociales. Siendo que en el estudio de los niños Kung, donde aparentemente las cuidadoras no estimulaban conductas de intercambio de objetos, se observó una progresión similar a la de otras culturas, en este tipo de conductas sociales. De modo que, la aparición de la conducta no depende de la presencia del adulto, aun cuando la interacción niño-adulto permite introducir significados culturales de las cosas (Bakeman, Adamson, Konner y Barr, 1990)

Por último, vemos que varios de estos estudios muestran la existencia de retrasos en el desarrollo de niños que crecen en circunstancias especiales como la privación, el abandono o, la falta de cuidado y atención necesarios. En un ámbito como el de las Casas Cuna, algunas conclusiones podrían tener valiosos aportes como el reconocer la utilidad de una mayor concientización del personal, sobre las implicaciones de sus conductas y sus comentarios hacia el infante.

De acuerdo a la información recabada en los cuatro capítulos anteriores, podemos plantearnos ciertas dudas o interrogantes con respecto al desarrollo de los niños de Casa Cuna. En primer lugar, cabe preguntarse ¿ Es una realidad definitiva el hecho de que los pequeños que crecen en una institución, lejos de sus progenitores presentan retraso en su desarrollo ?

¿ La permanencia en la institución afecta algunos aspectos del desarrollo infantil más que otros ?

- 1 A. Gesell & C. Amatruda 1947, Op. Cit. p^o 169.
- 2 A. Gesell & C. Amatruda, Op.Cit. p^o 152.
- 3 A. Gesell & C. Amatruda, Op. Cit. p^o31.
- 4 A. Gesell & C. Amatruda Op. Cit. p^o160.
- 5 A. Gesell & C Amatruda Op. Cit. p^o11.
- 6 A. Gesell & C. Amatruda, Op. Cit. p^o93.
- 7 A. Gesell & C. Amatruda Op. Cit. p^o 102.
- 8 A. Gesell & C. Amatruda, Op. Cit. p^o 124.
- 9 A.Gesell & C. Amatruda, Op. Cit. p^o132.
- 10 J.B.Krakov & C.Kopp " The effect of developmental delay on sustained attention in young children", Child Development, vol 54, oct 1983, p^o 1143-1155.
- 11 H. Wallon, 1968, Op. Cit. p^o 116.
- 12 S. Kromelow, C. Harding y M. Teuris "The role of the father in the development of stranger sociability during the second year" American Journal of Orthopsychiatry, vol. 60, october, p^o 521 a 530, 1990.

CAPITULO V : METODOLOGIA

5.1.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En diferentes estudios se ha encontrado que los niños que permanecen institucionalizados por cierto tiempo, en lugares donde carecen de una persona que les brinde atención continua (Bowlby, 1972) y que están al cuidado de la niñera en turno, que no siempre tiene el deseo o la preparación para atender a 10 pequeños, sufren un deterioro en su desarrollo (Goldfarb, 1946). Al niño no le basta tener un ambiente estimulador, necesita además una fuente constante de experiencia que le permita formar imágenes del mundo también constantes. Por lo tanto, algunos desórdenes de comportamiento o retrasos en el desarrollo de ciertas habilidades se deben muchas veces a la falta de experiencias esenciales al comienzo de la vida.

En el experimento realizado por Tizard (Citado en Dunn, 1979), se encontró que los niños criados cuatro años en institución o dos años en institución y luego adoptados, o los niños criados en institución que al cabo de dos años regresaron con su madre, eran diferentes a los niños de familias normales, ya que a la edad de dos años actuaban como si tuvieran un año.

Lo anteriormente mencionado lleva a creer que el desarrollo del niño en la institución será diferente al de niños en situaciones normales .

En México, un alto porcentaje de los menores que llegan a las instituciones han sido niños maltratados, según Marcovich (1978), estos niños no desarrollan la capacidad de integrarse al medio convirtiéndose en seres apáticos, deprimidos, llenos de desconfianza, y su proceso de socialización es mas lento (George, Main, Milling y Kinard citados en Marcovich, 1978). Sin embargo, Spitz (1965) observó en niños maltratados gran destreza en la manipulación, aunque con retraso en el área social.

En base a distintos estudios se han encontrado variaciones entre las distintas áreas del desarrollo. Por ejemplo, el desarrollo del lenguaje infantil, depende de la presencia de estímulos adecuados durante la primera infancia. La carencia de juegos y de tiempo para platicar con el adulto afecta la formación de conceptos, es decir, el razonamiento mismo. De igual manera, se sabe que el acto motor no es sólo un movimiento, implica además aprehender circunstancias, representaciones y conocimientos. Sería factible imaginar que el niño que no tiene libertad para experimentar y manipular podrá entonces presentar un retraso en el desarrollo adaptativo.

Sin embargo, también se han encontrado resultados contradictorios. En algunas instituciones, se ha visto que los niños menores de 1 ó 2 años presentan mejor control muscular y más

libertad de movimiento que niños normales. De la misma forma, los bebés de 5 meses alimentados con botella crecen más en la institución que en sus familias.

En lo que respecta a las Casas Cuna, en la ciudad de México se encontró que el retraso en las áreas del desarrollo está directamente relacionado con la edad a la que ingresan los niños a la institución (Montes de Oca, 1986). Este resultado se explicaría de diferentes maneras dependiendo del enfoque teórico utilizado.

Se menciona que los dedos maternos son una oportunidad básica de juego para el bebé; los apapachos de la madre ayudan a iniciar las primeras actividades lúdicas, afectando directamente el desarrollo emocional y social. En cada etapa, la capacidad adaptativa del niño se encuentra potencialmente preparada para responder a situaciones específicas, lo que a una edad puede provocar graves secuelas, en otras no. Según Spitz (1965), las edades más vulnerables son los 3, 7 y los 14 meses. Contrariamente, Dolto (1977) dice que algunos elementos que hacen ver al bebé tan indefenso pueden ser al mismo tiempo ventajas para la adaptación. Finalmente, Cabrera y Arisfield proponen la hipótesis de que en algunos lactantes, la falta de lenguaje se debe a que los pequeños callan mientras fijan su atención (citado en Tamis y Bornstein, 1990).

Por lo tanto, si los niños que permanecen institucionalizados por cierto tiempo, tienden a presentar un retraso en el desarrollo, entonces requerirían de un programa de estimulación especialmente diseñado para sus necesidades.

Sin embargo, para poder llevar a cabo dicho proyecto convendría mirar objetivamente la situación del personal psico-pedagógico en la Casa cuna Coyoacan.

Tomando en cuenta que la mayor parte de las veces, cada psicólogo tiene a su cargo 20 ó 30 niños, parece utópico suponer que pueda realizar un programa de estimulación específico para cada sujeto. Si se partiera de ciertas observaciones generales en los diagnósticos del desarrollo de niños que pertenecen a una casa cuna, podrían entonces formularse programas eficaces tanto para los niños como para la institución.

Finalmente, para las personas que hemos tenido contacto con los niños de la Casa Cuna Coyoacan y que hemos podido observar las carencias psico-afectivas de los menores, surgen tres preguntas:

¿ A partir de las valoraciones psicológicas que se realizan semestralmente a los menores que ingresan a Casa Cuna Coyoacan, se puede comprobar la existencia real de un decremento en los coeficientes de desarrollo, obtenidos tanto a nivel global como por áreas ? De acuerdo a la Escala de Diagnóstico Evolutivo de A. Gesell ¿ Cómo varían estos Coeficientes dependiendo de la edad de los pequeños ? ¿ Cuáles serían las áreas (motriz, adaptativa, de lenguaje y personal-social), más afectadas durante la permanencia en la institución ?

5.1.1.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

Detectar si existen variaciones importantes entre los coeficientes de desarrollo obtenidos en las sucesivas valoraciones y si estas variaciones se observan también en las áreas del desarrollo determinadas por Gesell (1989).

OBJETIVOS PARTICULARES: a).-comparar los resultados registrados para el coeficiente de desarrollo global y los coeficientes de desarrollo por áreas, en cada una de las salas, al ingresar a la institución, después de seis meses y después de un año.

b).-comparar los puntajes obtenidos en las cuatro áreas (motriz, adaptativa, de lenguaje y personal social) para los niños de las salas 1 (casa recepción), 2 (enfermería), 3 (lactantes) y 4 (maternales) en las sucesivas valoraciones.

5.2.-HIPOTESIS

***Hipótesis de trabajo 1:** Se observarán diferencias significativas entre los coeficientes de desarrollo obtenidos en forma global y por áreas, entre la primera valoración, la segunda y la tercera, para la población general.

***Hipótesis nula 1:** No existen diferencias estadísticamente significativas entre los coeficientes de desarrollo obtenidos en forma global y por áreas, entre la primera valoración, la segunda y la tercera, para la población general.

***Hipótesis alterna 1:** Existen diferencias estadísticamente significativas entre los coeficientes de desarrollo obtenidos en forma global y por áreas, entre la primera valoración, la segunda y la tercera, para la población general.

***Hipótesis de trabajo 2:** Se observarán diferencias significativas entre los coeficientes de desarrollo obtenidos en las áreas motriz, adaptativa, de lenguaje y personal-social entre los distintos grupos (las 4 salas), en las sucesivas valoraciones.

***Hipótesis nula 2:** No existen diferencias estadísticamente significativas entre los coeficientes de desarrollo obtenidos en las áreas motriz, adaptativa, de lenguaje y personal-social entre los distintos grupos, en las sucesivas valoraciones.

***Hipótesis alterna 2:** Existen diferencias estadísticamente significativas entre los coeficientes de desarrollo obtenidos en las áreas motriz, adaptativa, de lenguaje y personal-social entre los distintos grupos, en las sucesivas valoraciones.

5.3.-VARIABLES

Variables independientes:

* Tiempo que transcurre entre las aplicaciones de la Escala dentro de la institución.

* La edad cronológica de los niños en el momento de las valoraciones representada por las distintas salas: casa recepción, enfermería, lactantes y maternales.

Variables dependientes:

* Los coeficientes de desarrollo obtenidos para cada niño con la Escala de Desarrollo de Gesell, en forma global y por áreas, en las distintas aplicaciones.

5.4.-DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

5.4.1-VARIABLES INDEPENDIENTES:

EDAD CRONOLÓGICA (SALAS): Los grupos de edades están determinados por las normas dentro de las salas establecida en casa cuna de la manera siguiente:

Sala de Casa Recepción	-niños de cualquier edad pero que deben permanecer temporalmente aislados del resto de los niños.
Sala de enfermería	-niños menores de 6 meses.
Sala de lactantes	-niños de 6 a 24 meses.
Sala de maternales	-niños de 24 a 48 meses.
Sala de preescolares	-niños mayores de 48 meses y menores de 6 años.

TIEMPO: es el tiempo hipotético que se requiere para observar los progresos en el desarrollo, a partir de que el niño ingresa y conforme se va adaptando a su nuevo ambiente.

Es un periodo que transcurre entre la primera, la segunda y la tercera aplicación de la Escala de Gesell ; la 1ra, la 2da y la 3ra valoración se realizan respectivamente al mes de ingreso, después de 6 meses y después de un año.

5.4.2-VARIABLES DEPENDIENTES:

COEFICIENTE DE DESARROLLO: Representa el nivel de desarrollo de las funciones que ha alcanzado el menor en relación a la población de su misma edad cronológica, expresando el rendimiento conductual en términos de normalidad o anormalidad.

El Coeficiente de Desarrollo es la relación entre la edad de desarrollo y la edad cronológica expresada en forma de razón.

EDAD DE DESARROLLO: de acuerdo a Gesell (1989), corresponde a la edad evolutiva en que el niño logra realizar todas las conductas.

Operacionalmente, la edad de desarrollo es la Edad Clave en que el sujeto emite todas las conductas establecidas en el protocolo.

AREAS DEL DESARROLLO

1)-Area motriz gruesa: son las reacciones posturales, el equilibrio de la cabeza, sentarse ,pararse, gatear y caminar.

Operacionalmente, el área motriz evalúa la presencia o ausencia de conductas tales como sostener la cabeza, sentarse, rodar, pararse, caminar, correr, saltar, gatear, etc.

-Area motriz fina: es el uso de manos y dedos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto.

Aquí se evalúan conductas más precisas como tomar un cubo, asir una bolita, agarrar una cinta, urgar un badajo, etc.

2)-Area adaptativa: Representa el área de mayor importancia,pués se refiere a la organización de los estímulos, la percepción de relaciones, la descomposición de un conjunto en sus partes y la reintegración de éstas de un modo coherente. Incluye las adaptaciones más pequeñas sensoriomotrices ante objetos y situaciones, como la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos, la habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos ; aún al manipular objetos simples, el niño muestra formas de conducta significativas, en ello revela recursos crecientes. La conducta adaptativa es precursora de la futura inteligencia al implicar la utilización de la experiencia previa en la solución de problemas.

-En el área adaptativa se observa si el niño puede o no responder a ciertos Items como atender a estímulos que se le presentan, retener un aro voluntariamente, formar una torre por imitación, ubicar figuras geométricas, responder a estímulos pequeños, realizar trazos verticales y horizontales, repetir dígitos, etc.

3)-Area de lenguaje: adquiere formas características que dan la clave de la organización del sistema nervioso central del niño, representa toda forma de comunicación visible, audible, gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones, además incluye la imitación y comprensión de lo que expresan otros.

El lenguaje articulado es una función socializada que requiere la existencia de un medio social, pero también depende de la existencia y del estado de las estructuras corticales y sensoriomotrices. Las etapas subyacentes son tan ordenadas e inevitables como en otros campos.

-Los Items que corresponden a la evaluación del lenguaje son la producción de ruidos guturales, la sonrisa social, el murmullo, el parloteo espontáneo, reacción al escuchar su nombre, nombrar objetos, identificarlos, contestar preguntas, obedecer órdenes, hasta alcanzar un vocabulario promedio de 1500 palabras.

4)-Area personal-social: son las reacciones ante la cultura social en que vive el sujeto y que son contingentes respecto del ambiente (pueden o no suceder). El moldeamiento de estas conductas está determinado fundamentalmente por los factores intrínsecos del crecimiento, la capacidad para alimentarse, controlar esfínteres, la higiene, independencia en el juego, reacción para la enseñanza dependen de las exigencias culturales pero también en gran medida de la madurez neuromotora. Esta conducta está particularmente sujeta a los objetivos de la sociedad y no a diferencias individuales, pero las variaciones tienen límites normales y consecuencias para el diagnóstico.

-En términos operacionales, las conductas que el niño debe emitir en esta área son mirar su entorno, respuestas faciales, sonreír al espejo, jugueteo de dedos, comer solo, distinguir extraños, control de esfínteres, obtener la atención de las personas, transportar objetos frágiles, jugar con compañeros.

5.5.- SUJETOS

La muestra consta de 73 niños mayores de 6 meses de edad albergados en la Casa Cuna Coyoacan, y que han sido valorados al menos dos veces durante su estancia en la institución. Esta población se distribuye por salas y por sexos de la siguiente manera:

SEXO	POBLACION GENERAL	GRUPOS			
		SALA1	SALA2	SALA3	SALA4
femenino	36	8	10	12	6
masculino	37	1	21	11	4

5.6.- MUESTRA

Es una muestra no probabilística. Se seleccionaron a todos los niños de la Casa Cuna Coyoacan que en el periodo de 1988 a 1990

estuvieron ubicados en alguna de las salas de enfermería, lactantes, maternas o sala recepción y que tuvieron en su expediente los registros completos de dos o tres valoraciones del desarrollo con la Escala Evolutiva de Gesell (ver anexo 1), aplicadas con un intervalo de al menos 4 meses entre una y otra.

5.7.-TIPO DE INVESTIGACION

La investigación realizada pretende ser un estudio descriptivo ya que se intentará describir las áreas más afectadas en el desarrollo de niños institucionalizados. Es un estudio de campo pues el desarrollo de los sujetos se evalúa dentro de la institución misma. Es un estudio longitudinal donde se contrastarán los resultados después de un periodo de seis meses y de un año.

5.8.- DISEÑO

Diseño de contrastación para tres muestras relacionadas, ya que se registraron las puntuaciones de la población en tres momentos distintos.

5.9.-ESCENARIO

El estudio se realizó en el departamento de psicopedagogía de la Casa Cuna Coyocacan, consistente en tres cubículos equipados con escritorios y sillas, así como mesas pequeñas para el manejo de los menores, además de un archivo que contiene la información existente sobre los antecedentes de cada sujeto.

5.10.-INSTRUMENTO

El instrumento manejado fue la Escala de Diagnóstico del Desarrollo elaborada por Arnold Gesell que es un esquema evolutivo que codifica los modos conductuales para su aplicación al diagnóstico, permitiendo considerar la edad de desarrollo en relación con los niveles cronológicos inmediatos, anteriores y posteriores, de manera de poder determinar si el desarrollo se ubica dentro de la normalidad, por encima de ella o presenta retardo.

Esta escala evalúa la edad de desarrollo, el coeficiente de desarrollo global y los coeficientes de desarrollo de las cuatro áreas: motriz, adaptativa, lenguaje y personal-social. En cada área, se califican un conjunto de ítems que corresponden a ciertas

conductas representativas de una etapa del desarrollo. A continuación se presentan los métodos de calificación de la escala tal y como fueron manejados en la Casa Cuna Coyoacan y como se plantea en Gesell y Amatruda (1989):

I)-CALIFICACION DE LAS CONDUCTAS

a)-En Casa Cuna Coyoacan: Se consideró para cada sujeto, únicamente la presencia o ausencia de las conductas establecidas en el protocolo para cada edad clave, (ver anexo 1). Por lo general, la secuencia evolutiva se eligió de acuerdo a la edad cronológica del niño.

Ejemplo: 8 semanas

AREA MOTRIZ

- | | |
|--|----|
| * Sent. cabeza erecta. | si |
| * Pro. cabeza compensa suspensión ventral. | si |
| * Pro. cabeza línea media. | si |
| * Pro. levanta zona II. | no |

b)-Protocolo Gesell y Amatruda: En casos normales, se selecciona la secuencia más próxima a la edad cronológica. En caso de anomalías visibles, se determina la categoría conductual del niño (si aún no se sienta, si ya es un niño ambulatorio, etc.). El registro de conductas se realiza de la siguiente manera:

- Un signo (+) si la modalidad conductual está bien establecida.
- Un signo(+/-) para las conductas incipientes o de tipo incidental.
- Un signo (-) cuando no se presenta la conducta.
- Un signo (++) cuando la conducta presentada forma parte de una secuencia obligatoria, y se encuentra en una etapa más avanzada.
- Una letra N cuando la conducta temporaria ha sido totalmente reemplazada por una más madura.

Ejemplo: 8 semanas

AREA MOTRIZ

- | | |
|--|----|
| * Sent. cabeza erecta. | ++ |
| * Pro. cabeza compensa suspensión ventral. | +- |
| * Pro. cabeza línea media. | N |
| * Pro. levanta zona II. | + |

III)-COEFICIENTE DE DESARROLLO

En ambos sistemas se divide la edad de desarrollo general entre la edad cronológica y se multiplica por 100.

Ejemplo: $\frac{\text{EDAD DE DESARROLLO}}{\text{EDAD CRONOLOGICA}} * 100 = \text{COEFICIENTE DE DESARROLLO}$

$$\frac{8 \text{ semanas}}{10 \text{ semanas}} * 100 = 80$$

IV)-DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO

Los rangos establecidos por Gesell para los puntajes obtenidos en los Coeficientes de Desarrollo son:

- de 0 a 49 puntos = Deficiente.
- de 50 a 69 puntos= Retraso.
- de 70 a 79 puntos= Limitrofe.
- de 80 a 89 puntos= Inferior.
- de 90 a 109 puntos= Normal.
- de 110 a 119 puntos= Brillante.
- de 120 a 129 puntos= Superior.
- de 130 en adelante= Muy Superior.

5.11.-PROCEDIMIENTO

Se pidió autorización a la institución para revisar los expedientes y registrar los datos de todos los menores que entre enero de 1988 y diciembre de 1990 fueron sujetos a dos o más valoraciones con la Escala Evolutiva de Gesell. Las valoraciones fueron realizadas en el cubículo (niños maternales) o en las salas, por los psicólogos que laboraron en Casa Cuna Coyoacan, durante ese periodo, entre los cuales participé yo. Para ese efecto, se nos preparó por medio de la lectura del " Manual de diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño " de Gesell y Amatruda (1989), además de una capacitación individual por parte de la jefe de psicología de la institución.

Los expedientes contenían las hojas de calificación de la escala de Gesell así como información general del menor ; se eliminaron los sujetos que tenían menos de dos valoraciones o más de 3, quedando una población total de 73 niños. Para cada expediente, se registraron en hojas especiales los datos. También se analizó en cada caso, las áreas más afectadas, desglosando para las áreas motriz y personal-social las conductas correspondientes a la coordinación fina y gruesa en la primera, y las de autocuidado o conducta social en la segunda. Era considerada "área afectada" aquella área donde el niño obtenía una Edad de Desarrollo inferior a la Edad de Desarrollo general por más de dos niveles de maduración.

En lo que respecta a los motivos de ingreso se dividieron en seis grupos que se especifican a continuación:

1) Abandono, es decir cuando el niño es encontrado en la vía pública y los padres o familiares no han acudido a las instituciones correspondientes a buscarlo.

2) Maltrato. En casos de niños que habiendo sido hospitalizados, se les diagnosticó por los médicos con el síndrome del niño maltratado ; los padres o familiares pierden la patria potestad temporal o definitivamente.

3) Denuncia de hechos, que corresponde a los casos en que los padres han perdido la patria potestad de los pequeños por alguna razón no identificada plenamente (puede ser la falta de integración familiar o la falta de recursos socio-económicos).

4) Robo, cuando se detecta que las personas que cuidan al menor no son sus padres, ni familiares directos y otra persona reclama el derecho a cuidar al niño.

5) Exposición voluntaria, se da cuando los padres o familiares renuncian a su responsabilidad en el cuidado del niño.

6) Problemática de los padres, cuando el cuidado del niño queda en manos de la institución ya que los familiares carecen de recursos económicos para responsabilizarse del menor, o están en prisión o han fallecido.

CAPITULO VI : RESULTADOS

6.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

Para el procesamiento de los datos se realizaron varias tablas agrupando por frecuencias y porcentajes la información recabada (vease el Anexo B) ; para cada variable, se obtuvieron cinco tablas, en la primera se representaron los datos de toda la población y en las cuatro siguientes se manejó la información por salas. Posteriormente, se concentraron los datos correspondientes a las tres valoraciones en la misma tabla. Se obtuvo un total de 12 variables:

- 1-edad de ingreso.
- 2-sexo.
- 3-motivo de ingreso.
- 4-edad cronológica.
- 5-edad de desarrollo.
- 6-coeficiente de desarrollo.
- 7-diagnóstico del desarrollo.
- 8-coeficiente de desarrollo del área motriz.
- 9- " " " adaptativa.
- 10- " " " de lenguaje.
- 11- " " " personal-social.
- 12-Subáreas del desarrollo más afectadas.

En lo que respecta a la edad de ingreso se encontraron los siguientes datos relevantes:

Tabla 1: Distribución de la edad promedio de ingreso.

	MEDIA (Semanas)	DESVIACION ESTANDAR	EDAD MINIMA (Semanas)	EDAD MAXIMA (Semanas)
Sala 1	62.67	25.58	24	96
Sala 2	7.87	12.46	1	68
Sala 3	33.74	19.08	1	72
Sala 4	92.80	7.11	72	96
Pob. Gral.	34.41	33.66	1	96

Como se observa en la tabla 1, en la sala de casa recepción se encuentran niños de todas las edades. En las salas 2, 3 y 4 la edad promedio es de 2, 8 y 23 meses respectivamente. La media general es de 8 meses.

En cuanto a la distribución del sexo por salas se observaron las siguientes proporciones:

Tabla 2: Distribución del sexo por salas.

	Sala 1		Sala 2		Sala 3		Sala 4		Pob. Gral.	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Mujeres	8	88.89	10	32.26	12	52.17	6	60.00	36	49.32
Hombres	1	11.11	21	67.74	11	47.83	4	40.00	37	50.68

En base a estos datos se puede concluir que de 1988 a 1990 ingresaron la misma cantidad de hombres que de mujeres. Sin embargo, en los bebés de la Sala 2, la proporción es de 2 a 1. Por su parte, en los lactantes las cifras presentan mayor equilibrio no así en los maternales, donde ingresan más niñas (6 de cada 10).

Respecto a los posibles motivos de ingreso se dividieron en 6 grupos obteniéndose los resultados siguientes:

Tabla 3: Distribución por salas de los motivos de ingreso.

MOTIVO DE INGRESO	Sala 1		Sala 2		Sala 3		Sala 4		Pob. Gral.	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Abandono	2	22.2	9	29.0	8	34.8	5	50.0	24	32.9
Maltrato	3	33.3	0	0.0	5	21.7	0	0.0	8	11.0
Denuncia Hechos	3	33.3	16	51.6	8	34.8	3	30.0	30	41.1
Robo	1	11.1	1	3.2	0	0.0	0	0.0	2	2.7
Exp. voluntaria	0	0.0	1	3.2	1	4.3	0	0.0	2	2.7
Probl. Padres	0	0.0	4	12.9	1	4.3	2	20.0	7	9.6
Total:	9	100	31	100	23	100	10	100	73	100

Al parecer, las principales causas de ingreso a Casa Cuna Coyoacan entre 1988 y 1990 fueron la denuncia de hechos y el abandono. El porcentaje de niños que ingresaron por robo o por exposición voluntaria es muy bajo. La mayor cantidad de niños con maltrato fueron los lactantes (de 6 a 24 meses) y los menores de la sala 1 Casa Recepción.

A partir de la edad de desarrollo, se obtuvieron los siguientes coeficientes de desarrollo (el puntaje esperado según Gesell es de 100):

Tabla 4: Distribución del Coeficiente de desarrollo en la población general en las tres valoraciones.

VALORACION	SUJETOS	COEF. DE DESARROLLO	DESV. ESTAN.	PUNTAJE		DIAGNOST.
				MINIMO	MAXIMO	
Primera	73	100.67	17.42	58	146	NORMAL
Segunda	73	93.37	11.03	60	117	NORMAL
Tercera	20	91.45	14.29	67	115	NORMAL

Se observa un decremento de 7.3 unidades entre los coeficientes de desarrollo de la primera y la segunda valoración. Al cabo de un año, el coeficiente tuvo un decremento de 9.2 unidades. (Para mayor detalle, vease la tabla 6.1 en el anexo B).

Tabla 5: Distribución del diagnóstico del desarrollo en la primera, segunda y tercera valoración.

DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO	VALORACIONES					
	Primera		Segunda		Tercera	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%
Retraso	3	4.1	3	4.1	3	15.0
Limitrofe	6	8.2	4	5.5	2	10.0
Inferior	8	11.0	15	20.5	2	10.0
Normal	35	47.9	46	63.0	12	60.0
Brillante	12	16.4	5	6.8	1	5.0
Superior	5	6.8	0	0.0	0	0.0
Muy superior	4	5.5	0	0.0	0	0.0
Total:	73	100.0	73	100.0	20	100.0

Tal como lo muestra la tabla, el porcentaje de menores con diagnóstico superior a lo normal disminuye al cabo de 6 meses. Por lo mismo, aún cuando se pudiera pensar que el número de niños con diagnóstico de normal aumenta, en realidad refleja la disminución de los sujetos considerados brillantes, superiores o muy superiores.

Después de un año el porcentaje de niños con retraso o limitrofes aumenta considerablemente. Sin embargo, estos datos se apegan a la curva normal donde el grueso de la población se concentra alrededor de la media.

De los coeficientes de desarrollo obtenidos en las distintas áreas planteadas por Gesell, se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 6: Puntajes obtenidos por áreas en la población general en las distintas valoraciones.

AREA	VALORAC.	MEDIA	DESV. EST.	MINIMO	MAXIMO	DIAGNOST.
MOTRIZ	1ra	108.97	24.33	47	200	NORMAL
	2da	97.14	14.65	36	133	NORMAL
	3ra	97.75	25.25	35	140	NORMAL
ADAPTATIVA	1ra	103.89	21.38	50	171	NORMAL
	2da	95.82	13.53	64	127	NORMAL
	3ra	92.95	14.18	69	129	NORMAL
LENGUAJE	1ra	89.74	23.08	33	164	INFERIOR
	2da	84.51	13.61	49	125	INFERIOR
	3ra	77.55	16.63	41	100	LIMITROFE
PERSONAL-SOCIAL	1ra	97.59	20.27	50	150	NORMAL
	2da	94.00	14.47	53	131	NORMAL
	3ra	96.55	14.59	73	123	NORMAL

* Para mayor información consulte las tablas 8.1, 9.1, 10.1 y 11.1 en el anexo B.

La tabla muestra claramente que existe un decremento en los coeficientes de desarrollo después del ingreso a la institución. Esta disminución es notoria para las áreas Motriz, Adaptativa y Lenguaje, siendo esta última la más afectada. Cabe hacer notar que los puntajes en éste aspecto son bajos desde el ingreso. El área Personal-Social no presenta un deterioro importante, pero el puntaje inicial está por debajo al obtenido en las dos primeras áreas. Finalmente, se observa un ligero incremento entre la segunda y tercera valoración en las áreas Motriz y Personal-Social.

6.2 ANALISIS INFERENCIAL

Para determinar si las diferencias observadas entre las medias de los coeficientes de desarrollo global y por áreas eran estadísticamente significativas, se utilizó la prueba Z (Prueba de significancia de la diferencia entre dos medias, Downie, 1986). A un nivel de significancia de 99 % la Z de tablas fue igual a 2.58 ($\bar{A} = 2.58$).

Para cada una de las medias se realizaron tres cálculos de Z de manera a comprobar si las diferencias eran significativas entre la primera y la segunda, la segunda y la tercera y entre la primera y la tercera valoración.

1) **Coefficiente de desarrollo global:** Al comparar la media obtenida en la primera valoración y la segunda, la Z calculada tomó un valor de 3.025 superior a \bar{A} . Por lo tanto, la diferencia de 7.3 puntos

entre las medias es estadísticamente significativa. Las diferencias de 1.9 puntos entre la segunda y tercera valoración y de 9.2 puntos entre la primera y tercera valoración no son significativas ya que $Z_2 = 0.557$ y $Z_3 = 2.432$, ambas inferiores a 2.58.

2) En el área Motriz, se obtuvieron resultados similares a los anteriores al ser significativa únicamente la diferencia entre la primera y la segunda valoración ($Z = 3.558$, con una diferencia de 11.8 puntos). La segunda y la tercera diferencia parecen deberse a otros factores ya que los valores de Z fueron $Z_2 = -0.103$ y $Z_3 = 1.774$, pudiéndose explicar el aumento en el coeficiente de desarrollo después del primer semestre por una adaptación de los niños a la institución.

3) Para determinar si las diferencias observadas en el coeficiente promedio del área adaptativa eran significativas se calcularon las respectivas Z . En la primera diferencia se obtuvo una Z de 2.725, superior a \bar{A} y al comparar la primera y la tercera valoración la Z fue de 2.708, también superior a \bar{A} . Por lo tanto el decremento de 8 puntos en los primeros 6 meses y de 10.9 puntos al cabo de un año, resultaron estadísticamente significativos. La disminución de 2.8 puntos en el segundo semestre parece deberse a otros factores ya que $Z = 0.809$ (no significativa).

4) En el área del Lenguaje, se observó una disminución significativa de 12.1 unidades entre la primera y la tercera valoración con una Z de 2.652. Los decrementos reportados en cada semestre no son significativos ya que $Z_1 = 1.667$ y $Z_2 = 1.720$.

5) Finalmente, para el coeficiente de desarrollo Personal-Social, no se corroboraron diferencias significativas entre las medias siendo todas las tres Z inferiores a \bar{A} ($Z_1 = 1.231$, $Z_2 = -0.694$ y $Z_3 = 0.258$).

En base a lo anterior, se acepta la hipótesis alterna 1 que establece que existen diferencias estadísticamente significativas en la población general entre los coeficientes de desarrollo obtenidos en forma global y por áreas entre la primera, la segunda y la tercera valoración. Excepto en el área Personal-Social donde no se encontraron diferencias significativas entre las tres valoraciones, sino que se observó un puntaje inferior al de las áreas Motriz y Adaptativa desde el ingreso.

En el coeficiente de desarrollo global, así como en las áreas Motriz y Adaptativa, se observó un decremento significativo durante los primeros 6 meses. En las áreas Adaptativa y de Lenguaje la disminución fue significativa entre la primera y la tercera valoración. Por último, en las áreas Motriz y Personal-Social se encontró un ligero aumento después del primer semestre que podría deberse a una posible adaptación a la institución.

Por lo tanto, concluimos que después de su ingreso a la institución, los niños de Casa Cuna Coyoacan presentaron un retraso

significativo en su desarrollo, y en éste retraso parecen ser determinantes los primeros meses.

Al confirmar que en la población general existe un retraso en el desarrollo Motriz, Adaptativo y del Lenguaje, entre la primera, la segunda y la tercera valoración, se procedió a analizar si en las distintas áreas existen diferencias significativas entre los grupos de la población.

6.2.1 RESULTADOS AL INGRESO:

Los coeficientes de desarrollo obtenidos en los distintos grupos en la primera valoración se presentan a continuación: (Para mayor detalle veanse las tablas 8.2 a 8.5, 9.2 a 9.5, 10.2 a 10.5 y 11.2 a 11.5 en el anexo B).

Tabla 7: Distribución de los coeficientes de desarrollo en los cuatro grupos en la primera valoración.

AREA	GRUPO	MEDIA	DESV. EST.	MINIMO	MAXIMO	DIAGNOST.
MOTRIZ	Sala 1	104.56	21.30	68	133	NORMAL
	Sala 2	108.03	26.94	47	200	NORMAL
	Sala 3	112.70	23.93	50	164	BRILLANTE
	Sala 4	107.30	17.07	80	138	NORMAL
ADAPTATIVA	Sala 1	106.00	28.80	61	158	NORMAL
	Sala 2	102.52	19.10	50	138	NORMAL
	Sala 3	109.70	20.63	57	171	NORMAL
	Sala 4	92.90	16.50	67	125	NORMAL
LENGUAJE	Sala 1	85.33	30.90	39	142	INFERIOR
	Sala 2	93.77	26.65	33	164	NORMAL
	Sala 3	90.57	13.40	63	115	NORMAL
	Sala 4	79.30	15.41	65	121	LIMITROFE
PERSONAL-SOCIAL	Sala 1	102.44	21.51	80	150	NORMAL
	Sala 2	95.55	23.18	50	150	NORMAL
	Sala 3	101.61	16.39	50	129	NORMAL
	Sala 4	90.30	13.30	76	117	NORMAL

Se observa que al ingreso, en el área Motriz, los lactantes entre 6 y 24 meses de edad presentan un puntaje medio por arriba de lo normal. Los demás grupos se mantienen en la norma. En el área Adaptativa, aún cuando todos los grupos se encuentran dentro de lo esperado, el grupo de lactantes obtiene el puntaje más alto y el de maternales el más bajo. En el área del Lenguaje se observan puntuaciones notoriamente inferiores a las de las otras áreas, siendo los grupos más afectados Casa Recepción y Maternales. En lo que respecta al área Personal-Social los grupos se encuentran dentro de la norma, pero en comparación con las demás salas el grupo de Maternales se ubica en el límite entre Inferior y Normal.

Para comprobar si las diferencias entre los grupos eran significativas, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) entre las distintas salas. Se estableció un nivel de significancia α de 0.05, encontrándose los siguientes resultados en la primera valoración:

En el área Motriz se encontró una $F(3,69) = 0.29$; $P = 0.82$. Con respecto al área Adaptativa, se encontró $F(3,69) = 1.53$; $P = 0.21$. En el área del Lenguaje se observó $F(3,69) = 1.10$; $P = 0.35$. Y en el aspecto Personal-Social $F(3,69) = 0.99$; $P = 0.40$. Por lo tanto, al ser todas las probabilidades superiores a α se rechaza la Hipótesis alterna y se acepta la H_0 que dice que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los coeficientes de desarrollo de los distintos grupos en las cuatro áreas.

Se concluye así que las diferencias entre las medias de los distintos grupos que se observan no son significativas y pueden deberse a otros factores.

6.2.2 RESULTADOS DESPUES DE 6 MESES:

En la segunda valoración se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 8: Distribución de los coeficientes de desarrollo en los cuatro grupos en la segunda valoración.

AREA	GRUPO	MEDIA	DESV. EST	MINIMO	MAXIMO	DIAGNOST.
MOTRIZ	Sala 1	103.22	17.17	71	133	NORMAL
	Sala 2	90.74	15.19	36	114	NORMAL
	Sala 3	102.83	10.51	85	127	NORMAL
	Sala 4	98.40	9.76	82	113	NORMAL
ADAPTATIVA	Sala 1	93.33	13.78	67	117	NORMAL
	Sala 2	93.65	14.20	64	125	NORMAL
	Sala 3	102.74	11.87	75	127	NORMAL
	Sala 4	88.90	6.07	76	97	INFERIOR
LENGUAJE	Sala 1	83.78	15.47	54	97	INFERIOR
	Sala 2	86.90	14.22	60	125	INFERIOR
	Sala 3	84.70	8.61	70	100	INFERIOR
	Sala 4	77.30	16.40	45	97	LIMITROFE
PERSONAL-SOCIAL	Sala 1	98.67	16.00	75	125	NORMAL
	Sala 2	90.10	12.87	53	113	NORMAL
	Sala 3	97.65	12.25	79	124	NORMAL
	Sala 4	93.50	18.51	70	131	NORMAL

Como se puede ver en la tabla, para las áreas Motriz y Personal-Social todos los grupos se mantienen dentro de la norma, pero en este caso el grupo que presenta los menores puntajes es la Sala de Enfermería: Después del primer semestre el desarrollo de los bebés en estas dos áreas presenta mayores dificultades.

Al igual que en la primera valoración, el grupo de los maternales muestra un puntaje inferior al de los otros grupos, y los lactantes mantienen un buen rendimiento. Finalmente, en el aspecto del Lenguaje se observa una disminución en los grupos de Enfermería y Lactantes, siendo los más afectados los maternales.

En el análisis de varianza los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Area Motriz:	$F(2,70) = 2.24$; $P = 0.11$
Area Adaptativa:	$F(2,70) = 4.72$; $P = 0.01$
Area Lenguaje:	$F(2,70) = 4.90$; $P = 0.01$
Area Personal-Social:	$F(2,70) = 0.42$; $P = 0.65$

Por lo tanto, al ser $P(0.11)$ y $P(0.65)$ superiores a 0.05 se establece que para las áreas Motriz y Personal-Social no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. No así en las áreas Adaptativa y de Lenguaje ya que $P = 0.01$. En el aspecto Adaptativo, las medias son, para cada sala, 93.33, 93.65, 102.74 y 88.90 lo que demuestra que en comparación con los demás grupos, la sala de Lactantes no se afectó durante el primer semestre. En tanto que los niños de 2 a 4 años, disminuyeron su capacidad adaptativa. Con respecto al Lenguaje existe una diferencia importante entre el grupo de maternales y las otras salas ya que la media en el coeficiente de desarrollo del Lenguaje fue de 77.3 con un diagnóstico de límite.

En conclusión, para las áreas Motriz y Personal-Social se rechaza la hipótesis alterna al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero en las áreas Adaptativa y de Lenguaje se acepta la hipótesis alterna que establece diferencias significativas entre los grupos, encontrándose que los niños más afectados son en ambos casos los maternales.

6.2.3 RESULTADOS DESPUES DE UN AÑO:

A continuación se presentan los datos obtenidos en la tercera valoración:

Tabla 9: Distribución de los coeficientes de desarrollo en los cuatro grupos en la tercera valoración.

AREA	GRUPO	MEDIA	DESV. EST	MINIMO	MAXIMO	DIAGNOST.
MOTRIZ	Sala 1	108.75	19.69	80	135	NORMAL
	Sala 2	86.75	25.71	35	117	INFERIOR
	Sala 3	101.17	19.03	81	130	NORMAL
	Sala 4	99.00	21.00	78	120	NORMAL
ADAPTATIVA	Sala 1	89.00	15.28	70	111	INFERIOR
	Sala 2	97.50	16.09	69	129	NORMAL
	Sala 3	93.67	8.92	78	108	NORMAL
	Sala 4	80.50	0.50	80	81	INFERIOR
LENGUAJE	Sala 1	78.75	18.34	47	90	LIMITROFE
	Sala 2	79.88	16.53	50	100	LIMITROFE
	Sala 3	80.33	9.62	67	92	INFERIOR
	Sala 4	57.50	16.50	41	74	RETRASO
PERSONAL-SOCIAL	Sala 1	104.50	10.50	87	114	NORMAL
	Sala 2	94.00	12.14	75	113	NORMAL
	Sala 3	97.67	18.09	73	123	NORMAL
	Sala 4	87.50	9.50	78	97	INFERIOR

Se puede ver que en el área Motriz la sala de Enfermería sigue siendo la más baja en tanto que las demás salas se encuentran en la normalidad (La sala de Casa Recepción tiene los puntajes más altos). En las áreas Adaptativa y de Lenguaje los Maternales siguen siendo el grupo más afectado y los Lactantes mantienen los puntajes altos en el aspecto Adaptativo. En Personal-Social, el grupo de Enfermería mostró un ligero aumento siendo nuevamente los Maternales los más afectados puesto que pasan de la normalidad a un diagnóstico promedio de Inferior.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el ANOVA, las F calculadas se muestran como sigue:

Area Motriz: $F(2,17) = 0.88$; $P = 0.43$.
 Area Adaptativa: $F(2,17) = 11.05$; $P = 0.001$.
 Area Lenguaje: $F(2,17) = 1.68$; $P = 0.21$.
 Area Personal-Social: $F(2,17) = 1.88$; $P = 0.18$.

Al ser las significancias de F superiores a 0.05 en las áreas Motriz, de Lenguaje y Personal-Social se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la H_0 corroborando que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Sin embargo, para el área Adaptativa, se establece que las diferencias entre las medias son significativas (sala 1 = 89.0; sala 2 = 97.5; sala 3 = 93.67 y sala 4 = 80.05), observándose que los Maternales son los

más afectados, en tanto que los bebés de enfermería mostraron un incremento con relación al primer semestre.

6.2.4 SUBAREAS MAS AFECTADAS:

Finalmente, se intentó relacionar los resultados obtenidos para las áreas Motriz y Adaptativa con la variable nº 19 subáreas más afectadas, donde se dividió el área Motriz en Motricidad Gruesa y Fina y el área Personal-Social se desglosó en aspecto Social y Autocuidado (en el capítulo V se especifica la forma de designar las subáreas más afectadas).

De acuerdo a la prueba de Chi-cuadrada, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en las dos primeras valoraciones, pero en la tercera valoración, la Chi tomó un valor de 175.20 con 30 G.L. y una significancia de 0.000. Al ser inferior a 0.05, se establece que los datos son significativos. Sin embargo, dada la gran cantidad de casillas con una frecuencia esperada inferior a 0, se deben interpretar con cuidado estos datos, ya que las diferencias observadas podrían deberse a otros factores. Se sugiere un investigación más precisa al respecto.

En las distintas salas, los resultados fueron los siguientes:

Tabla 10: Distribución de las subáreas más afectadas en las distintas salas en la tercera valoración.

SUBAREAS DEL DESARROLLO	SALA 1		SALA 2		SALA 3		SALA 4	
	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
1 MOTOR GRUESA	0	0.0	1	12.5	1	16.7	0	0.0
2 MOTOR FINA	0	0.0	0	0.0	1	16.7	0	0.0
3 AUTOCUIDADO	1	25.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0
4 SOCIAL	0	0.0	0	0.0	1	16.7	0	0.0
5 MOT.GRUESA + FINA	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6 MOTOR G. + AUTOCUI.	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0
7 MOT.GRUESA + SOCIAL	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0
8 MOT.FINA + AUTOCUI.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9 MOT.FINA + SOCIAL	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10 AUTOCUID. + SOCIAL	0	0.0	1	0.0	2	33.3	0	0.0
11 MOT.G. + FINA + SOC.	1	25.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0
12 MOT. G + FINA + AUTO.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
13 MOT. F + AUTO. + SOC.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
14 MOT. G + AUTO. + SOC.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15 TODAS	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0	0.0
16 NINGUNA	2	50.0	2	25.0	1	16.7	1	50.0
TOTAL:	4	100.0	8	100.0	6	100.0	2	100.0

(Para mayor detalle, vease las tabla 19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5 en el Anexo B):

Como se observa en la tabla 10 los niños de la sala de Casa Recepción presentaron un decremento en las cuatro subáreas motricidad gruesa, fina, autocuidado y social. Dentro de la sala de Enfermería, se requeriría de un programa de estimulación integral, reforzando los aspectos de motricidad gruesa y autocuidado. Con respecto a los Lactantes, la subárea que se mostró más baja fue la Social. Finalmente, en el grupo de los Maternales, las subáreas que requieren mayor atención son Motriz gruesa, fina y social.

Resumiendo, se confirma la existencia de ciertas diferencias encontradas después de la segunda valoración en las áreas Adaptativa y del Lenguaje, donde en el aspecto Adaptativo los Lactantes estuvieron por arriba de los demás grupos y los Maternales obtuvieron los puntajes más bajos, y en el aspecto del Lenguaje los Maternales fueron los más afectados. En la tercera valoración sólo fueron significativas las diferencias observadas entre los grupos en el área adaptativa. Siendo nuevamente, los maternales quienes presentaron mayor retraso.

Aun cuando de forma general, no existen diferencias significativas entre los grupos para las áreas Motriz y Personal-Social, las diferencias entre las subáreas de estos dos campos, fueron estadísticamente significativas en la última valoración. Se encontró que en la sala de Casa Recepción las cuatro subáreas se mostraron afectadas, mientras que los niños de la sala de Enfermería presentaron mayor retraso en los aspectos de Autocuidado y Motricidad gruesa. Para el grupo de Lactantes, que parece ser el menos afectado, la subárea más disminuida fue la Social. Y en el último grupo (Maternales) se observó retraso en las todas las subáreas salvo la de Autocuidado.

Por lo tanto, al haber encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos después de 6 meses y al cabo de un año, se acepta la hipótesis alterna 2 y se establece que existen diferencias estadísticamente significativas entre los coeficientes de desarrollo obtenidos, entre los distintos grupos.

CAPITULO VII : DISCUSION Y CONCLUSIONES

El análisis de resultados de esta investigación muestra que existen diferencias significativas entre los Coeficientes de Desarrollo que obtuvieron los niños de la Casa Cuna Coyoacan, a nivel general y en las áreas motriz, adaptativa, de lenguaje y personal-social, al comparar la primera valoración, la segunda y la tercera. En las áreas adaptativa y de lenguaje, se observó consistentemente una disminución, mientras que en las áreas motriz y personal-social, se encontró un decremento en los primeros seis meses, seguido por un ligero incremento en el semestre siguiente.

También se confirmó que existen diferencias significativas entre los Coeficientes de Desarrollo obtenidos en las distintas áreas, dependiendo de la edad de los menores, siendo el grupo más afectado por la permanencia en la institución, el de los maternos.

En términos generales, el Coeficiente de Desarrollo Global de los niños que ingresaron entre 1988 y 1990 a la Casa Cuna Coyoacan, se mantuvo en un rango de normalidad durante el primer año de institucionalización, pero al comparar los resultados obtenidos en la primera valoración y los de la segunda se observó, tal y como se esperaba, un deterioro significativo. En efecto, las diferencias de 7 y 9 puntos entre el coeficiente de desarrollo al ingreso, después de seis meses y al cabo de un año, parecen corroborar los hallazgos de algunas investigaciones sobre niños institucionalizados como los de Tizard ([1975], citado en Dunn, 1979) y los de Montes de Oca (1986).

Creemos que estos resultados pueden deberse a la falta de atención continua (Bowlby, 1972) y de un cuidado adecuado (Goldfarb, 1946). Sin embargo, es interesante notar que después del primer semestre, los menores de la Casa Cuna mostraron una tendencia a estabilizarse, dado que el decremento en los Coeficientes de Desarrollo (C.D.) fue mucho menor (2 puntos). Es posible que de acuerdo a Dolto (1977), la falta de estructuración mental de los pequeños favorezca su adaptación a situaciones desconocidas como la vida dentro de una institución.

A la luz del trabajo presente, estos resultados sugieren que la causa factible de un retraso en el desarrollo de los niños de las casas cuna pudiera tener su origen en la atención que se les brinda. No sólo nos estaríamos refiriendo a las dificultades que tienen estos menores en desarrollar las capacidades de atención y concentración (por la posible falta de estímulos ambientales adecuados), sino también a la falta de atención por parte de los cuidadores (que representa en sí una falta de estimulación).

Es importante hacer notar que los niños de Casa Cuna Coyoacan mostraron una capacidad adaptativa, ya que a pesar de las

características personales, la mayoría logró estabilizarse al cabo de seis o diez meses. No obstante, existen factores que han provocado un desfase en el desarrollo de distintos sectores.

DIFERENCIAS POR AREAS:

En lo que respecta a las áreas del desarrollo planteadas por Gesell (1989), se observó un decremento significativo en las áreas motriz, adaptativa y de lenguaje. Siendo los campos más afectados después de un año de institucionalización, el adaptativo y el de lenguaje. En el área social donde se esperaban encontrar graves retrasos conforme a Marcovich (1978), los resultados se mantuvieron dentro de la normalidad.

Si de acuerdo a Wolff (1969), la falta de estímulos adecuados, la carencia de juegos y de tiempo para platicar con el adulto afectan la formación de conceptos, entorpeciendo la producción de lenguaje y el razonamiento, entonces podemos imaginar que los niños de Casa Cuna presentan estas carencias. Retomando el enfoque psicogenético revisado en los capítulos I y III, también se menciona la importancia de la relación entre lenguaje, juego e intelecto. Puesto que nuestros resultados, reflejan un retraso en las áreas adaptativa y de lenguaje, es factible que el tipo de interacción que se establece entre el adulto y el niño no sean los más adecuados.

En el área motriz, el promedio en el coeficiente de desarrollo de los pequeños de la Casa Cuna al ingresar fue de 108.97, puntaje que se sitúa en el límite superior entre normalidad y brillante. Esto permite cuestionar los resultados de la investigación de Paine y Pasquali (1984) que no pudieron confirmar la hipótesis de un desarrollo precoz del área motriz en niños del tercer mundo.

En el lenguaje, se presentaron los mayores retrasos, ya que los niños ingresaron con un diagnóstico de Inferior, según la escala de Gesell, y en un año disminuyeron a Limitofes. Esto sugiere que los niños que ingresan a casa cuna provienen de un ambiente inadecuado que ha frenado el desarrollo de su lenguaje; de acuerdo a Marcovich (1978), los niños criados en situaciones de maltrato no desarrollan la capacidad de integrarse al medio pues se vuelven seres más apáticos, deprimidos y llenos de desconfianza. De alguna manera estos niños han carecido de un intercambio diario y seguro con los adultos que los rodean.

Dentro de la institución, el aumento en el retraso podría explicarse por la falta de utilidad que el habla representa para los niños: sus verbalizaciones no suelen ser tomadas en cuenta por las niheras, ya que ellas tienden a responder más al llanto o a los horarios preestablecidos por la institución que a las demandas hechas por los pequeños; pocos adultos les dedican tiempo para escuchar sus experiencias y sus pensamientos o para contarles sus propias vivencias. Es probable también, que la falta de confianza en el mundo externo, limite el deseo de los niños de comunicar a los demás sus sentimientos.

En cuanto al incremento mostrado en el segundo semestre en las áreas Motriz y Personal-Social, ninguno fue significativo, pero parecen indicar que los niños institucionalizados desarrollan más aquellos aspectos que son necesarios para su supervivencia, como lo son el caminar hacia el adulto para pedir un abrazo, bajarse de las sillas en busca de otras actividades, tomar su biberón o comer sólo. Tales inferencias serían compatibles con las observaciones de Burlingham y Freud (citado en Stavenghagen, 1956) quienes mencionan que los niños que viven en institución entre 1 y 2 años presentan mejor control muscular y más libertad de movimiento, y que los niños criados con biberón se desarrollan más en institución.

Según Gesell y Thompson (citados en Razel y Micha, 1985), la estimulación motriz temprana provoca diferencias físicas e intelectuales hasta la edad de 12 años. Dados los resultados observados en los coeficientes de desarrollo de las distintas áreas se podría imaginar que los niños en Casa Cuna están siendo estimulados básicamente en el aspecto Motriz y Personal-Social, no así en el Adaptativo.

Cabe destacar la gran similitud entre los resultados obtenidos en este estudio y los de Pena, Teberg y Hoppen-Brouwers (1987), quienes compararon los coeficientes de desarrollo obtenidos en un grupo de 143 niños hispanos con problemas de bajo peso al nacer CSB y pertenecientes a una clase socio-económica baja. Los coeficientes de desarrollo global que obtuvieron fueron 102.9 a las 20 semanas y 99.1 a las 40 semanas; en Casa Cuna Coyoacan, los C.D. fueron de 100.67, 93.37 y 91.45 en las sucesivas valoraciones. Si el decremento en los coeficientes de los niños CSB continúa después de las 40 semanas es factible que alcancen los mismos niveles que los de la Casa Cuna.

En tal caso, se cuestionaría la hipótesis sobre las posibles causas del deterioro en el desarrollo de los niños de la Casa Cuna Coyoacan, pudiéndose plantear que tal retraso responde más a los antecedentes y la historia familiar de los niños que ingresan a la institución que a la permanencia dentro de ésta.

En lo que se refiere al área motriz, los coeficientes obtenidos en motricidad fina para los niños hispanos fueron 101.8 y 95.0, en motricidad gruesa 104.8 y 107.4. Al compararlos con los resultados de la Casa Cuna Coyoacan también se observa un aumento en el desarrollo motriz pero al cabo de un año, quedándose los resultados en un rango de 95 a 108. En el lenguaje también se registra una significativa disminución, de 110.7 a 92.2 para los niños hispanos y de 89.74 a 84.51 y 77.55 en Casa Cuna. Esto permite imaginar que los motivos de ingreso y la situación emocional de los menores que ingresan a la institución tiene mayor relación con el desarrollo del lenguaje, que los aspectos biológicos.

En el aspecto Adaptativo se obtuvieron coeficientes de 99.3 y 101.2. En Casa Cuna los resultados fueron 103.89, 95.82 y 92.95, inversos a los de la investigación de niños CSB. Si el aspecto adaptativo es tan importante como menciona Gesell (1989), entonces aquí encontramos la diferencia más grave entre los niños CSB y los de Casa Cuna ya que en los primeros la inteligencia aumento en 20 semanas y en los segundos, ésta disminuye conforme transcurre el tiempo. Finalmente, en el área Personal-Social Pena y sus colaboradores obtuvieron puntajes de 99.8 y 100.4; los niños de Casa Cuna también muestran un aumento pasando de 94 a 96.55.

Por lo anterior, es posible que los niños que ingresan a la Casa Cuna tengan ciertos antecedentes similares a los de los niños de la investigación de Pena, Teberg y Hoppen (1987), tales como el nivel-socioeconómico y la edad gestacional. También se piensa que los resultados obtenidos por medio de la escala de Gesell, presentan ciertas desviaciones de la norma establecida con una población Caucásica, principalmente en las áreas motriz y de lenguaje, debido a las diferencias interculturales.

Con excepción del lenguaje, el promedio de niños de la Casa Cuna se mantuvo dentro de la norma. Es posible entonces que los niños que presentaron coeficientes de desarrollo bajos en las distintas áreas, hayan mostrado un ritmo de desarrollo decreciente desde antes de ingresar a la institución, por vivir en un ambiente carente de estimulación. La investigación arriba mencionada, y la de Krakow y Kopp (1983), sugieren que el retraso de los niños institucionalizados puede deberse a otros factores. También encontraron que algunos niños con retraso en el desarrollo presentan una tasa evolutiva más lenta con una aparición de logros más tardía, tanto en el desarrollo socioafectivo como en la esfera del lenguaje y la atención.

Al no conocer los antecedentes de una gran parte de los niños de la Casa Cuna, no se puede saber si para algunos de ellos, la falta de atención de los padres, la pobreza de su entorno o la desnutrición provocaron diferencias en las capacidades para procesar la información y dirigir su atención, las cuales han dificultado el desarrollo de los menores.

DIFERENCIAS POR SALAS:

En el presente estudio, se esperaba encontrar diferencias entre los Coeficientes obtenidos por los distintos grupos, ya que la edad de los pequeños determina distintas fases en el desarrollo, con distintas necesidades y capacidades de adaptación. Las diferencias entre los grupos, al ingresar no fueron significativas, pero con el paso del tiempo, existen ciertos sectores del desarrollo que se afectan más para cierto grupo de niños.

Es interesante notar que nuestros resultados difieren de los de la investigación de Montes de Oca (1986), en la Casa Cuna Tlalpan, ya que en ella si se encontraron diferencias entre los tres grupos de edad en la valoración inicial. Contrariamente a lo observado en el estudio sobre Casa Cuna Coyoacan (donde el grupo más afectado fue el de los maternos, seguido por los bebés y en último lugar los lactantes), en Tlalpan los sujetos más afectados fueron los bebés, siendo el diagnóstico de desarrollo más frecuente para ellos el de retraso ligero y serio retardo. En segundo término, los niños lactantes presentaron mayores frecuencias en desarrollo normal y serio retardo y finalmente, los maternos alcanzaron un promedio normal.

De acuerdo a Spitz (1965), los niños más vulnerables en situaciones de cambio o de carencia en estímulos adecuados, deberían ser los de 3, 7 6 de 14 meses, por lo tanto se esperaría que los bebés y los lactantes fueran los más afectados.

En discrepancia con este planteamiento, en la segunda valoración de nuestra investigación, los bebés sólo presentaron puntajes inferiores a los de los demás grupos, en las áreas Motriz y Personal-Social. Por su parte, los lactantes no sólo obtuvieron puntajes altos con relación a los demás grupos, sino que mostraron mejor rendimiento en el área de Adaptación. Esto permite suponer que de acuerdo a Winnicott (capítulo I) las necesidades de los niños pequeños están siendo suficientemente satisfechas dentro de Casa Cuna Coyoacan. Puede ser importante mencionar que la sala de Enfermería de la Casa Cuna Coyoacan, cuenta además del personal básico de niferas y enfermeras, con el apoyo de pedagogas que trabajan diariamente con cada niño.

El grupo que tanto en la segunda como en la tercera valoración presentó mayores retrasos fue el de los maternos (de 2 a 4 años). Se cree que las causas que están generando mayores decrementos en el desarrollo de estos niños concuerdan con algunos planteamientos Psicoanalíticos. Tanto Erikson (1987) como Winnicott (1954) hablan de lo importante que es para el niño identificarse con figuras adultas y ser aceptado por ellas; en forma similar, conforme el menor crece, aumenta para él la importancia de los satisfactores secundarios -por encima de los primarios- y debería aumentar el apego hacia las personas que llenan esas necesidades. Podemos pensar que la rotación de personal afecta esta relación.

Por su parte, Dolto (1977) menciona que los niños comprenden más y mejor de lo que creemos, y que las explicaciones que los adultos les podemos dar sirven bastante para tranquilizarlos o desmentir sus fantasías. En las instituciones no siempre se dan los espacios para esta comunicación.

En Casa Cuna pocas veces se da la oportunidad de platicar con los menores para explicarles su situación, a pesar de que los niños maternos son mucho más concientes de su realidad. Por los mismo, la creciente toma de conciencia de estos menores podría estar favoreciendo los procesos depresivos o de retraimiento que afectan directamente el desarrollo general (Marcovih, 1978).

De los dos a los cuatro años, el niño se encuentra en una etapa de apego hacia un modelo adulto que satisfaga todas sus necesidades pero que además, le brinde un lugar especial y significativo dentro de un contexto social. Por ello, los niños maternos parecen ser los más "débiles" por la falta de una persona que a través de la convivencia diaria pueda ocupar ese lugar como Modelo.

Los resultados obtenidos en el campo adaptativo, parecen apoyar la idea de un desarrollo anormal en los niños institucionalizados, ya que en el estudio de Sigman, Cohen, Beckwith y Topinka (1987), la inteligencia y el rendimiento adaptativo se mantuvieron estables en 12 niños normales de los dos años de edad hasta los cinco, valorados con la escala Stanford-Binet y Gesell.

Al no encontrar diferencias significativas entre los grupos, en las áreas Motriz y Personal-Social, se analizaron las diferencias en las subáreas Motriz grueso y fina, Autocuidado y Social. Nuevamente, las diferencias significativas entre grupos con respecto a dichas subáreas apareció al cabo de un año. Se concluyó que los bebés parecen tener más problemas en la esfera de la motricidad gruesa y el autocuidado, los lactantes presentan mayores deficiencias en lo social y por último, los maternos se mostraron bajos en todas excepto autocuidado.

Pueden existir distintas explicaciones para estas diferencias. En primer lugar, es probable que la Escala de Gesell no tenga la suficiente precisión para evaluar el desarrollo de las subáreas. Por otra parte, suponiendo que la prueba realmente midió las diferencias entre lo motriz grueso y fino y entre el autocuidado y lo social, es factible que los bebés que están encerrados en su cuna la mayor parte del día, requieran de mayor tiempo para controlar y enderezar su cuello y hombros, de la misma forma, las oportunidades que se les brindan para caminar en andaderas no son siempre suficientes.

En el aspecto de Autocuidado, las niñeras suelen realizar la alimentación y el aseo de forma automática, es decir, que no tienen oportunidad de enseñar al niño a tomar su biberón o la cuchara.

Por su parte, los lactantes parecen estar reflejando una carencia de estimulación "humana". La ausencia de personas adultas que jueguen e interactúen con ellos, no favorece el aprender a reconocer su imagen en el espejo, a saludar y decir adiós, a sonreír, etc.

Por el contrario, ante la falta de personal en la sala de maternal, los niños se ven obligados a desarrollar una mayor autosuficiencia y a ser capaces de vestirse, comer solos, lavarse las manos y transportar objetos.

Independientemente de los resultados obtenidos en las distintas valoraciones, queda un aspecto importante que debe ser retomado. Spitz (1965) dice que el niño normal tiene apariencia sana, es

activo, se le ve feliz, da pocas preocupaciones, come y duerme bien, tiene un crecimiento normal y disfruta emocionalmente con sus padres y con el medio, así como el medio disfruta con él. Sin embargo, el niño de Casa Cuna padece enfermedades recurrentes como la rinofaringitis (que es la más común de acuerdo a los expedientes médicos revisados), y presenta con frecuencia dificultades en la alimentación y el sueño.

Así, el enfoque psicoanalítico permite plantearnos la necesidad de investigar más sobre la Calidad de la atención que reciben los niños institucionalizados. En primer lugar, surge la duda sobre la conveniencia de valorar el desarrollo en base al enfoque de Gesell que no toma en cuenta los factores ambientales que rodean al pequeño, ni el desarrollo de los aspectos psico-afectivos del niño. En segundo lugar, podemos preguntarnos sobre la propia personalidad de las niferas que trabajan en estas instituciones y la estructura administrativa de estas últimas que varía considerablemente del esquema familiar donde cada miembro cumple un rol.

En el capítulo I, se mencionaron dos factores esenciales para lograr un desarrollo infantil sano, la salud mental y la constancia de la figura materna, al menos durante los primeros 36 meses. No creemos que las mujeres que trabajan en Casas Cuna se caractericen por alguna patología severa, pero si reconocemos que pocas veces existe constancia (tanto física como de actitudes) de las figuras maternas. En base al marco teórico y al experiencia personal dentro de la institución, creemos que un elemento fundamental para estimular a los menores, es el dedicar diariamente un espacio de tiempo específico para cada niño.

Sin embargo es necesario incrementar las investigaciones sobre estos temas. Por ejemplo, sería muy interesante hacer un seguimiento de estos niños después de ser adoptados, para determinar si la oportunidad de un cuidado personalizado y constante provoca mayores progresos en el desarrollo (Wolff, 1969).

EL MANEJO DE LA ESCALA DE GESELL

Durante la realización del proyecto de tesis, notamos que la forma de calificar la escala de Gesell en la Casa Cuna Coyoacan difiere del sistema de evaluación planteado por Gesell y Amatruda (1986), ya que no se manejan las distintas modalidades para el registro de las conductas (ver capítulo V). Sin embargo, al momento de calcular la edad de desarrollo por áreas, el sistema utilizado en Casa Cuna considera todas las conductas que el niño emite por arriba de su edad base. En cierto modo este sistema también permite determinar la banda o zona de cambio donde se ubica el nivel de madurez.

No obstante, existe un aspecto importante planteado por Gesell para obtener la edad de desarrollo general, según el cual se debe tomar como nivel mínimo de referencia la edad de desarrollo del área adaptativa ya que esta representa el potencial intelectual. Es

posible que la edad de desarrollo general, y por ende, el coeficiente de desarrollo obtenidos en la Casa Cuna, estén disminuidos por el hecho de promediar las edades de desarrollo de las áreas donde se incluye el puntaje del lenguaje (que para un gran número de sujetos dentro de Casa Cuna está muy por debajo del de las otras áreas).

En este sentido, se sugiere a la Casa Cuna Coyoacan revisar el sistema de calificación de la escala de Gesell, e incluso, se plantearía la necesidad de buscar otro método de evaluación que contemple aspectos del desarrollo psicoafectivo y que responda a las necesidades de diagnóstico para la adopción.

7.1.-SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

En base a los resultados obtenidos en esta investigación, podemos afirmar que la escala de Gesell empleada en un gran número de instituciones (sin olvidar que de acuerdo a Parmelee, 1980, las pruebas de desarrollo más usadas en U.S.A. durante los primeros años de vida son la escala de Gesell y la escala Bayley ya que ambas permiten observar el estado neurológico de los pequeños), sigue siendo un elemento importante para la evaluación de los menores al proveer de indicadores objetivos sobre las áreas que requieren estimulación.

Sin embargo, cabe preguntarse si esta Escala de Diagnóstico del Desarrollo de Gesell es el instrumento más adecuado para los objetivos evaluativos de la Casa Cuna Coyoacan. En primer lugar, el retraso en el desarrollo del lenguaje que se observa desde el ingreso de los menores a la institución puede deberse a una falta de sensibilidad del instrumento. Tal y como lo mencionan Pena, Teberg y Hoppen-Brouwers (1987), algunas poblaciones muestran desviaciones de la norma estipulada por Gesell en las áreas motora y de lenguaje.

En segundo término, esta escala fue estandarizada con una población normal, y por lo tanto, con características muy distintas a las de los niños maltratados y/o abandonados. Además, Gesell (1989) no ofrece una teoría del desarrollo sino únicamente un mapeo de conductas. Por lo que, sería preferible el uso de otro tipo de escalas o métodos evaluativos creados en México con poblaciones de estratos socio-económicos bajos, y que contengan reactivos más acordes con las verdaderas necesidades de los niños institucionalizados. Esto es, que en vez de considerar la habilidad para formar torres con cubos, se valore la capacidad para adaptarse a los cambios de niñera o la habilidad para resolver problemas cotidianos como bajarse de la cuna, ayudando a entender los casos en que el sujeto "pierde" una habilidad ya adquirida (Wallon, 1968). Sería también recomendable, tal y como lo mencionan Dukes y Butteryz (1982), el uso de una batería de tests que proporcionen un mejor diagnóstico.

En lo que respecta a las áreas del desarrollo nos resta sugerir a la Casa Cuna Coyoacan, la creación de programas Multidisciplinarios de estimulación (Bagnato y Mayes, 1986) y apoyo para evitar que los niños que ingresan y permanecen en la institución más de seis meses, presenten un deterioro en su ritmo del desarrollo.

1).- Para los niños de Casa Recepción, que permanecen en la sala de cuarentena aislados del resto de los niños se sugieren más actividades dirigidas como juegos que involucren no sólo su socialización, sino correr, saltar, dibujar, recortar, así como apoyo para aprender a vestirse, bañarse, comer, etc. También se sugiere asignar a una persona específica que les platicue cuentos y los haga participar, se recomiendan los teatros Guiñol donde se presenten casos de niños en situaciones de abandono con el fin de transmitir a los pequeños ideas positivas sobre su situación.

2).- Para la sala de enfermería, se requeriría de un programa de estimulación integral, reforzando los aspectos de lenguaje y autocuidado por medio de una alimentación y cambio de pañal, donde las niñeras platicuen con los niños y les describan su entorno, los colores y las texturas. El sentarlos frente a la ventana y platicarles mientras se les abraza, resultaría un medio eficaz de estimularlos. Para el desarrollo de su motricidad gruesa se sugieren más actividades sobre colchonetas, proporcionar andaderas y corrales.

También se sugiere el establecimiento de rutinas formales de estimulación para el desarrollo motor grueso, para facilitar el control postural, y como parte de un sistema preventivo del desarrollo neurológico (Hopkins y Westra, 1988)

3).- Con respecto a los Lactantes, las necesidades más importantes en cuanto a una estimulación de sus conductas se centran en el aspecto del lenguaje, el adaptativo y el social. Para ello, creemos que colocar más espejos en la sala y proporcionar más variedad de juguetes educativos que implican solución de problemas sería muy ventajoso para estos chiquitos.

La necesidad de aumentar el número de niñeras a cargo de los niños es definitiva, ya que a esta edad, los lactantes requieren de mayor convivencia con adultos que puedan dedicar al menos 1/2 hora diaria a cada uno en específico.

4).- Finalmente, en el grupo de los Maternales, las necesidades de atención y estimulación son mayores al ser ésta la sala más afectada en todas las áreas. Se sugiere elaborar un programa de trabajo, en el cual una persona especializada trabaje con un mismo grupo de 5 ó 6 niños en forma continua y permanente (mínimo 6 horas de lunes a viernes), retomando las cuatro áreas del desarrollo planteadas por Gesell. En este programa se deberán contemplar actividades variadas, desde el recortar y dibujar, hasta el ayudar a cocinar, a tender la cama, a construir juguetes y realizar salidas más frecuentes a la comunidad. Así como ejercicios para facilitar la concentración y el adecuado procesamiento de información (Krakow y Kopp, 1983).

Para todas las salas, se sugiere favorecer los juegos y actividades en que se nombran, se describen y se explican las funciones de los objetos y las situaciones para estimular el lenguaje y las capacidades de atención, (Tamis y Bornstein, 1990). Del mismo modo, se recomiendan las escenificaciones y los cuentos que permitan al pequeño establecer un contacto más cercano con los roles y funciones de los miembros de la familia, fundamentalmente el padre (Kromelow, Harding y Touris, 1990), pero también los abuelos, los tíos, etc...

Resumiendo, se sugiere a las autoridades de la Casa Cuna Coyoacan, aumentar el apoyo de Psicólogos y pedagogos para trabajar en forma conjunta en la elaboración y aplicación de programas de estimulación y de mejoramiento de la calidad del cuidado que se brinda a estos niños. Se recomienda además dar una mayor sensibilización de las niñeras y puericultistas sobre la importancia de su interacción con el niño, y la necesidad de conocer aspectos teóricos sobre el estudio del niño bajo distintos enfoques. De acuerdo a la investigación del Instituto para el Desarrollo Humano en Syracuse U. para mejorar la comprensión y la efectividad en el cuidado de los pequeños, se sugiere aumentar el conocimiento sobre los niños normales, señalándose 5 aspectos esenciales (Honig, 1983):

- a)- Principios teóricos sobre el crecimiento y el aprendizaje en el niño.
- b)- Aspectos normativos del desarrollo infantil.
- c)- Los tipos de interacción -entre el niño y el cuidador- que optimizan el desarrollo.
- d)- Avances en los programas de trabajo para niños con riesgo de retraso socio-cultural.
- e)- Técnicas de comunicación y programas de apoyo a conductas "prosociales".

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Existen algunas limitaciones que deben ser tomadas en cuenta para la correcta interpretación de esta tesis. En lo que respecta a la Escala de Gesell, los puntajes disminuidos desde el principio en el área de lenguaje podrían deberse más a una inadecuada estandarización de la prueba a las características de desarrollo de la población mexicana, que a un retraso real.

Tampoco existió un control riguroso sobre las normas empleadas por los psicólogos que aplicaron la prueba, es posible que algunos fuesen más exigentes que otros al valorar a los niños.

Por otra parte, al no conocer los antecedentes de cada menor que ingresa a casa cuna, las edades cronológicas estaban determinadas por los médicos de la institución, pudiendo haber cometido errores y calcular una edad menor a la real en algunos niños (por lo cual, los coeficientes de desarrollo al ingreso

podrían haber estado inflados en las primeras valoraciones, principalmente en el área motriz).

Finalmente, al no tomar en cuenta los motivos de ingreso y el sexo de los pequeños para comparar Coeficientes, es probable que las diferencias encontradas se relacionen directamente con estos factores. Sin embargo, algunos motivos para no analizar estos elementos fue la insuficiente información encontrada sobre una relación entre el sexo y el retraso en el desarrollo; y en cuanto a los motivos de ingreso, nos atrevemos a afirmar que de una u otra forma, todos los niños que ingresan a las casas cuna, son o han sido niños maltratados.

Sugerimos varias investigaciones para comparar longitudinalmente el desarrollo de los niños de la Casa Cuna con grupos control, para confrontar el proceso evolutivo de niños institucionalizados con: niños que viven en sus familias pero en ambientes de maltrato; o niños que son adoptados después de un periodo de institucionalización.

También proponemos la realización de estudios más precisos con el fin de determinar los factores específicos que afectan el desarrollo del niño institucionalizado (los motivos de ingreso, sexo y edad de los menores, tipos y causas de las enfermedades más frecuentes, etc.) así como las actitudes del personal que trabaja en la Casa Cuna Coyoacan.



DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA SOCIAL
ESQUEMA EVOLUTIVO

INFANCIA FETAL

EDAD CLAVE: 4 semanas

8 semanas

	<p>MOTRIZ</p> <p>Su: predomina posición lateral de la cabeza ("12a.) Su: predomina posición asimétrica, reflejo-tónico-nucal ("16a.) Su: rueda parcialmente sobre el costado ("8a.) Sent: al intentarlo, caídas hacia atrás de cabeza ("8a.) Sent: caída de la cabeza ("8a.) Pro: en suspensión ventral, la cabeza cuelga hacia adelante ("8a.) Pro: colocado en esta posición, la cabeza gira al costado ("8a.) Pro: levanta la cabeza a Zona I, momentáneamente. Pro: movimientos de arrastre ("8a.) Su: ambas manos fuertemente cerradas y apretadas ("12a.) Son: la mano se cierra al contacto ("8a.)</p>		<p>MOTRIZ</p> <p>Sent: cabeza predominantemente erecta, aunque bamboleante ("16a.) Pro: cabeza compensa suspensión ventral Pro: cabeza en línea media Pro: intermitentemente, levanta la cabeza a Zona II ("12a.)</p>
	<p>ADAPTATIVA</p> <p>Arg: Son: mira únicamente cuando están en línea de visión ("8a.) Arg: lo sigue con la mirada hacia la línea media Son: cae, inmediatamente de la mano ("8a.) Camp: escucha, actividad disminuye ("24a.)</p>		<p>ADAPTATIVA</p> <p>Arg: la mirada demora en línea media ("12a.) Arg: mira la mano del examinador Arg: lo sigue más allá de línea media Son: retiene brevemente Camp: respuesta facial ("24a.)</p>
	<p>LENGUAJE</p> <p>Expr: faz inexpresiva ("8a.) Expr: mirada vaga, indirecta ("8a.) Voz: pequeños ruidos guturales ("8a.)</p>		<p>LENGUAJE</p> <p>Expr: sonrisa (social), mirada directa Expr: expresión despierta, viva Voz: a-e-u ("36a.)</p>
	<p>PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Soc: mira al Ex., actividad disminuye ("8a.) Su: mira indefinidamente a su contorno ("8a.) Alí: 2 comidas durante la noche ("8a.)</p>		<p>PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Soc: respuesta facial social Soc: sigue a persona en movimiento Su: mira al experimentador Alí: solamente una comida en la noche ("28a.)</p>

ESQUEMA EVOLUTIVO

12 semanas	EDAD CLAVE: 16 semanas	20 semanas
<p align="center">MOTRIZ</p> <p>Su: cabeza predominantemente a un lado (r-i-n) ("16a.)</p> <p>Su: cabeza en posición mediana; se observa posición simétrica</p> <p>Sent: cabeza dirigida adelante, bamboleo ("16a.)</p> <p>Pa: brevemente, pequeña fracción del peso corporal</p> <p>Pro: levanta el pie ("24a.)</p> <p>Pro: cabeza sostenida en Zona II</p> <p>Pro: sobre antebrazos ("20a.)</p> <p>Pro: cadera baja (piernas flexionadas) ("40a.)</p> <p>Su: manos abiertas o laxamente cerradas</p> <p>Son: sostiene activamente</p> <p>Ta: la toca</p>	<p align="center">MOTRIZ</p> <p>Su: predomina posición mediana de la cabeza</p> <p>Su: predomina postura simétrica</p> <p>Su: las manos se encuentran ("24a.)</p> <p>Sent: cabeza firme dirigida adelante ("20a.)</p> <p>Pro: cabeza sostenida en Zona III</p> <p>Pro: piernas extendidas o semextendidas ("40a.)</p> <p>Pro: tendencia a rodar ("20a.)</p> <p>Arg: lo rellena</p> <p>Su: araña, resca, ase ("24a.)</p>	<p align="center">MOTRIZ</p> <p>Tentativa sentar: cabeza no péndula</p> <p>Sent: cabeza erecta, firme</p> <p>Pro: brazos extendidos</p> <p>Pro; Mto: araña la superficie de la mesa ("28a.)</p> <p>Cu: presión precaria ("24a.)</p>
<p align="center">ADAPTATIVA</p> <p>Arg: dirige mirada a línea media</p> <p>Arg: sigue 180°</p> <p>Son: lo mira manteniéndolo en la mano</p> <p>Cu: Ta: lo mira, más que momentáneamente</p>	<p align="center">ADAPTATIVA</p> <p>Arg: Son: mira inmediatamente</p> <p>Arg: Son, Cu: Ta: provocan actividad de miembros superiores ("24a.)</p> <p>Arg: Son: mira, sosteniéndolos en la mano</p> <p>Arg: lleva a la boca</p> <p>Arg: mano libre a línea media ("28a.)</p> <p>Mes: baja la mirada a la mesa o a las manos</p> <p>Cu: Ta: mirada de la mano a los objetos ("20a.)</p> <p>Bol: observa;</p>	<p align="center">ADAPTATIVA</p> <p>Son; Camp: aproximación bimanual ("28a.)</p> <p>Son; Arg: lo hace solo si está próximo a la mano ("24a.)</p> <p>Son: sigue con la vista sañero caído</p> <p>Cu: mantiene el primero y mira el segundo</p> <p>CCu: al tocarlos, agarra uno ("24a.)</p>
<p align="center">LENGUAJE</p> <p>Voz: murmullo ("36a.)</p> <p>Voz: bloqueo</p> <p>Soc: respuesta vocal-social</p>	<p align="center">LENGUAJE</p> <p>Expr: se entusiasma, respira fuertemente ("32a.)</p> <p>Voz: ríe fuertemente</p>	<p align="center">LENGUAJE</p> <p>Voz: chillidos ("36a.)</p>
<p align="center">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Soc: respuesta vocal-social</p> <p>Su: observa predominantemente a examinador</p> <p>Jue: observa las manos ("24a.)</p> <p>Jue: tira de la ropa ("24a.)</p>	<p align="center">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Soc: sonrío espontáneamente</p> <p>Soc: al intentar sentarlo vocaliza o sonrío ("24a.)</p> <p>All: anticipación a la vista de alimentos</p> <p>Jue: con ayuda permanece sentado 10 a 15 minutos ("40a.)</p> <p>Jue: juego manual, dedos entre sí ("24a.)</p> <p>Jue: tira la ropa sobre cara ("24a.)</p>	<p align="center">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Soc: sonrío a la imagen del espejo</p> <p>All: acaricia la botella ("36a.)</p>

ESQUEMA EVOLUTIVO

24 semanas	EDAD CLAVE: 28 semanas	32 semanas
MOTRIZ	MÓTRIZ	MOTRIZ
<p>Su: eleva los pies, en extensión</p> <p>Su: rucda a posición prona</p> <p>Tent: Sent: levanta la cabeza, ayuda ("40s.)</p> <p>Sent: Silla: troisco erecto ("36s.)</p> <p>Cu: agarra, presión palmar ("36s.)</p> <p>Son: retiene</p>	<p>Su: levanta la cabeza ("40s.)</p> <p>Sent: brevemente, inclinado hacia delante, inclinado sobre manos ("32s.)</p> <p>Sent: momentáneamente erecto</p> <p>Pa: sostiene gran parte del peso ("36s.)</p> <p>Pa: salta activamente ("32s.)</p> <p>Cu: presión palmar radial ("36s.)</p> <p>Bol: intenta asirla con toda la mano, la toca ("32s.)</p>	<p>Sent: un minuto erecto, inseguro ("36s.)</p> <p>Pa: se mantiene brevemente, sostenido de la mano ("36s.)</p> <p>Pro: gira ("40s.)</p> <p>Bol: barrido radial ("36s.)</p> <p>Bol: ineficaz presión tipo inferior (Jera ("36s.)</p>
ADAPTATIVA	ADAPTATIVA	ADAPTATIVA
<p>Areg: Son: Cu: Camp: se aproxima y agarra</p> <p>Son: intenta agarrarlo cuando se le cae</p> <p>Cu: mira al tercer cubo inmediatamente</p> <p>Cu y Camp: lleva a la boca ("18s.)</p> <p>Cu: rescata al cubo caído</p> <p>CCu: sostiene uno, se aproxima a otro</p>	<p>Son: Camp: intenta acercarse, asir con una mano</p> <p>Cu: sostiene uno, agarra otro</p> <p>CCu: mantiene dos más que momentáneamente</p> <p>Camp: sacude contra la mesa ("40s.)</p> <p>Son' sacude definitivamente</p> <p>Areg: Cu: pasa de una mano a la otra</p> <p>Camp: transfiere de una mano a la otra, correctamente</p> <p>Camp: retiene</p>	<p>Cu: agarra segundo cubo</p> <p>Cu: retiene segundo cuando se aproxima tercero</p> <p>Cu: mantiene dos, prolongadamente</p> <p>Ta: Cu: sostiene el cubo, mira la taza</p> <p>Artel: aprisiona el aro</p>
LENGUAJE	LENGUAJE	LENGUAJE
<p>Camp: vuelve la cabeza hacia lugar sonido</p> <p>Voz: gruñidos ("36s.)</p> <p>Voz: parloteo espontáneo (incluyendo juguetes)</p>	<p>Voz: m-m-m llorando ("40s.)</p> <p>Voz: sonidos vocales polisilábicos ("36s.)</p>	<p>Voz: sílabas simples tales como da, ba, ca</p>
PERSONAL-SOCIAL	PERSONAL-SOCIAL	PERSONAL-SOCIAL
<p>Soc: distingue extraños</p> <p>Jue: agarra el pie (supino) ("36s.)</p> <p>Jue: sentado con soporte, 30 minutos ("40s.)</p> <p>Expr: sonríe y parlotea</p>	<p>Alli: toma bien los sólidos</p> <p>Jue: lleva el pie a la boca (supina) ("36s.)</p> <p>Expr: toca, acaricia imagen</p> <p>Artel: calma o abandona esfuerzo ("32s.)</p>	<p>Jue: muerde, chupa los juguetes ("18s.)</p> <p>Jue: busca persistentemente juguetes fuera de su alcance ("40s.)</p> <p>Artel: persistente</p>

ESQUEMA EVOLUTIVO

36 semanas	Edad CLAVE: 40 semanas	44 semanas
<p style="text-align: center;">MOTRIZ</p> <p>Sent: firmemente más de 10 minutos Sent: se inclina hacia adelante y recobra posición anterior Pa: sostenido de la baranda, mantiene todo su pecho Cu: prensión dígito-radial Bol: prensión tipo tijera ("40s.)</p>	<p style="text-align: center;">MOTRIZ</p> <p>Sent: permanece firme, indefinidamente Sent: pasa a la posición prona Pa: se para apoyado en la barandilla ("15m.) Pro: gata ("15m.) Cu: suelta crudamente ("15m.) Bol: agarra rápidamente Bol: prensión pinzas tipo inferior ("46s.) Arci: agarra la cinta con facilidad</p>	<p style="text-align: center;">MOTRIZ</p> <p>Pa: se eleva (apoyado), vuelve a su lugar ("48s.) Camp: agarra por la punta del mango</p>
<p style="text-align: center;">ADAPTATIVA</p> <p>Cu: saca tercer cubo ("40s.) Cu: golpes, sacude cubo contra cubo ("15m.) Ta: Cu: lleva el cubo contra la taza ("44s.) Bol: Bol: se dedica primero a la botella ("40s.) Arci: manipula la cinta</p>	<p style="text-align: center;">ADAPTATIVA</p> <p>Cu: aparea dos cubos ("15m.) Cu: Ta: toca cubo dentro de la taza Bol: se aproxima con el índice Bol en Bot: observa bolita si sale de botella Bol y Bot: atiende antes a bolita Bol y Bot: agarra bolita Camp: agarra por el mango Camp: sacude espontáneamente</p>	<p style="text-align: center;">ADAPTATIVA</p> <p>Ta: Cu: saca el cubo de la taza Ta: Cu: (dem.) cubo dentro de la taza sin soltarlo ("32s.) Bol en Bot: señala bolita a través del vidrio ("18m.) Camp: mira y hurga el badejo Arci: se dedica primero a la cinta</p>
<p style="text-align: center;">LENGUAJE</p> <p>Voz: da-da (o equivalente) Voz: límites sonidos Comp: responde al nombre, no-no</p>	<p style="text-align: center;">LENGUAJE</p> <p>Voz: da-da y mamá Voz: una palabra Com: adióe y palmaditas</p>	<p style="text-align: center;">LENGUAJE</p>
<p style="text-align: center;">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>All: sostiene el biberón ("15m.) All: come, solo, una galletita</p>	<p style="text-align: center;">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Soc: movimiento de adióe y palmaditas ("44s.)</p>	<p style="text-align: center;">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Soc: extiende el juguete a otra persona, sin soltarlo ("32s.) All: toma de la taza (en parte) Esp: busca la imagen de la pelota en la mano ("32s.)</p>

ESQUEMA EVOLUTIVO

48 semanas	EDAD CLAVE: 52 semanas	56 semanas
<p style="text-align: center;">MOTRIZ</p> <p>Sent: gira o se tuerce Pa: traslídase apoyado en la barandilla ("15m.) Mar: necesita ser sostenido de ambas manos ("52a.) Bol: toma prensión en pinza</p>	<p style="text-align: center;">MOTRIZ</p> <p>Mar: necesita ser sostenido de una sola mano ("15m.)</p>	<p style="text-align: center;">MOTRIZ</p> <p>Pa: momentáneamente, solo Cu: agarra dos en una mano</p>
<p style="text-align: center;">ADAPTATIVA</p> <p>Cu: juego sucesivo ("36m.) Bol y Bot: ase la bolita únicamente ("56a.) Tab: remueve fácilmente el bloque redondo</p>	<p style="text-align: center;">ADAPTATIVA</p> <p>• Cu: (dcm.) intenta construir torre, fracasa ("15m.) Cu y Ta: (dem.) deja caer dentro de la taza ("56a.) Arcil: sacude el aro por la cinta Tab: mira selectivamente el agujero redondo</p>	<p style="text-align: center;">ADAPTATIVA</p> <p>Cu: Ta: (no dem.) cubo dentro de la taza Dib: vigoroso garabatos imitativos Tab: (dem.) inserta bloque redondo ("15m.)</p>
<p style="text-align: center;">LENGUAJE</p>	<p style="text-align: center;">LENGUAJE</p> <p>Voz: "dos" palabras además de "mamá" y "dada" Comp: alcanza un juguete (pedido y gesto)</p>	<p style="text-align: center;">LENGUAJE</p> <p>Voz: 3-4 palabras Voz: jerga incipiente ("24m.) Comp: unos cuantos objetos por el nombre</p>
<p style="text-align: center;">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Juc: juega al lado de la barandilla ("15m.) Juc: juega en mesa de examen ("52a.)</p>	<p style="text-align: center;">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Esp: acerca pelota al cepjo Vestido: coopera en vestirse ("48m.)</p>	<p style="text-align: center;">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Fel: suelta con débil impulso hacia examinador ("18m.)</p>

ESQUEMA EVOLUTIVO

15 meses	EDAD CLAVE: 18 meses	21 meses
MOTRIZ	MOTRIZ	MOTRIZ
<p>Mar: pocos pasos, inicia, se para Mar: cae por derrumbe ("18m.) Mar: abandona el gateo Tac: sube gateando ("18m.) Ccu: torre de 2 Bol: (sin dem.) introduce en la botella Lib: ayuda volver página ("18 m.)</p>	<p>Mar: cae rara vez Mar: ligera, corre tieso ("24m.) Esc: sube, sostenido de una mano ("21m.) Sipi: se sienta solo Sigr: se trepa Pel: empuja con el pie ("21m.) Lib: vuelve páginas, 2-3 por vez ("24m.)</p>	<p>Mar: se agacha jugando ("...) Esc: baja, sostenido de una mano ("24m.) Esc: sube sostenido de: pasamanos ("24m.) Pelgr: (dem.) patea ("24m.)</p>
ADAPTATIVA	ADAPTATIVA	ADAPTATIVA
<p>Ccu: torre de 2 To: Cu: coloca y saca 6 cubos ("18m.) Dib: incipiente imitación del trazo ("18m.) Tab: (sin dem.) coloca, bloque redondo Tab: adapta bloque redondo rápidamente</p>	<p>CCu: torre de 3-4 To: Cu: 10 dentro la taza Bol y Bot: extracción Dib: imitando; hace un trazo Tab: apila 3 bloques ("24m.)</p>	<p>CCu: torre de 3 ó 4 CCu: inicia empujar tren ("24m.) Tab: ubica 2-3 bloques CaPr: inserta esquinas del bloque, cuadrado ("24m.) CaPr: recupera la pelota</p>
LENGUAJE	LENGUAJE	LENGUAJE
<p>Voz: 4 ó 5 palabras incluyendo nombre Voz: usa jerga ("24m.) Lib: señala dibujos ("18m.)</p>	<p>Lib: mira selectivamente Voz: 10 palabras, incluyendo nombre Lam: nombra u señala un dibujo Obj: nombra la pelota Pel: 2 órdenes</p>	<p>Voz: 20 palabras Conv: combina 2-3 palabras espontáneamente ("24m.) Pel: 3 órdenes</p>
PERSONAL-SOCIAL	PERSONAL-SOCIAL	PERSONAL-SOCIAL
<p>Ali: saca carta liberón Ali: inhibe agarrar el plato Toi: regulación parcial ("24m.) Toi: control rectar Toi: indica repas mojadas ("18m.) Común: dice to-a u equivalente Común: señala, parlotea, cuando deca algo ("21m.) Jue: muestra u ofrece juguetes ("21m.) Jue: tira objetos de juego o rechaza ("18m.)</p>	<p>Ali: agarra plato vacío ("...) Ali: come solo, en parte, derrama ("30m.) Toi: regulado durante el día ("24m.) Jue: arrastra un juguete ("30m.) Jue: lleva o abraza muñeca ("24m.)</p>	<p>Ali: mancha bien la taza Común: pide comida, bebida, toilet Común: repite 2 o más últimas palabras ("24m.) Común: empuja personas para mostrar ("24m.)</p>

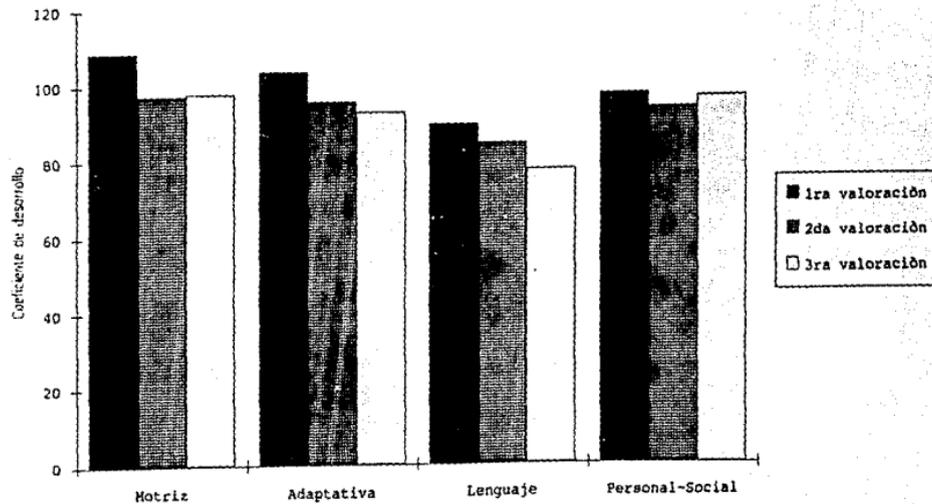
ESQUEMA EVOLUTIVO

21 meses	EDAD CLAVE: 24 meses	30 meses
<p>MOTRIZ</p> <p>Mar: se agacha jugando ("...") Esc: baja, sostenido de una mano ("24m.") Eac: sube, sostenido de pasamano ("24m.") PelGr: patea (dem.) ("24m.")</p>	<p>MOTRIZ</p> <p>Mar: corre bien, no cae Eac: sube y baja solo PelGr: (sin dem.) patea CCu: torre de 6 ó 7 Lib: vuelve páginas de una a una</p>	<p>MOTRIZ</p> <p>Mar: (dem.) en punta de pie Salt: con ambos pies Pa: intenta pararse sobre un pie CCu: torre de 8 Dib: sostiene el lápiz con los dedos</p>
<p>ADAPTATIVA</p> <p>CCu: torre de 5 ó 6 CCu: imita empujar tren ("24m.") Tab: ubica 2-3 bloques CaPr: inserta esquina del bloque cuadrado ("24m.") CaPr: recupera la pelota CaPr: recupera la pelota</p>	<p>ADAPTATIVA</p> <p>CCu: torre de 6 ó 7 CCu: alinea 2 o más, tren ("36m.") Dib: imita un trazo en V Dib: imita trazos circulares Tab: ubica bloques aislados ("30m.") Tab: adapta después de 4 ensayos ("30m.") CaPr: inserta trozo cuadrado</p>	<p>ADAPTATIVA</p> <p>CCu: torre de 8 CCu: agrega chinchenas al tren Dib: dos o más trazos para una cruz ("36m.") Dib: imita V y H ForCol: ubica uno Tab: inserta 3 bloques Tab: adapta repetidamente, error ("36m.") Dlgiso: repite dos (1 de 3 ensayos)</p>
<p>LENGUAJE</p> <p>Voz: 20 palabras Conv: combina 2-3 palabras espontáneamente ("24m.") Pel: 3 órdenes</p>	<p>LENGUAJE</p> <p>Conv: descarga la jerga Conv: frase de tres palabras Conv: usa yo, mí, tú Lam: nombra 3 o más dibujos Lam: identifica 5 o más dibujos Obj: nombra dos Pel: 4 órdenes</p>	<p>LENGUAJE</p> <p>Nombre: dice su nombre completo Lam: nombra cinco dibujos Lam: identifica 7 dibujos Obj: indica el uso</p>
<p>PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Ali: manija bien la taza Comun: pide comida, bebida, "toilet" Comun: repite 2 o más últimas palabras ("24m.") Comun: empuja personas para mostrar ("24m.")</p>	<p>PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Ali: inhibe girar la cuchara Toi: seco de noche, levantándose ("36m.") Toi: verbaliza necesidades regularmente ("42m.") Vest: se pone prendas simples Comun: manifiesta experiencias inmediatas Comun: se refiere a sí mismo por el nombre ("30m.") Comun: comprende y pregunta por "otro" Iue: alcanza taza llena de cubo Iue: imitación doméstica Iue: predomina juego paralelo ("42m.")</p>	<p>PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Comun: se refiere a sí mismo por el pronombre más que por el nombre Comun: repite en conversación y en otras actividades ("36m.") Iue: empuja un juguete, buena dirección Iue: ayuda a llevar de vuelta cosas a su lugar Iue: puede transportar objetos frágiles</p>

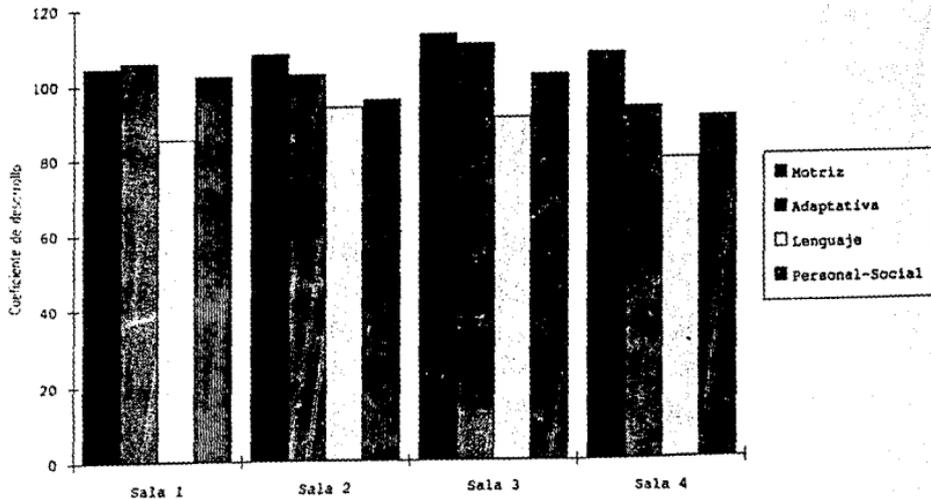
ESQUEMA EVOLUTIVO

30 meses	EDAD CLAVE: 36 meses	42 meses
<p style="text-align: center;">MOTRIZ</p> <p>Mar: (dzm.) en punta de pie Salt: con ambos pies Pa: intenta pararse sobre un solo pie CCu: torre de 8 Dib: sostiene el lápiz con los dedos</p>	<p style="text-align: center;">MOTRIZ</p> <p>Lac: alterna los pies al subir Salt: del último escalón Montar: un triciclo usando pedales Pa: sobre un pie, equilibrio momentáneo</p>	<p style="text-align: center;">MOTRIZ</p> <p>Pa: permanece sobre un solo pie, 2 segundos</p>
<p style="text-align: center;">ADAPTATIVA</p> <p>CCu: torre de 8 CCu: agrega chimenea al tren Dib: dos o más trazos para una cruz ("36m.) Dib: imita V y H ForCol: ubica uno Tab: inserta 3 bloques Tab: adapta repetidamente, error ("36m.) Digitu: repite dos (1 de 3 ensayos)</p>	<p style="text-align: center;">ADAPTATIVA</p> <p>CCu: torre de 9 (10 en 3 ensayos) CCu: imita puente ("42m.) Dib: nombra sus dibujos Dib: copia círculo Dib: imita cruz ("48m.) ForCol: aparea tres Tab: adapta sin error o con corrección espontánea e inmediata Digitos: repite 3 (1 en 3 ensayos)</p>	<p style="text-align: center;">ADAPTATIVA</p> <p>CCu: construye puente de un modelo Digitos: repite 3 (2 de 3 ensayos)</p>
<p style="text-align: center;">LENGUAJE</p> <p>Nombre: dice su nombre completo Lam: nombra 5 dibujos Lam: identifica 7 dibujos Obj: indica el uso</p>	<p style="text-align: center;">LENGUAJE</p> <p>Lib: explica acción Cuv: usa plurales Lam: nombra 8 imágenes Sexo: dice su sexo Comprensión: contesta una pregunta Ordenes: obedece dos, pelota y silla</p>	<p style="text-align: center;">LENGUAJE</p> <p>Lam: nombra todas las imágenes Comp: contesta dos cuestiones Ordenes: cumple 3, pelota y silla Fraseado: 5 palabras asociadas. Vocabulario de 1 500 aprox.</p>
<p style="text-align: center;">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Común: se refiere a sí mismo por el pronombre más que por el nombre Común: repite en conversación y en otras actividades ("36m.) Jue: empuja un juguete, buena dirección Jue: ayuda a llevar de vuelta cosas a su lugar Jue: puede transportar objetos frágiles</p>	<p style="text-align: center;">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>All: come solo, derrama poco All: vierte bien en un jarrito Vest: pone los zapatos Vest: desabrocha botones accesibles Común: comprende ha y turno Común: conoce unas pocas versos</p>	<p style="text-align: center;">PERSONAL-SOCIAL</p> <p>Vest: se lava, seca, cara y manos Jue: juego asociativo reemplaza a juego paralelo</p>

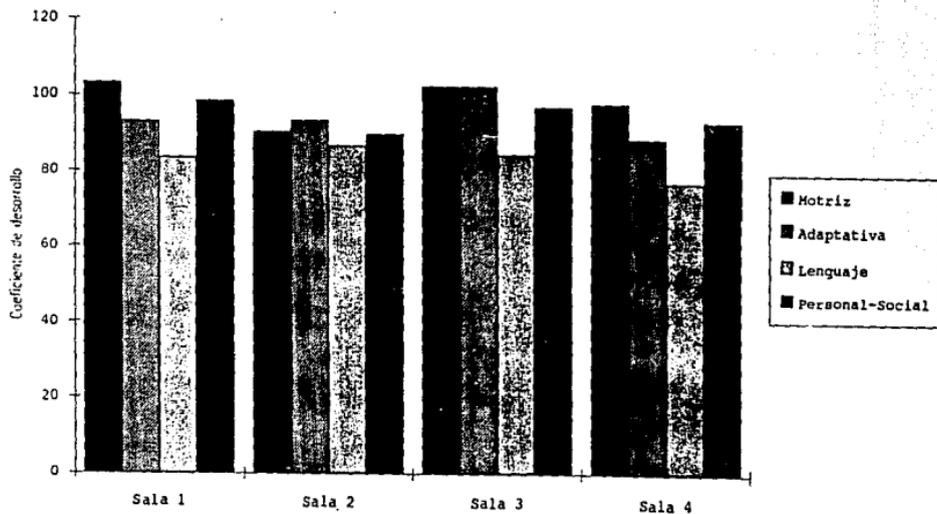
Puntajes obtenidos por áreas en la población general en las distintas valoraciones



Distribución de los coeficientes de desarrollo en los cuatro grupos en la primera valoración.



Distribución de los coeficientes de desarrollo en los cuatro grupos en la segunda valoración.



Distribución de los coeficientes de desarrollo en los cuatro grupos en la tercera valoración.

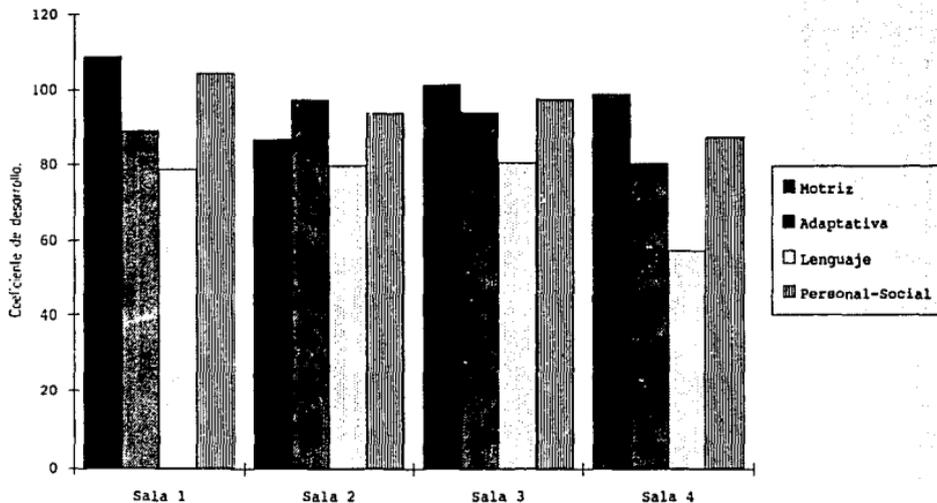


Tabla 1 - EDAD DE INGRESO DE LOS MENORES A LA CASA CUNA COYOACAN

EDAD DE INGRESO Puntaje en semanas	POBLACION GENERAL N=73		CASA RECEPCION N=9		ENFERMERIA N=31		LACTANTES N=23		MATERNALES N=10	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%	frec.	%
1	4	5.5	0	0.0	3	9.7	1	4.3	0	0.0
2	9	12.3	0	0.0	9	29.0	0	0.0	0	0.0
3	1	1.4	0	0.0	0	0.0	1	4.3	0	0.0
4	7	9.6	0	0.0	7	22.6	0	0.0	0	0.0
5	2	2.7	0	0.0	2	6.5	0	0.0	0	0.0
6	1	1.4	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0
7	1	1.4	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0
8	3	4.1	0	0.0	1	3.2	2	8.7	0	0.0
12	4	5.5	0	0.0	4	12.9	0	0.0	0	0.0
16	3	4.1	0	0.0	0	0.0	3	13.0	0	0.0
20	2	2.7	0	0.0	1	3.2	1	4.3	0	0.0
24	2	2.7	1	11.1	0	0.0	1	4.3	0	0.0
28	1	1.4	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0
36	3	4.1	1	11.1	0	0.0	2	8.7	0	0.0
40	4	5.5	1	11.1	0	0.0	3	13.0	0	0.0
48	7	9.6	1	11.1	0	0.0	6	26.1	0	0.0
56	2	2.7	0	0.0	0	0.0	2	8.7	0	0.0
64	1	1.4	1	11.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
68	1	1.4	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0
72	3	4.1	1	11.1	0	0.0	1	4.3	1	10.0
88	1	1.4	1	11.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
92	2	2.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	20.0
96	9	12.3	2	22.2	0	0.0	0	0.0	7	70.0
TOTAL:	73	100	9	100	31	100	23	100	10	100

MEDIA:	34.41	62.67	7.87	33.74	92.80
DESV. ST:	33.66	25.58	12.46	19.08	7.11
MINIMO:	1	24	1	1	72
MAXIMO:	96	96	68	72	96

Tabla 2 : DISTRIBUCION DEL SEXO POR SALAS

SEXO	GENERAL	%	SALA1	%	SALA2	%	SALA3	%	SALA4	%
Femenino	36	49.22	6	68.89	10	72.26	12	52.17	6	60.00
Masculino	37	50.68	1	1.37	21	67.74	11	47.83	4	40.00

tabla 4-1 : EDAD CRONOLOGICA EN LA POBLACION GENERAL

EDAD CRONOLOGICA	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	Puntaje	frec.	frec.	frec.	frec.	frec.
4	2	2.70	0	0.00	0	0.00
5	2	2.70	0	0.00	0	0.00
6	1	1.40	0	0.00	0	0.00
7	2	2.70	0	0.00	0	0.00
8	7	9.60	0	0.00	0	0.00
10	3	4.10	0	0.00	0	0.00
12	9	12.30	0	0.00	0	0.00
14	1	1.40	0	0.00	0	0.00
15	1	1.40	0	0.00	0	0.00
16	2	2.70	0	0.00	0	0.00
18	1	1.40	0	0.00	0	0.00
20	2	2.70	0	0.00	0	0.00
24	3	4.10	1	1.40	0	0.00
28	2	2.70	8	11.00	0	0.00
32	1	1.40	12	16.40	0	0.00
36	2	2.70	8	11.00	0	0.00
40	2	2.70	2	2.70	0	0.00
44	1	1.40	2	2.70	0	0.00
48	3	4.10	3	4.10	2	10.00
52	1	1.40	2	2.70	2	10.00
56	6	8.20	1	1.40	2	10.00
60	1	1.40	3	4.10	1	5.00
64	0	0.00	3	4.10	1	5.00
68	1	1.40	1	1.40	1	5.00
72	2	2.70	1	1.40	1	5.00
76	1	1.40	4	5.50	0	0.00
80	1	1.40	3	4.10	0	0.00
84	0	0.00	1	1.40	0	0.00
88	0	0.00	0	0.00	1	5.00
92	1	1.40	0	0.00	0	0.00
96	5	6.80	3	4.10	0	0.00
100	3	4.10	2	2.70	0	0.00
104	3	4.10	1	1.40	0	0.00
108	1	1.40	0	0.00	1	5.00
120	0	0.00	5	6.80	2	10.00
124	0	0.00	3	4.10	2	10.00
128	0	0.00	2	2.70	1	5.00
132	0	0.00	1	1.40	0	0.00
140	0	0.00	0	0.00	1	5.00
144	0	0.00	1	1.40	1	5.00
148	0	0.00	0	0.00	1	5.00
TOTAL:	73	100.00	73	100.00	20	100.00
MEDIA:	40.53		63.40		91.00	
DESV. EST:	33.98		34.80		35.89	
MINIMO:	4.00		24.00		48.00	
MAXIMO:	108.00		144.00		148.00	

tabla 4.2: CASA RECEPCION

EDAD CRONOLÓGICA Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
24	1	11.1	0	0.0	0	0.0
40	1	11.1	0	0.0	0	0.0
44	1	11.1	0	0.0	0	0.0
48	1	11.1	1	11.1	0	0.0
64	0	0.0	2	22.2	0	0.0
72	2	22.2	0	0.0	1	25.0
80	0	0.0	1	11.1	0	0.0
96	1	11.1	2	22.2	0	0.0
100	2	22.2	0	0.0	0	0.0
120	0	0.0	1	11.1	1	25.0
124	0	0.0	2	22.2	1	25.0
148	0	0.0	0	0.0	1	25.0
TOTAL:	9	100	9	100	4	100

MEDIA:	66.22	90.67	116.00
DESV. EST:	26.94	26.87	27.57
MINIMO:	24	48	72
MAXIMO:	100	124	148

tabla 4.3 : SALA I DE ENFERMERIA

EDAD CRONOLÓGICA Puntaje	PRIMERA VALORAC.		SEGUNDA VALORAC.		TERCERA VALORAC.	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
4	2	6.5	0	0.0	0	0.0
5	2	6.5	0	0.0	0	0.0
6	1	3.2	0	0.0	0	0.0
8	6	19.4	0	0.0	0	0.0
10	3	9.7	0	0.0	0	0.0
12	8	25.8	0	0.0	0	0.0
14	1	3.2	0	0.0	0	0.0
15	1	3.2	0	0.0	0	0.0
16	1	3.2	0	0.0	0	0.0
18	1	3.2	0	0.0	0	0.0
20	1	3.2	0	0.0	0	0.0
24	1	3.2	0	0.0	0	0.0
28	1	3.2	7	22.6	0	0.0
32	0	0.0	10	32.3	0	0.0
36	1	3.2	8	25.8	0	0.0
40	0	0.0	1	3.2	0	0.0
44	0	0.0	1	3.2	0	0.0
48	0	0.0	0	0.0	2	25.0
52	0	0.0	1	3.2	1	12.5
56	0	0.0	1	3.2	2	25.0
60	0	0.0	1	3.2	0	0.0
64	0	0.0	0	0.0	1	12.5
68	0	0.0	0	0.0	1	12.5
76	1	3.2	0	0.0	0	0.0
100	0	0.0	1	3.2	0	0.0
124	0	0.0	0	0.0	1	12.5
TOTAL:	31	100	31	100	8	100

MEDIA:	14.35	37.29	64.50
DESV. EST:	13.20	13.87	23.45
MINIMO:	4	28	4E
MAXIMO:	76	100	124

tabla 4.4 : SALA 3 DE LACTANTES

EDAD CRONOLÓGICA Puntaje	PRIMERA VALORAC.		SEGUNDA VALORAC.		TERCERA VALORAC.	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
7	2	8.7	0	0.0	0	0.0
8	1	4.3	0	0.0	0	0.0
12	1	4.3	0	0.0	0	0.0
16	1	4.3	0	0.0	0	0.0
20	1	4.3	0	0.0	0	0.0
24	1	4.3	1	4.3	0	0.0
28	1	4.3	1	4.3	0	0.0
32	1	4.3	2	8.7	0	0.0
36	1	4.3	0	0.0	0	0.0
40	1	4.3	1	4.3	0	0.0
44	0	0.0	1	4.3	0	0.0
48	2	8.7	2	8.7	0	0.0
52	1	4.3	1	4.3	1	16.7
56	6	26.1	0	0.0	0	0.0
60	1	4.3	2	8.7	1	16.7
64	0	0.0	1	4.3	0	0.0
68	1	4.3	1	4.3	0	0.0
72	0	0.0	1	4.3	0	0.0
76	0	0.0	4	17.4	0	0.0
80	1	4.3	2	8.7	0	0.0
84	0	0.0	1	4.3	0	0.0
88	0	0.0	0	0.0	1	16.7
96	0	0.0	1	4.3	0	0.0
100	0	0.0	1	4.3	0	0.0
108	0	0.0	0	0.0	1	16.7
120	0	0.0	0	0.0	1	16.7
144	0	0.0	0	0.0	1	16.7
TOTAL:	23	100	23	100	6	100
MEIA:	40.09		61.57		95.33	
DES.V. EST:	20.89		21.22		32.45	
MINIMO:	7		24		52	
MAXIMO:	80		100		144	

tabla 4.5 : SALA DE MATERNALES

EDAD CRONOLÓGICA Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
92	1	10.0	0	0.0	0	0.0
96	4	40.0	0	0.0	0	0.0
100	1	10.0	0	0.0	0	0.0
104	3	30.0	1	10.0	0	0.0
108	1	10.0	0	0.0	0	0.0
120	0	0.0	4	40.0	0	0.0
124	0	0.0	1	10.0	0	0.0
126	0	0.0	2	20.0	1	50.0
132	0	0.0	1	10.0	0	0.0
140	0	0.0	0	0.0	1	50.0
144	0	0.0	1	10.0	0	0.0
TOTAL:	10	100	10	100	2	100

MEDIA:	99.60	124.00	134.00
DESV. EST:	4.88	7.80	6.00
MINIMO:	92	104	126
MAXIMO:	108	144	140

Tabla 5.1 : EDAD DE DESARROLLO EN LA POBLACION GENERAL

EDAD DE DESARRO. Puntaje	PRIMERA frec.	VALORACION OS	SEGUNDA frec.	VALORACION OS	TERCERA frec.	VALORACION OS
4	1	1.4	0	0	0	0
5	3	4.1	0	0	0	0
6	2	2.7	0	0	0	0
7	2	2.7	0	0	0	0
8	4	5.5	0	0	0	0
9	3	4.1	0	0	0	0
10	1	1.4	0	0	0	0
11	4	5.5	0	0	0	0
12	5	6.8	0	0	0	0
13	2	2.7	0	0	0	0
16	3	4.1	0	0	0	0
17	1	1.4	0	0	0	0
20	2	2.7	1	1.4	0	0
23	3	4.1	1	1.4	0	0
24	0	0	5	6.8	0	0
25	0	0	1	1.4	0	0
26	0	0	2	2.7	0	0
28	1	1.4	1	1.4	0	0
29	0	0	2	2.7	0	0
30	0	0	2	2.7	0	0
31	0	0	2	2.7	0	0
32	0	0	5	6.8	1	5
33	0	0	3	4.1	0	0
34	1	1.4	0	0	0	0
35	1	1.4	2	2.7	0	0
36	2	2.7	2	2.7	0	0
38	0	0	1	1.4	0	0
40	1	1.4	2	2.7	0	0
44	1	1.4	1	1.4	1	5
47	1	1.4	0	0	0	0
48	2	2.7	3	4.1	0	0
52	2	2.7	2	2.7	2	10
54	3	4.1	3	4.1	1	5
60	3	4.1	2	2.7	3	15
64	2	2.7	3	4.1	0	0
68	1	1.4	1	1.4	1	5
72	2	2.7	4	5.5	1	5
76	1	1.4	3	4.1	1	5
80	3	4.1	3	4.1	0	0
84	2	2.7	2	2.7	2	10
88	1	1.4	0	0	1	5
92	2	2.7	1	1.4	0	0
93	1	1.4	0	0	0	0
96	1	1.4	3	4.1	0	0
100	1	1.4	0	0	0	0
108	1	1.4	2	2.7	2	10
112	0	0	1	1.4	1	5
116	0	0	1	1.4	0	0
120	1	1.4	4	5.5	0	0
128	0	0	1	1.4	0	0
132	0	0	0	0	2	10
136	0	0	1	1.4	0	0
140	0	0	0	0	1	5
TOTAL:	73	100	73	100	20	100

MEDIA: 39.44 59.99 81.4
 DESV. EST: 32.03 31.83 31.5
 MINIMO: 4 20 32
 MAXIMO: 120 126 148

tabla 3.2: EDAD DE DESARROLLO EN CASA RECEPCION

EDAD DE DESARRO. Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
34	1	11.1	0	0.0	0	0.0
35	1	11.1	0	0.0	0	0.0
48	1	11.1	0	0.0	0	0.0
52	1	11.1	0	0.0	0	0.0
56	0	0.0	1	11.1	0	0.0
60	1	11.1	0	0.0	0	0.0
64	0	0.0	3	33.3	0	0.0
72	2	22.2	0	0.0	0	0.0
76	0	0.0	0	0.0	1	25.0
80	0	0.0	1	11.1	0	0.0
84	0	0.0	0	0.0	1	25.0
88	1	11.1	0	0.0	0	0.0
96	0	0.0	2	22.2	0	0.0
100	1	11.1	0	0.0	0	0.0
108	0	0.0	1	11.1	0	0.0
128	0	0.0	1	11.1	0	0.0
132	0	0.0	0	0.0	1	25.0
148	0	0.0	0	0.0	1	25.0
TOTAL:	9	100	9	100	4	100

MEDIA:	62.33	84.00	110.00
DESV. EST:	21.43	23.09	30.66
MINIMO:	34	56	76
MAXIMO:	100	128	148

Tabla 5.3: EDAD DE DESARROLLO EN ENFERMERIA

EDAD DE DESARRO. Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
4	1	3.2	0	0.0	0	0.0
5	3	9.7	0	0.0	0	0.0
6	1	3.2	0	0.0	0	0.0
7	2	6.5	0	0.0	0	0.0
8	2	6.5	0	0.0	0	0.0
9	3	9.7	0	0.0	0	0.0
10	1	3.2	0	0.0	0	0.0
11	4	12.7	0	0.0	0	0.0
12	5	16.1	0	0.0	0	0.0
13	1	3.2	0	0.0	0	0.0
16	2	6.5	0	0.0	0	0.0
20	2	6.5	0	0.0	0	0.0
23	1	3.2	1	3.2	0	0.0
24	0	0.0	5	16.1	0	0.0
26	0	0.0	2	6.5	0	0.0
28	1	3.2	1	3.2	0	0.0
29	0	0.0	2	6.5	0	0.0
30	0	0.0	2	6.5	0	0.0
31	0	0.0	2	6.5	0	0.0
32	0	0.0	3	9.7	1	12.5
33	0	0.0	3	9.7	0	0.0
35	0	0.0	2	6.5	0	0.0
36	1	3.2	2	6.5	0	0.0
38	0	0.0	1	3.2	0	0.0
40	0	0.0	1	3.2	0	0.0
44	0	0.0	0	0.0	1	12.5
48	0	0.0	1	3.2	0	0.0
52	0	0.0	1	3.2	2	25.0
56	1	3.2	1	3.2	1	12.5
60	0	0.0	1	3.2	1	12.5
68	0	0.0	0	0.0	1	12.5
84	0	0.0	0	0.0	1	12.5
TOTAL:	31	100	31	100	9	100

MEIA:	13.68	33.35	56.00
DESV. EST:	10.73	9.21	14.56
MINIMO:	4	23	32
MAXIMO:	56	60	84

tabla 5.4 : EDAD DE DESARROLLO EN LACTANTES

EDAD DE DESARRO. Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
6	1	4.3	0	0.0	0	0.0
8	2	8.7	0	0.0	0	0.0
13	1	4.3	0	0.0	0	0.0
16	1	4.3	0	0.0	0	0.0
17	1	4.3	0	0.0	0	0.0
20	0	0.0	1	4.3	0	0.0
23	2	8.7	0	0.0	0	0.0
25	0	0.0	1	4.3	0	0.0
32	0	0.0	2	8.7	0	0.0
36	1	4.3	0	0.0	0	0.0
40	1	4.3	1	4.3	0	0.0
44	1	4.3	1	4.3	0	0.0
47	1	4.3	0	0.0	0	0.0
48	1	4.3	2	8.7	0	0.0
52	1	4.3	1	4.3	0	0.0
56	2	8.7	1	4.3	0	0.0
60	2	8.7	1	4.3	2	33.3
64	2	8.7	0	0.0	0	0.0
68	1	4.3	1	4.3	0	0.0
72	0	0.0	4	17.4	1	16.7
76	1	4.3	3	13.0	0	0.0
80	0	0.0	2	8.7	0	0.0
84	1	4.3	1	4.3	0	0.0
96	0	0.0	1	4.3	0	0.0
108	0	0.0	0	0.0	2	33.3
112	0	0.0	0	0.0	1	16.7
TOTAL:	23	100	23	100	6	100

MEDIA:	42.13	60.04	86.67
DESV. EST:	23.11	20.32	23.06
MINIMO:	6	20	60
MAXIMO:	84	96	112

tabla 5.5 : EDAD DE DESARROLLO EN MATERNALES

EDAD DE DESARRO. Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDAVALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
80	3	30.0	0	0.0	0	0.0
84	1	10.0	1	10.0	0	0.0
88	0	0.0	0	0.0	1	50.0
92	2	20.0	1	10.0	0	0.0
93	1	10.0	0	0.0	0	0.0
96	1	10.0	0	0.0	0	0.0
108	1	10.0	1	10.0	0	0.0
112	0	0.0	1	10.0	0	0.0
116	0	0.0	1	10.0	0	0.0
120	1	10.0	4	40.0	0	0.0
132	0	0.0	0	0.0	1	50.0
136	0	0.0	1	10.0	0	0.0
TOTAL:	10	100	10	100	2	100

MEDIA:	92.50	112.80	110.00
DESV. EST:	12.45	14.29	9.84
MINIMO:	80	84	88
MAXIMO:	120	136	132

Tabla 6.1 : COEFICIENTE DE DESARROLLO EN LA POBLACION GENERAL

COEFICIENTE DESA Puntaje	PRIMERA VALORACION frec.	%	SEGUNDA VALORACION frec.	%	TERCERA VALORACION frec.	%
58	1	1.4	0	0.0	0	0.0
60	0	0.0	1	1.4	0	0.0
61	1	1.4	0	0.0	0	0.0
67	1	1.4	2	2.7	1	5.0
68	0	0.0	0	0.0	1	5.0
69	0	0.0	0	0.0	1	5.0
70	1	1.4	1	1.4	1	5.0
71	1	1.4	0	0.0	0	0.0
73	1	1.4	1	1.4	0	0.0
74	1	1.4	0	0.0	0	0.0
75	1	1.4	0	0.0	1	5.0
77	1	1.4	1	1.4	0	0.0
79	0	0.0	1	1.4	0	0.0
81	1	1.4	2	2.7	0	0.0
82	0	0.0	1	1.4	1	5.0
83	0	0.0	1	1.4	0	0.0
84	1	1.4	1	1.4	0	0.0
85	2	2.7	0	0.0	0	0.0
86	2	2.7	5	6.8	0	0.0
87	0	0.0	1	1.4	0	0.0
88	2	2.7	2	2.7	1	5.0
89	0	0.0	2	2.7	0	0.0
90	1	1.4	3	4.1	0	0.0
91	0	0.0	1	1.4	0	0.0
92	2	2.7	4	5.5	0	0.0
93	1	1.4	4	5.5	1	5.0
94	0	0.0	4	5.5	2	10.0
95	1	1.4	5	6.8	1	5.0
96	4	5.5	0	0.0	0	0.0
97	0	0.0	5	6.8	0	0.0
98	0	0.0	1	1.4	0	0.0
99	0	0.0	2	2.7	0	0.0
100	16	21.9	10	13.7	4	20.0
101	0	0.0	0	0.0	1	5.0
102	1	1.4	1	1.4	0	0.0
104	2	2.7	2	2.7	0	0.0
105	2	2.7	0	0.0	0	0.0
106	0	0.0	3	4.1	3	15.0
107	2	2.7	1	1.4	0	0.0
108	3	4.1	0	0.0	0	0.0
110	1	1.4	1	1.4	0	0.0
111	1	1.4	0	0.0	0	0.0
113	4	5.5	0	0.0	0	0.0
114	3	4.1	1	1.4	0	0.0
115	1	1.4	1	1.4	1	5.0
116	1	1.4	0	0.0	0	0.0
117	0	0.0	2	2.7	0	0.0
118	1	1.4	0	0.0	0	0.0
121	1	1.4	0	0.0	0	0.0
124	1	1.4	0	0.0	0	0.0
125	2	2.7	0	0.0	0	0.0
127	1	1.4	0	0.0	0	0.0
133	1	1.4	0	0.0	0	0.0
134	1	1.4	0	0.0	0	0.0
137	1	1.4	0	0.0	0	0.0
146	1	1.4	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	73	100	73	100	70	100

MEDIA: 100.67 93.37 91.45
 DESV. EST: 17.42 11.03 14.29
 MINIMO: 58 60 67
 MAXIMO: 146 117 115

tabla 6.2 : COEFICIENTE DE DESARROLLO EN CASA RECEPCION

COEFICIENTE DESARR. Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
67	1	11.1	1	11.1	0	0.0
70	0	0.0	0	0.0	1	25.0
71	1	11.1	0	0.0	0	0.0
77	0	0.0	1	11.1	0	0.0
86	1	11.1	1	11.1	0	0.0
88	1	11.1	0	0.0	0	0.0
100	1	11.1	4	44.4	1	25.0
104	1	11.1	0	0.0	0	0.0
106	0	0.0	0	0.0	2	50.0
107	0	0.0	1	11.1	0	0.0
117	0	0.0	1	11.1	0	0.0
118	1	11.1	0	0.0	0	0.0
127	1	11.1	0	0.0	0	0.0
146	1	11.1	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	9	100	9	100	4	100
MEDIA:	100.78		94.89		95.50	
DESV. EST:	24.61		14.59		14.92	
MINIMO:	67		67		70	
MAXIMO:	146		117		106	

tabla 6.3 : COEFICIENTE DE DESARROLLO EN ENFERMERIA

COEFICIENTE DESARR. Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
58	1	3.2	0	0.0	0	0.0
60	0	0.0	1	3.2	0	0.0
67	0	0.0	1	3.2	1	12.5
68	0	0.0	0	0.0	1	12.5
70	1	3.2	0	0.0	0	0.0
73	1	3.2	1	3.2	0	0.0
74	1	3.2	0	0.0	0	0.0
75	1	3.2	0	0.0	0	0.0
81	0	0.0	1	3.2	0	0.0
82	0	0.0	1	3.2	0	0.0
84	0	0.0	1	3.2	0	0.0
85	1	3.2	0	0.0	0	0.0
86	0	0.0	4	12.9	0	0.0
87	0	0.0	1	3.2	0	0.0
88	0	0.0	0	0.0	1	12.5
89	0	0.0	1	3.2	0	0.0
90	0	0.0	1	3.2	0	0.0
91	0	0.0	1	3.2	0	0.0
92	1	3.2	3	9.7	0	0.0
93	0	0.0	2	6.5	0	0.0
94	0	0.0	0	0.0	1	12.5
95	0	0.0	2	6.5	1	12.5
96	1	3.2	0	0.0	0	0.0
97	0	0.0	2	6.5	0	0.0
98	0	0.0	1	3.2	0	0.0
99	0	0.0	1	3.2	0	0.0
100	11	35.5	3	9.7	2	25.0
104	0	0.0	1	3.2	0	0.0
105	1	3.2	0	0.0	0	0.0
106	0	0.0	0	0.0	1	12.5
108	1	3.2	0	0.0	0	0.0
110	1	3.2	1	3.2	0	0.0
111	1	3.2	0	0.0	0	0.0
113	3	9.7	0	0.0	0	0.0
114	1	3.2	1	3.2	0	0.0
125	2	6.5	0	0.0	0	0.0
133	1	3.2	0	0.0	0	0.0
137	1	3.2	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	31	100	31	100	8	100

MEDIA:	100.97	90.94	89.75
DESV. EST:	17.68	10.99	13.75
MINIMO:	58	60	67
MAXIMO:	137	114	106

tabla 6.4 : COEFICIENTE DE DESARROLLO EN LACTANTES

COEFICIENTE DESARR. Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
61	1	4.3	0	0.0	0	0.0
75	0	0.0	0	0.0	1	16.7
82	0	0.0	0	0.0	1	16.7
86	1	4.3	0	0.0	0	0.0
88	0	0.0	2	8.7	0	0.0
89	0	0.0	1	4.3	0	0.0
90	1	4.3	2	8.7	0	0.0
92	1	4.3	1	4.3	0	0.0
93	0	0.0	1	4.3	1	16.7
94	0	0.0	3	13.0	0	0.0
95	0	0.0	3	13.0	0	0.0
96	2	8.7	0	0.0	0	0.0
97	0	0.0	2	8.7	0	0.0
100	4	17.4	2	8.7	1	16.7
101	0	0.0	0	0.0	1	16.7
102	1	4.3	1	4.3	0	0.0
104	0	0.0	1	4.3	0	0.0
105	1	4.3	0	0.0	1	16.7
106	0	0.0	2	8.7	0	0.0
107	2	8.7	0	0.0	0	0.0
108	2	8.7	0	0.0	0	0.0
113	1	4.3	0	0.0	0	0.0
114	2	8.7	0	0.0	0	0.0
115	1	4.3	1	4.3	0	0.0
116	1	4.3	0	0.0	0	0.0
117	0	0.0	1	4.3	0	0.0
121	1	4.3	0	0.0	0	0.0
134	1	4.3	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	23	100	23	100	6	100

MEDIA: 103.70
 DESV. EST: 13.98
 MINIMO: 61

57.43
 7.74
 86

92.67
 10.81
 75

tabla 6.5 : COEFICIENTE DE DESARROLLO EN MATERNALES

COEFICIENTE DESARR. Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
69	0	0.0	0	0.0	1	50.0
70	0	0.0	1	10.0	0	0.0
77	1	10.0	0	0.0	0	0.0
79	0	0.0	1	10.0	0	0.0
81	1	10.0	1	10.0	0	0.0
83	0	0.0	1	10.0	0	0.0
94	1	10.0	0	0.0	0	0.0
85	1	10.0	0	0.0	0	0.0
88	1	10.0	0	0.0	0	0.0
93	1	10.0	1	10.0	0	0.0
94	0	0.0	1	10.0	1	50.0
95	1	10.0	0	0.0	0	0.0
96	1	10.0	0	0.0	0	0.0
97	0	0.0	1	10.0	0	0.0
99	0	0.0	1	10.0	0	0.0
100	0	0.0	1	10.0	0	0.0
104	1	10.0	0	0.0	0	0.0
106	0	0.0	1	10.0	0	0.0
124	1	10.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	10	100	10	100	2	100
MEDIA:	92.70		90.20		81.50	
DESV. EST:	12.90		10.78		12.50	
MINIMO:	77		70		69	
MAXIMO:	124		106		94	

tabla 7.1 : DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO GENERAL

DIAGNOSTICO GLOBAL DEL DESARROLLO	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
Deficiente	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Retraso	3	4.1	3	4.1	3	15.0
Limítrofe	6	8.2	4	5.5	2	10.0
Inferior	8	11.0	15	20.5	2	10.0
Normal	35	47.9	46	63.0	12	60.0
Brillante	12	16.4	5	6.8	1	5.0
Superior	5	6.8	0	0.0	0	0.0
Muy superior	4	5.5	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	73	100.0	73	100.0	20	100.0

tabla 7.2 : DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO EN CASA RECEPCION

DIAGNOSTICO GLOBAL DEL DESARROLLO	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
Deficiente	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Retraso	1	11.1	1	11.1	0	0.0
Limítrofe	1	11.1	1	11.1	3	37.5
Inferior	2	22.2	1	11.1	0	0.0
Normal	2	22.2	5	55.6	5	62.5
Brillante	1	11.1	1	11.1	0	0.0
Superior	1	11.1	0	0.0	0	0.0
Muy superior	1	11.1	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	9	100.0	9	100.0	8	100.0

tabla 7.3 : DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO EN ENFERMERIA

DIAGNOSTICO GLOBAL DEL DESARROLLO	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
Deficiente	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Retraso	1	3.2	2	6.5	2	25.0
Limítrofe	4	12.9	1	3.2	0	0.0
Inferior	1	3.2	9	29.0	1	12.5
Normal	15	48.4	17	54.8	5	62.5
Brillante	6	19.4	2	6.5	0	0.0
Superior	2	6.5	0	0.0	0	0.0
Muy superior	2	6.5	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	31	100.0	31	100.0	8	100.0

tabla 7.4 : DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO EN LACTANTES

DIAGNOSTICO GLOBAL DEL DESARROLLO	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
Deficiente	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Retraso	1	4.3	0	0.0	0	0.0
Limítrofe	0	0.0	0	0.0	1	16.7
Inferior	1	4.3	3	13.0	1	16.7
Normal	14	60.9	18	78.3	3	50.0
Brillante	5	21.7	2	8.7	1	16.7
Superior	1	4.3	0	0.0	0	0.0
Muy superior	1	4.3	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	23	100.0	23	100.0	6	100.0

tabla 7.5 : DIAGNOSTICO DEL DESARROLLO EN MATERNALES

DIAGNOSTICO GLOBAL DEL DESARROLLO	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
Deficiente	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Retraso	0	0.0	0	0.0	1	50.0
Limítrofe	1	10.0	2	20.0	0	0.0
Inferior	4	40.0	2	20.0	0	0.0
Normal	4	40.0	6	60.0	1	50.0
Brillante	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Superior	1	10.0	0	0.0	0	0.0
Muy superior	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	10	100.0	10	100.0	2	100.0

ANEXO B.3 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA MOTRIZ
EN LA POBLACION GENERAL

COEF. AREA MOTRIZ	PRIMERA VALORACION	SEGUNDA VALORACION	TERCERA VALORACION
Puntaje	frec.	frec.	frec.
35	0	0	1
36	0	0	1
37	1	1,4	0
50	2	2,7	0
56	0	0	1
58	0	0	1
60	1	1,4	0
71	1	1,4	1
72	0	0	1
75	0	0	1
78	0	0	1
80	2	2,7	0
81	0	0	0
82	0	0	2
83	1	1,4	0
84	0	0	1
85	0	0	1
86	0	0	2
87	1	1,4	0
88	0	0	4
89	0	0	1
90	0	0	5
92	2	2,7	1
93	2	2,7	4
94	1	1,4	2
95	1	1,4	0
96	5	6,8	1
100	10	12,7	18
102	1	1,4	0
103	0	0	2
104	1	1,4	0
105	0	0	1
106	2	2,7	4
107	2	2,7	3
108	5	6,8	0
109	0	0	2
110	3	4,1	2
111	0	0	2
113	0	0	2
114	2	2,7	1
115	0	0	1
117	4	5,5	0
118	1	1,4	0
120	4	5,5	1
122	1	1,4	1
124	0	0	1
125	4	5,5	0
127	0	0	1
128	1	1,4	0
129	1	1,4	0
130	0	0	0
133	2	2,7	1
135	0	0	0
138	4	5,5	0
140	0	0	1
142	1	1,4	0
150	2	2,7	0
164	1	1,4	0
200	1	1,4	0
TOTAL:	73	100	73

*EDJA: 108,47 97,14 87,75
 DESV. EST: 24,23 14,35 25,25
 *M1*31: 47 26 35
 *M11*0: 200 122 140

tabla 8.2 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA MOTRIZ
EN LA SALA DE CASA RECEPCION

AREA MOTRIZ Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
68	1	11.1	0	0.0	0	0.0
71	0	0.0	1	11.1	0	0.0
80	0	0.0	0	0.0	1	25.0
83	1	11.1	0	0.0	0	0.0
90	0	0.0	2	22.2	0	0.0
94	1	11.1	0	0.0	0	0.0
95	1	11.1	0	0.0	0	0.0
96	1	11.1	0	0.0	0	0.0
100	0	0.0	1	11.1	0	0.0
106	0	0.0	1	11.1	1	25.0
109	0	0.0	1	11.1	0	0.0
110	0	0.0	1	11.1	0	0.0
114	0	0.0	0	0.0	1	25.0
118	1	11.1	0	0.0	0	0.0
120	0	0.0	1	11.1	0	0.0
125	1	11.1	0	0.0	0	0.0
129	1	11.1	0	0.0	0	0.0
133	1	11.1	1	11.1	0	0.0
135	0	0.0	0	0.0	1	25.0
TOTAL:	9	100	9	100	4	100

MEDIA:	104.56	103.22	0.06
DESV. EST:	21.30	0.00	0.00
MINIMO:	68	71	80
MAXIMO:	133	133	135

tabla 8.3 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA MTRIZ
EN LA SALA DE ENFERMERIA

AREA MTRIZ Puntaje	PRIMERA frec.	VALORACION %	SEGUNDA frec.	VALORACION %	TERCERA frec.	VALORACION %
35	0	0.0	0	0.0	1	12.5
36	0	0.0	1	3.2	0	0.0
47	1	3.2	0	0.0	0	0.0
50	1	3.2	0	0.0	0	0.0
56	0	0.0	0	0.0	1	12.5
58	0	0.0	1	3.2	0	0.0
72	0	0.0	1	3.2	0	0.0
75	0	0.0	1	3.2	0	0.0
78	0	0.0	1	3.2	0	0.0
80	1	3.2	0	0.0	0	0.0
82	0	0.0	1	3.2	0	0.0
84	0	0.0	1	3.2	0	0.0
86	0	0.0	2	6.5	0	0.0
87	1	3.2	0	0.0	0	0.0
88	0	0.0	1	3.2	1	12.5
89	0	0.0	1	3.2	0	0.0
90	0	0.0	2	6.5	0	0.0
92	0	0.0	1	3.2	1	12.5
93	1	3.2	3	9.7	0	0.0
94	0	0.0	1	3.2	0	0.0
96	2	6.5	1	3.2	0	0.0
100	8	25.8	7	22.6	2	25.0
102	1	3.2	0	0.0	0	0.0
103	0	0.0	1	3.2	0	0.0
106	0	0.0	2	6.5	1	12.5
108	2	6.5	0	0.0	0	0.0
109	0	0.0	1	3.2	0	0.0
110	3	9.7	0	0.0	0	0.0
114	0	0.0	1	3.2	0	0.0
117	2	6.5	0	0.0	1	12.5
120	1	3.2	0	0.0	0	0.0
122	1	3.2	0	0.0	0	0.0
125	2	6.5	0	0.0	0	0.0
138	2	6.5	0	0.0	0	0.0
150	1	3.2	0	0.0	0	0.0
200	1	3.2	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	31	100	31	100	8	100

MEDIA:	108.03	90.74	86.75
DESV. EST:	26.94	15.19	25.71
MINIMO:	47	36	35
MAXIMO:	200	114	117

tabla 8.4 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA MOTRIZ
EN LA SALA DE LACTANTES

COEF. AREA MOTRIZ Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
50	1	4.3	0	0.0	0	0.0
71	1	4.3	0	0.0	0	0.0
81	0	0.0	0	0.0	1	16.7
82	0	0.0	0	0.0	1	16.7
85	0	0.0	1	4.3	0	0.0
86	0	0.0	1	4.3	0	0.0
87	0	0.0	0	0.0	1	16.7
88	0	0.0	2	8.7	0	0.0
92	2	8.7	0	0.0	0	0.0
100	2	8.7	10	43.5	0	0.0
105	0	0.0	1	4.3	0	0.0
106	2	8.7	1	4.3	0	0.0
107	2	8.7	0	0.0	0	0.0
108	1	4.3	0	0.0	1	16.7
109	0	0.0	1	4.3	0	0.0
110	0	0.0	1	4.3	0	0.0
111	0	0.0	2	8.7	0	0.0
114	2	8.7	0	0.0	0	0.0
115	0	0.0	1	4.3	0	0.0
117	1	4.3	0	0.0	0	0.0
119	0	0.0	0	0.0	1	16.7
120	3	13.0	0	0.0	0	0.0
124	0	0.0	1	4.3	0	0.0
125	1	4.3	0	0.0	0	0.0
127	0	0.0	1	4.3	0	0.0
128	1	4.3	0	0.0	0	0.0
130	0	0.0	0	0.0	1	16.7
138	1	4.3	0	0.0	0	0.0
143	1	4.3	0	0.0	0	0.0
150	1	4.3	0	0.0	0	0.0
164	1	4.3	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	23	100	23	100	6	100

MEDIA:	112.70	102.83	101.17
DESV. EST:	23.93	10.51	19.03
MINIMO:	50	85	81
MAXIMO:	164	127	130

tabla 8.5 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA MOTRIZ
EN LA SALA DE MATERNALES

COEF. AREA MOTRIZ Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
78	0	0.0	0	0.0	1	50.0
80	1	10.0	0	0.0	0	0.0
82	0	0.0	1	10.0	0	0.0
88	0	0.0	1	10.0	0	0.0
90	0	0.0	1	10.0	0	0.0
93	1	10.0	1	10.0	0	0.0
94	0	0.0	1	10.0	0	0.0
96	2	20.0	0	0.0	0	0.0
103	0	0.0	1	10.0	0	0.0
104	1	10.0	0	0.0	0	0.0
107	0	0.0	3	30.0	0	0.0
108	2	20.0	0	0.0	0	0.0
113	0	0.0	1	10.0	0	0.0
117	1	10.0	0	0.0	0	0.0
120	0	0.0	0	0.0	1	50.0
133	1	10.0	0	0.0	0	0.0
138	1	10.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	10	100	10	100	2	100

MEDIA:	107.30	98.40	99.00
DESV. EST:	17.07	9.76	21.00
MINIMO:	80	82	78
MAXIMO:	138	113	120

Tabla 9.1 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA ADAPTATIVA
EN LA POBLACION GENERAL

COEF. AREA ADAPTATIVA Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	DI	frec.	DI	frec.	DI
50	1	1.4	0	0	0	0
57	1	1.4	0	0	0	0
60	1	1.4	0	0	0	0
61	1	1.4	0	0	0	0
64	0	0	1	1.4	0	0
67	1	1.4	1	1.4	0	0
68	1	1.4	0	0	0	0
69	0	0	0	0	1	5
70	0	0	0	0	1	5
71	0	0	2	2.7	0	0
75	0	0	4	5.5	0	0
76	1	1.4	1	1.4	0	0
77	0	0	1	1.4	0	0
78	0	0	0	0	1	5
80	3	4.1	0	0	1	5
81	0	0	1	1.4	2	10
82	0	0	1	1.4	0	0
83	1	1.4	1	1.4	0	0
84	1	1.4	1	1.4	0	0
86	0	0	2	2.7	0	0
87	0	0	2	2.7	0	5
88	1	1.4	3	4.1	0	0
89	2	2.7	0	0	0	0
90	0	0	0	0	1	5
91	0	0	1	1.4	0	0
92	5	4.8	5	6.8	0	0
93	1	1.4	6	8.2	1	5
94	2	2.7	1	1.4	3	15
95	0	0	1	1.4	1	5
96	2	2.7	0	0	0	0
97	0	0	2	2.7	1	5
100	8	11	16	21.9	2	10
104	2	2.7	1	1.4	0	0
105	1	1.4	2	2.7	0	0
106	0	0	4	5.5	0	0
107	4	5.5	0	0	0	0
108	4	5.5	1	1.4	2	10
109	0	0	3	4.1	0	0
110	2	2.7	0	0	0	0
111	0	0	1	1.4	1	5
112	1	1.4	0	0	0	0
113	7	9.6	2	2.7	0	0
114	2	2.7	1	1.4	0	0
117	3	4.1	1	1.4	0	0
120	1	1.4	1	1.4	0	0
121	1	1.4	0	0	0	0
122	1	1.4	0	0	0	0
124	0	0	1	1.4	0	0
125	4	5.5	1	1.4	0	0
127	1	1.4	1	1.4	0	0
129	0	0	0	0	1	5
130	2	2.7	0	0	0	0
138	1	1.4	0	0	0	0
147	1	1.4	0	0	0	0
158	1	1.4	0	0	0	0
171	1	1.4	0	0	0	0
TOTAL:	73	100	73	100	20	100

MEIA:	103.89	95.82	92.95
DES. EST:	21.28	13.53	14.18
MINMO:	50	64	69
MAXMO:	171	127	129

tabla 9.2 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA ADAPTATIVA
EN LA SALA DE CASA RECEPCION

COEF. AREA ADAPTATIVA Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
61	1	11.1	0	0.0	0	0.0
67	0	0.0	1	11.1	0	0.0
70	0	0.0	0	0.0	1	25.0
77	0	0.0	1	11.1	0	0.0
80	2	22.2	0	0.0	0	0.0
81	0	0.0	0	0.0	1	25.0
87	0	0.0	1	11.1	0	0.0
89	1	11.1	0	0.0	0	0.0
94	0	0.0	0	0.0	1	25.0
95	0	0.0	1	11.1	0	0.0
97	0	0.0	1	11.1	0	0.0
100	0	0.0	3	33.3	0	0.0
111	0	0.0	0	0.0	1	25.0
112	1	11.1	0	0.0	0	0.0
117	0	0.0	1	11.1	0	0.0
122	1	11.1	0	0.0	0	0.0
125	1	11.1	0	0.0	0	0.0
127	1	11.1	0	0.0	0	0.0
158	1	11.1	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	9	100	9	100	4	100

MEDIA:	106.00	93.33	89.00
DESV. EST:	28.80	13.78	15.28
MINIMO:	61	67	70
MAXIMO:	158	117	111

tabla 9.3 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA ADAPTATIVA
EN LA SALA DE ENFERMERIA

COEF.AREA ADAPTATIVA Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
50	1	3.2	0	0.0	0	0.0
60	1	3.2	0	0.0	0	0.0
64	0	0.0	1	3.2	0	0.0
69	0	0.0	0	0.0	1	12.5
71	0	0.0	2	6.5	0	0.0
75	0	0.0	3	9.7	0	0.0
76	1	3.2	0	0.0	0	0.0
80	1	3.2	0	0.0	0	0.0
82	0	0.0	1	3.2	0	0.0
84	1	3.2	1	3.2	0	0.0
86	0	0.0	2	6.5	0	0.0
87	0	0.0	0	0.0	1	12.5
91	0	0.0	1	3.2	0	0.0
92	2	6.5	3	9.7	0	0.0
93	1	3.2	3	9.7	1	12.5
94	1	3.2	0	0.0	1	12.5
96	1	3.2	0	0.0	0	0.0
100	6	19.4	6	19.4	2	25.0
104	1	3.2	0	0.0	0	0.0
106	0	0.0	3	9.7	0	0.0
107	1	3.2	0	0.0	0	0.0
108	2	6.5	0	0.0	1	12.5
109	0	0.0	2	6.5	0	0.0
113	4	12.9	1	3.2	0	0.0
114	0	0.0	1	3.2	0	0.0
117	2	6.5	0	0.0	0	0.0
125	2	6.5	1	3.2	0	0.0
129	0	0.0	0	0.0	1	12.5
130	2	6.5	0	0.0	0	0.0
138	1	3.2	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	31	100	31	100	8	100

MEDIA:	102.52	93.65	97.50
DESV. EST:	19.10	14.20	16.99
MINIMO:	50	64	69
MAXIMO:	138	125	129

tabla 9.4 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA ADAPTATIVA
EN LA SALA DE LACTANTES

COEF. AREA ADAPTATIVA Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
57	1	4.3	0	0.0	0	0.0
75	0	0.0	1	4.3	0	0.0
78	0	0.0	0	0.0	1	16.7
83	1	4.3	1	4.3	0	0.0
88	0	0.0	1	4.3	0	0.0
90	0	0.0	0	0.0	1	16.7
92	1	4.3	1	4.3	0	0.0
93	0	0.0	1	4.3	0	0.0
94	1	4.3	0	0.0	1	16.7
95	0	0.0	0	0.0	1	16.7
97	0	0.0	0	0.0	1	16.7
100	2	8.7	7	30.4	0	0.0
104	0	0.0	1	4.3	0	0.0
105	1	4.3	2	8.7	0	0.0
106	0	0.0	1	4.3	0	0.0
107	3	13.0	0	0.0	0	0.0
108	1	4.3	1	4.3	1	16.7
109	0	0.0	1	4.3	0	0.0
110	2	8.7	0	0.0	0	0.0
111	0	0.0	1	4.3	0	0.0
113	3	13.0	1	4.3	0	0.0
114	2	8.7	0	0.0	0	0.0
117	1	4.3	0	0.0	0	0.0
120	1	4.3	1	4.3	0	0.0
121	1	4.3	0	0.0	0	0.0
124	0	0.0	1	4.3	0	0.0
127	0	0.0	1	4.3	0	0.0
147	1	4.3	0	0.0	0	0.0
171	1	4.3	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	23	100	23	100	6	100
MEDIA:	109.70		102.74		93.67	
DESV. EST:	20.63		11.87		8.92	
MINIMO:	57		75		78	
MAXIMO:	171		127		108	

tabla 9.5 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA ADAPTATIVA
EN LA SALA DE MATERNALES

COEF. AREA ADAPTATIVA Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
67	1	10.0	0	0.0	0	0.0
68	1	10.0	0	0.0	0	0.0
76	0	0.0	1	10.0	0	0.0
80	0	0.0	0	0.0	1	50.0
81	0	0.0	1	10.0	1	50.0
87	0	0.0	1	10.0	0	0.0
88	1	10.0	2	20.0	0	0.0
89	1	10.0	0	0.0	0	0.0
92	2	20.0	1	10.0	0	0.0
93	0	0.0	2	20.0	0	0.0
94	0	0.0	1	10.0	0	0.0
96	1	10.0	0	0.0	0	0.0
97	0	0.0	1	10.0	0	0.0
104	1	10.0	0	0.0	0	0.0
108	1	10.0	0	0.0	0	0.0
125	1	10.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	10	100	10	100	2	100

MEIA:	92.90	88.90	80.50
DESV. EST:	16.50	6.07	0.50
MINIMO:	67	76	80
MAXIMO:	125	97	81

Tabla 10.1 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA DE LENGUAJE
EN LA POBLACION GENERAL

COEF. AREA LENGUAJE	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	Puntaje	frec.	frec.	O%	frec.	O%
33	1	1.4	0	0	0	0
39	1	1.4	0	0	0	0
41	0	0	0	0	1	5
45	0	0	1	1.4	0	0
47	0	0	0	0	1	5
50	1	1.4	0	0	1	5
53	1	1.4	0	0	0	0
54	0	0	1	1.4	0	0
56	1	1.4	1	1.4	0	0
58	2	2.7	1	1.4	0	0
60	0	0	1	1.4	0	0
63	1	1.4	0	0	0	0
65	1	1.4	1	1.4	0	0
66	0	0	1	1.4	0	0
67	1	1.4	1	1.4	2	10
68	2	2.7	1	1.4	2	10
69	0	0	1	1.4	0	0
70	3	4.1	1	1.4	0	0
71	1	1.4	0	0	0	0
72	0	0	1	1.4	0	0
74	0	0	1	1.4	1	5
75	5	6.8	5	6.8	0	0
76	0	0	1	1.4	0	0
77	1	1.4	1	1.4	0	0
78	0	0	2	2.7	0	0
79	4	5.5	3	4.1	1	5
80	3	4.1	0	0	0	0
81	0	0	3	4.1	0	0
82	1	1.4	0	0	1	5
83	2	2.7	2	2.7	2	10
84	0	0	4	5.5	0	0
85	1	1.4	1	1.4	0	0
86	2	2.7	3	4.1	0	0
87	0	0	2	2.7	0	0
88	1	1.4	5	6.8	0	0
89	1	1.4	3	4.1	3	15
90	1	1.4	3	4.1	1	5
92	1	1.4	1	1.4	1	5
93	2	2.7	1	1.4	1	5
94	0	0	4	5.5	0	0
96	0	0	1	1.4	0	0
97	1	1.4	4	5.5	0	0
100	14	19.2	2	1.1	2	10
104	2	2.7	0	0	0	0
106	0	0	1	1.4	0	0
107	1	1.4	0	0	0	0
108	2	2.7	0	0	0	0
109	0	0	1	1.4	0	0
113	1	1.4	0	0	0	0
114	1	1.4	0	0	0	0
115	1	1.4	0	0	0	0
120	2	2.7	0	0	0	0
121	1	1.4	0	0	0	0
122	1	1.4	0	0	0	0
125	3	4.1	1	1.4	0	0
142	1	1.4	0	0	0	0
164	1	1.4	0	0	0	0
TOTAL:	73	100	73	100	20	100
MEDIA:	59.74		84.51		77.55	
DESV. EST:	23.08		13.62		16.43	
MINIMO:	33		40		41	
MAXIMO:	164		125		100	

tabla 10.2 :COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA DE LENGUAJE
EN LA SALA DE CASA RECEPCION

CDEF.AREA LENGUAJE Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
39	1	11.1	0	0.0	0	0.0
47	0	0.0	0	0.0	1	25.0
54	0	0.0	1	11.1	0	0.0
56	1	11.1	0	0.0	0	0.0
58	0	0.0	1	11.1	0	0.0
68	1	11.1	0	0.0	0	0.0
70	1	11.1	0	0.0	0	0.0
79	1	11.1	0	0.0	0	0.0
84	0	0.0	1	11.1	0	0.0
85	0	0.0	1	11.1	0	0.0
89	1	11.1	0	0.0	2	50.0
90	0	0.0	0	0.0	1	25.0
92	0	0.0	1	11.1	0	0.0
94	0	0.0	2	22.2	0	0.0
96	0	0.0	1	11.1	0	0.0
97	0	0.0	1	11.1	0	0.0
100	1	11.1	0	0.0	0	0.0
125	1	11.1	0	0.0	0	0.0
142	1	11.1	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	9	100	9	100	4	100

MEDIA:	85.33	83.78	78.75
DESV. EST:	30.90	15.47	18.34
MINIMO:	39	54	47
MAXIMO:	142	97	90

tabla 10.3 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA DE LENGUAJE
EN LA SALA DE ENFERMERIA

COEF. AREA LENGUAJE Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
33	1	3.2	0	0.0	0	0.0
50	1	3.2	0	0.0	1	12.5
53	1	3.2	0	0.0	0	0.0
58	2	6.5	0	0.0	0	0.0
60	0	0.0	1	3.2	0	0.0
66	0	0.0	1	3.2	0	0.0
67	0	0.0	1	3.2	1	12.5
68	0	0.0	1	3.2	1	12.5
69	0	0.0	1	3.2	0	0.0
70	1	3.2	0	0.0	0	0.0
72	0	0.0	1	3.2	0	0.0
75	3	9.7	2	6.5	0	0.0
78	0	0.0	2	6.5	0	0.0
79	1	3.2	0	0.0	1	12.5
80	1	3.2	0	0.0	0	0.0
81	0	0.0	1	3.2	0	0.0
82	0	0.0	0	0.0	1	12.5
84	0	0.0	1	3.2	0	0.0
86	0	0.0	3	9.7	0	0.0
88	0	0.0	2	6.5	0	0.0
89	0	0.0	3	9.7	0	0.0
90	0	0.0	1	3.2	0	0.0
93	0	0.0	1	3.2	1	12.5
97	0	0.0	1	3.2	0	0.0
100	11	35.5	5	16.1	2	25.0
104	1	3.2	0	0.0	0	0.0
106	0	0.0	1	3.2	0	0.0
108	1	3.2	0	0.0	0	0.0
109	0	0.0	1	3.2	0	0.0
113	1	3.2	0	0.0	0	0.0
120	2	6.5	0	0.0	0	0.0
122	1	3.2	0	0.0	0	0.0
125	2	6.5	1	3.2	0	0.0
164	1	3.2	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	34	100	21	100	5	...

MEDIA:	93.77	86.90	79.88
DESV. EST:	26.65	14.22	16.53
MINIMO:	33	60	50
MAXIMO:	164	125	100

tabla 10.4 COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA DE LENGUAJE
EN LA SALA DE LACTANTES

COEF. AREA LENGUAJE Puntaje	PRIMERA VALORACION frec.	VALORACION %	SEGUNDA VALORACION frec.	VALORACION %	TERCERA VALORACION frec.	VALORACION %
67	1	4.3	0	0.0	0	0.0
68	0	0.0	0	0.0	1	16.7
70	0	0.0	1	4.3	0	0.0
71	1	4.3	0	0.0	0	0.0
75	1	4.3	3	13.0	0	0.0
76	0	0.0	1	4.3	0	0.0
77	1	4.3	1	4.3	0	0.0
79	1	4.3	3	13.0	0	0.0
80	1	4.3	0	0.0	0	0.0
81	0	0.0	1	4.3	0	0.0
82	1	4.3	0	0.0	0	0.0
83	1	4.3	1	4.3	2	33.3
84	0	0.0	2	8.7	0	0.0
86	2	8.7	0	0.0	0	0.0
87	0	0.0	1	4.3	0	0.0
88	1	4.3	2	8.7	0	0.0
89	0	0.0	0	0.0	1	16.7
90	1	4.3	2	8.7	0	0.0
92	1	4.3	0	0.0	1	16.7
93	2	8.7	0	0.0	0	0.0
94	0	0.0	2	8.7	0	0.0
97	1	4.3	0	0.0	0	0.0
100	2	8.7	3	13.0	0	0.0
104	1	4.3	0	0.0	0	0.0
107	1	4.3	0	0.0	0	0.0
108	1	4.3	0	0.0	0	0.0
114	1	4.3	0	0.0	0	0.0
115	1	4.3	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	23	100	23	100	6	100

MEDIA:	90.57	84.70	80.33
DESV. EST:	13.40	8.61	9.62
MINIMO:	63	70	67
MAXIMO:	115	100	92

tabla 10.5 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA DE LENGUAJE
EN LA SALA DE MATERNALES

COEF. AREA LENGUAJE Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
41	0	0.0	0	0.0	1	50.0
45	0	0.0	1	10.0	0	0.0
56	0	0.0	1	10.0	0	0.0
65	1	10.0	1	10.0	0	0.0
67	1	10.0	0	0.0	0	0.0
68	1	10.0	0	0.0	0	0.0
70	1	10.0	0	0.0	0	0.0
74	0	0.0	1	10.0	1	50.0
75	1	10.0	0	0.0	0	0.0
79	1	10.0	0	0.0	0	0.0
80	1	10.0	0	0.0	0	0.0
81	0	0.0	1	10.0	0	0.0
83	1	10.0	1	10.0	0	0.0
85	1	10.0	0	0.0	0	0.0
87	0	0.0	1	10.0	0	0.0
88	0	0.0	1	10.0	0	0.0
97	0	0.0	2	20.0	0	0.0
121	1	10.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	10	100	10	100	2	100

MEDIA:	79.30	77.50	57.50
DESV. EST:	15.41	16.40	16.50
MINIMO:	65	45	41
MAXIMO:	121	97	74

Tabla 11.1 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA PERSONAL-SOCIAL
EN LA POBLACION GENERAL

COEF. PERSONAL-SOCIAL Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
50	2	2,7	0	0	0	0
53	0	0	1	1,4	0	0
56	3	4,1	0	0	0	0
57	1	1,4	0	0	0	0
58	0	0	1	1,4	0	0
59	0	0	1	1,4	0	0
70	0	0	1	1,4	0	0
71	0	0	1	1,4	0	0
72	0	0	2	2,7	0	0
73	0	0	0	0	1	1,4
75	1	1,4	2	2,7	2	2,7
76	1	1,4	0	0	0	0
77	0	0	1	1,4	0	0
78	1	1,4	1	1,4	1	1,4
79	2	2,7	1	1,4	0	0
80	4	5,5	0	0	0	0
81	1	1,4	1	1,4	0	0
83	1	1,4	1	1,4	0	0
84	1	1,4	5	6,8	1	1,4
85	0	0	2	2,7	1	1,4
86	2	2,7	1	1,4	0	0
87	2	2,7	1	1,4	1	1,4
88	4	5,5	1	1,4	1	1,4
89	1	1,4	6	8,2	0	0
90	3	4,1	1	1,4	0	0
92	2	2,7	3	4,1	0	0
93	0	0	2	2,7	0	0
94	1	1,4	1	1,4	0	0
96	1	1,4	1	1,4	0	0
97	0	0	0	0	1	1,4
100	9	12,3	18	24,7	3	4,1
103	0	0	1	1,4	0	0
104	3	4,1	1	1,4	0	0
105	1	1,4	1	1,4	0	0
106	1	1,4	0	0	1	1,4
107	3	4,1	3	4,1	2	2,7
108	3	4,1	1	1,4	1	1,4
109	1	1,4	1	1,4	0	0
110	1	1,4	1	1,4	0	0
111	1	1,4	0	0	1	1,4
113	1	1,4	3	4,1	1	1,4
114	3	4,1	0	0	1	1,4
116	0	0	1	1,4	0	0
117	3	4,1	1	1,4	0	0
120	1	1,4	0	0	0	0
123	0	0	0	0	1	1,4
124	0	0	1	1,4	0	0
125	4	5,5	1	1,4	0	0
129	1	1,4	0	0	0	0
131	0	0	1	1,4	0	0
138	1	1,4	0	0	0	0
150	2	2,7	0	0	0	0
TOTAL:	73	100	73	100	20	27,3

MEJIA: 97,89 94 96,55
 DESV. EST.: 20,27 14,47 14,56
 MINIMO: 50 53 73
 MAXIMO: 150 131 123

tabla 11.2 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA PERSONAL-SOCIAL
EN LA SALA DE CASA RECEPCION

COEF.PERSONAL-SOCIAL Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
75	0	0.0	1	11.1	0	0.0
77	0	0.0	1	11.1	0	0.0
80	1	11.1	0	0.0	0	0.0
83	1	11.1	0	0.0	0	0.0
84	0	0.0	1	11.1	0	0.0
87	1	11.1	0	0.0	1	25.0
90	1	11.1	0	0.0	0	0.0
94	1	11.1	0	0.0	0	0.0
100	0	0.0	2	22.2	0	0.0
104	1	11.1	1	11.1	0	0.0
106	0	0.0	0	0.0	1	25.0
109	1	11.1	0	0.0	0	0.0
110	0	0.0	1	11.1	0	0.0
111	0	0.0	0	0.0	1	25.0
113	0	0.0	1	11.1	0	0.0
114	0	0.0	0	0.0	1	25.0
125	1	11.1	1	11.1	0	0.0
150	1	11.1	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	9	100	9	100	4	100

MEDIA:	102.44	98.67	104.50
DESV. EST:	21.51	18.00	10.50
MINIMO:	80	75	87
MAXIMO:	150	125	114

tabla 11.3 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA PERSONAL-SOCIAL
EN LA SALA DE ENFERMERIA

COEF. PERSONAL-SOCIAL puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	%	frec.	%	frec.	%
50	1	3.2	0	0.0	0	0.0
53	0	0.0	1	3.2	0	0.0
60	3	9.7	0	0.0	0	0.0
67	1	3.2	0	0.0	0	0.0
68	0	0.0	1	3.2	0	0.0
69	0	0.0	1	3.2	0	0.0
72	0	0.0	2	6.5	0	0.0
75	1	3.2	1	3.2	1	12.5
79	1	3.2	0	0.0	0	0.0
80	2	6.5	0	0.0	0	0.0
84	1	3.2	1	3.2	1	12.5
85	0	0.0	0	0.0	1	12.5
86	0	0.0	1	3.2	0	0.0
88	2	6.5	1	3.2	1	12.5
89	1	3.2	6	19.4	0	0.0
90	1	3.2	0	0.0	0	0.0
92	0	0.0	3	9.7	0	0.0
93	0	0.0	1	3.2	0	0.0
100	7	22.6	9	29.0	2	25.0
103	0	0.0	1	3.2	0	0.0
107	0	0.0	1	3.2	1	12.5
108	3	9.7	0	0.0	0	0.0
113	1	3.2	1	3.2	1	12.5
117	1	3.2	0	0.0	0	0.0
120	1	3.2	0	0.0	0	0.0
125	2	6.5	0	0.0	0	0.0
138	1	3.2	0	0.0	0	0.0
150	1	3.2	0	0.0	0	0.0
TOTAL:	31	100	31	100	8	100

NEDIA:	95.55	90.10	94.00
DESV. EST:	23.18	12.87	12.14
MINIMO:	50	53	75
MAXIMO:	150	113	113

tabla 11.4 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA PERSONAL-SOCIAL
EN LA SALA DE LACTANTES

COEF.PERSONAL-SOCIAL Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	OX	frec.	OX	frec.	OX
50	1	4.3	0	0	0	0
73	0	0	0	0	1	16.7
75	0	0	0	0	1	16.7
79	0	0	1	4.3	0	0
81	0	0	1	4.3	0	0
83	0	0	1	4.3	0	0
94	0	0	3	13	0	0
85	0	0	1	4.3	0	0
86	2	8.7	0	0	0	0
87	1	4.3	0	0	0	0
88	2	8.7	0	0	0	0
90	1	4.3	1	4.3	0	0
94	0	0	1	4.3	0	0
96	1	4.3	1	4.3	0	0
100	2	8.7	6	26.1	1	16.7
105	1	4.3	1	4.3	0	0
106	1	4.3	0	0	0	0
107	3	13	1	4.3	1	16.7
108	0	0	1	4.3	1	16.7
109	0	0	1	4.3	0	0
110	1	4.3	0	0	0	0
111	1	4.3	0	0	0	0
114	3	13	0	0	0	0
116	0	0	1	4.3	0	0
117	1	4.3	1	4.3	0	0
123	0	0	0	0	1	16.7
124	0	0	1	4.3	0	0
125	1	4.3	0	0	0	0
129	1	4.3	0	0	0	0
TOTAL:	23	100	23	100	6	100

MEDIA:	101.61	97.65	97.67
DESV. EST:	16.39	12.25	18.09
MINIMO:	50	79	73
MAXIMO:	129	124	123

tabla 11.5 : COEFICIENTE DE DESARROLLO DEL AREA PERSONAL-SOCIAL
EN LA SALA DE MATERNALES

COEF.PERSONAL-SOCIAL Puntaje	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
	frec.	OX	frec.	OX	frec.	OX
70	0	0	1	10	0	0
71	0	0	1	10	0	0
76	1	10	0	0	0	0
78	1	10	1	10	1	50
79	1	10	0	0	0	0
80	1	10	0	0	0	0
81	1	10	0	0	0	0
85	0	0	1	10	0	0
87	0	0	1	10	0	0
92	2	20	0	0	0	0
93	0	0	1	10	0	0
97	0	0	0	0	1	50
100	0	0	1	10	0	0
104	2	20	0	0	0	0
107	0	0	1	10	0	0
113	0	0	1	10	0	0
117	1	10	0	0	0	0
131	0	0	1	10	0	0
TOTAL:	10	100	10	100	2	100

MEDIA:	90.3	93.5	87.5
DESV. EST:	13.3	18.51	9.5
MINIMO:	76	70	79
MAXIMO:	117	131	97

tabla 19.1 : AREAS DEL DESARROLLO MAS AFECTADAS
EN LA POBLACION GENERAL

NUM.	AREAS DEL DESARROLLO	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
		frec.	%	frec.	%	frec.	%
1	MOTOR GRUESA	0	0.0	3	4.1	2	10.0
2	MOTOR FINA	1	1.4	2	2.7	1	5.0
3	AUTOCUIDADO	3	4.1	8	11.0	2	10.0
4	SOCIAL	3	4.1	4	5.5	1	5.0
5	MOT.GRUESA + FINA	1	1.4	0	0.0	0	0.0
6	MOTOR G. + AUTOGUI.	3	4.1	4	5.5	1	5.0
7	MOT.GRUESA + SOCIAL	4	5.5	5	6.8	1	5.0
8	MOT.FINA + AUTOGUI.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9	MOT.FINA + SOCIAL	2	2.7	1	1.4	0	0.0
10	AUTOGUID. + SOCIAL	15	20.5	8	11.0	3	15.0
11	MOT.G. + FINA + SOC.	2	2.7	3	4.1	2	10.0
12	MOT. G + FINA + AUTO	1	1.4	1	1.4	0	0.0
13	MOT. F + AUTO. + SOC	1	1.4	0	0.0	0	0.0
14	MOT. G + AUTO. + SOC	0	0.0	2	2.7	0	0.0
15	TODAS	4	5.5	7	9.6	1	5.0
16	NINGUNA	33	45.2	25	34.2	6	30.0
TOTAL:		73	100	73	100	20	100

tabla 19.2 : AREAS DEL DESARROLLO MAS AFECTADAS
EN LA SALA DE CASA RECEPCION

NUM.	AREAS DEL DESARROLLO	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
		frec.	%	frec.	%	frec.	%
1	MOTOR GRUESA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2	MOTOR FINA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3	AUTOCUIDADO	1	11.1	2	22.2	1	25.0
4	SOCIAL	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5	MOT.GRUESA + FINA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6	MOTOR G. + AUTOGUI.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7	MOT.GRUESA + SOCIAL	1	11.1	1	11.1	0	0.0
8	MOT.FINA + AUTOGUI.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9	MOT.FINA + SOCIAL	1	11.1	0	0.0	0	0.0
10	AUTOGUID. + SOCIAL	1	11.1	1	11.1	0	0.0
11	MOT.G. + FINA + SOC.	0	0.0	0	0.0	1	25.0
12	MOT. G + FINA + AUTO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
13	MOT. F + AUTO. + SOC	0	0.0	0	0.0	0	0.0
14	MOT. G + AUTO. + SOC	0	0.0	1	11.1	0	0.0
15	TODAS	3	33.3	1	11.1	0	0.0
16	NINGUNA	2	22.2	3	33.3	2	50.0
TOTAL:		9	100	9	100	4	100

Tabla 19.3 : AREAS DEL DESARROLLO MAS AFECTADAS
EN LA SALA DE ENFERMERIA

NUM.	AREAS DEL DESARROLLO	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
		frec.	%	frec.	%	frec.	%
1	MOTOR GRUESA	0	0.0	2	6.5	1	12.5
2	MOTOR FINA	1	3.2	1	3.2	0	0.0
3	AUTOCUIDADO	1	3.2	2	6.5	1	12.5
4	SOCIAL	2	6.5	1	3.2	0	0.0
5	MOT.GRUESA + FINA	1	3.2	0	0.0	0	0.0
6	MOTOR G. + AUTOCUI.	1	3.2	4	12.9	1	12.5
7	MOT.GRUESA + SOCIAL	1	3.2	2	6.5	1	12.5
8	MOT.FINA + AUTOCUI.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9	MOT FINA + SOCIAL	1	3.2	1	3.2	0	0.0
10	AUTOCUID. + SOCIAL	5	16.1	1	3.2	1	12.5
11	MOT.G. + FINA + SOC.	1	3.2	3	9.7	0	0.0
12	MOT. G + FINA + AUTO	1	3.2	1	3.2	0	0.0
13	MOT. F + AUTO. + SOC	0	0.0	0	0.0	0	0.0
14	MOT. G + AUTO. + SOC	0	0.0	1	3.2	0	0.0
15	TODAS	0	0.0	4	12.9	1	12.5
16	NINGUNA	16	51.6	8	25.8	2	25.0
TOTAL:		31	100	31	100	8	100

Tabla 19.4 : AREAS DEL DESARROLLO MAS AFECTADAS
EN LA SALA DE LACTANTES

NUM.	AREAS DEL DESARROLLO	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
		frec.	%	frec.	%	frec.	%
1	MOTOR GRUESA	0	0.0	1	4.3	1	16.7
2	MOTOR FINA	0	0.0	1	4.3	1	16.7
3	AUTOCUIDADO	1	4.3	4	17.4	0	0.0
4	SOCIAL	0	0.0	1	4.3	1	16.7
5	MOT.GRUESA + FINA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6	MOTOR G. + AUTOCUI.	2	8.7	0	0.0	0	0.0
7	MOT.GRUESA + SOCIAL	2	8.7	2	8.7	0	0.0
8	MOT.FINA + AUTOCUI.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9	MOT FINA + SOCIAL	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10	AUTOCUID. + SOCIAL	2	8.7	3	13.0	2	33.3
11	MOT.G. + FINA + SOC.	1	4.3	0	0.0	0	0.0
12	MOT. G + FINA + AUTO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
13	MOT. F + AUTO. + SOC	0	0.0	0	0.0	0	0.0
14	MOT. G + AUTO. + SOC	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15	TODAS	1	4.3	1	4.3	0	0.0
16	NINGUNA	14	60.9	10	43.5	1	16.7
TOTAL:		23	100	23	100	6	100

tabla 19.5 : AREAS DEL DESARROLLO MAS AFECTADAS
EN LA SALA DE MATERNALES

NUM.	AREAS DEL DESARROLLO	PRIMERA VALORACION		SEGUNDA VALORACION		TERCERA VALORACION	
		frec.	%	frec.	%	frec.	%
1	MOTOR GRUESA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
2	MOTOR FINA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
3	AUTOCUIDADO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4	SOCIAL	1	10.0	2	20.0	0	0.0
5	MOT. GRUESA + FINA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
6	MOTOR G. + AUTOCUI.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7	MOT. GRUESA + SOCIAL	0	0.0	0	0.0	0	0.0
8	MOT. FINA + AUTOCUI.	0	0.0	0	0.0	0	0.0
9	MOT FINA + SOCIAL	0	0.0	0	0.0	0	0.0
10	AUTOCUID. + SOCIAL	7	70.0	3	30.0	0	0.0
11	MOT. G. + FINA + SOC.	0	0.0	0	0.0	1	50.0
12	MOT. G + FINA + AUTO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
13	MOT. F + AUTO. + SOC	1	10.0	0	0.0	0	0.0
14	MOT. G + AUTO. + SOC	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15	TODAS	1	10.0	1	10.0	0	0.0
16	NINGUNA	0	0.0	4	40.0	1	50.0
	TOTAL	10	100	10	100	2	100

REFERENCIAS

- 1.-Bagnato S. & Mayes S. (1986): "Patterns of developmental and behavioral progress for young brain-injured children during interdisciplinary intervention" *Developmental Neuropsychology* vol.2(3).
- 2.-Bakeman R., Adamson L.B., Konner M., Barr R.G. (1990) : "Kung infancy: the social context of object exploration" *Child Development*, vol 61(3), jun , pº 794-809.
- 3.-Bernstein J. (1956): "Guía para la aplicación del test de diagnóstico del desarrollo del Gesell", Ed. Paidós, México.
- 4.-Bijou S.W. (1976): "Child development: the basic stage of early childhood" Ed. Prentice-Hall.
- 5.-Bowlby J. (1972) : "Cuidado maternal y amor" Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- 6.-Boy G.E., García L.A. y Torreblanca N.A. (1985): "Importancia del vínculo materno-filial en el sentimiento de seguridad " *Revista Mexicana de Psicología* Vol. 2 (1), enero-junio, pº 29 a 32.
- 7.-Breckenridge M. & Nesbitt M. (1973): "Crecimiento y desarrollo del niño" Ed. Interamericana, México.
- 8.-Cratty B.J. (1978): "Desarrollo perceptual y motor en los niños" ed. Paidós, México.
- 9.-Dennis W. y McGraw M.B. Cit. Razel & Micha "A reanalysis of the evidence for the genetic nature of early motor development" *Advances in Applied Developmental Psychology* vol 1 pº 171-211, 1985.
- 10.-Dolto F. (1977) : "Tener hijos, niños agresivos o niños agredidos" Ed. Paidós-Pomare.
- 11.-Downie N.M. & Hearsh R.W. (1986) : "Métodos estadísticos aplicados" Ed. Harla, México.
- 12.-Dukes L. & Buttertz T.J. (1982): "Comparison of two screening tests: Gesell Developmental test and Meeting Street School Screening test" *Perceptual and Motor Skills*, jun. vol.54.
- 13.-Dunn J. (1979) : "Inquietud y bienestar infantil" Ed. Morata.
- 14.-Erikson E. (1987): "Infancia y Sociedad" Ed. Paidós, México.

- 15.-Freud S. (1976): "Obras completas", Tomo XIX . Ed. Amorrortu, Buenos-Aires.
- 16.-Freud S. (1976): "Tres ensayos de una teoría sexual" Tomo VII [1905], Ed. Amorrortu.
- 17.-Gesell A. (1975): "El niño de 1 a 4 años" Ed. Paidós, México.
- 18.-Gesell A. & Amatruda C. (1989): "Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño" Ed. Paidós, México.
- 19.-Goldfarb W. (1946): "effects of psychological deprivation in infancy and subsequent simulation".
- 20.-Gonzalez Alvear y Santillán Leyva (1982): "La adopción de infantes", Tesis UNAM N°88, México.
- 21.-Gonzalez E. y Gonzalez A. (1980): " Importancia de la estimulación por personal preparado a niños institucionalizados" Tesis, UNAM n° 40, México.
- 22.-Goodyer I. (1990): "Family relationships, life events and childhood psychopathology", Journal of Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, Vol.31, p°161-192.
- 23.-Hall C.S. (1990) : " Compendio de psicología Freudiana " Ed. Paidós, México.
- 24.-Honig A.S. (1983):"Programming for preschoolers with special needs:how child development knowledge can help", Early-Child Development and Care, vol.11(2), p°165-196.
- 25.-Hopkins B. & Westra T. (1988): "Maternal handling and motor development an intracultural study" Genetic-Social and General Psychology Monographs; vol. 114 Aug.
- 26.-Hunt J. (1982): " Toward equalizing the developmental opportunities of infants and preeschool children " Journal of Social Issues, Win. vol. 38(4), p° 163-191.
- 26.-Krakow J. & Kopp C. (1983): "Effects of developmental delay on sustained attention in young children" Child-Development, oct. vol. 54, p° 1143-1155.
- 27.-Kromelow S., Harding C. y Touris M. (1990) : "The role of the father in the development of stranger sociability during the second year" American Journal of Orthopsychiatry, vol 60, october, p° 521 a 530.
- 28.-Labinowicz E. (1980): " Introducción a Piaget" Ed. Addison-Wesley.

- 29.-Lebovici S. & Soute M. (1973): "El conocimiento del niño a través del Psicoanálisis" Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- 30.-Lewis M. (1963) : "Desarrollo psicológico del niño" Ed. Interamericana, México.
- 31.-Maier H.W. (1971): " Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears" ed. Amorrortu.
- 32.-Mao Y. & Zhou Z. (1986): " A longitudinal study of the mental environment of children from birth to 36 months" Acta Psychologica Sinica, vol. 18, p^o113-122.
- 33.-Marcovich J. (1978): "El maltrato a los hijos" Ed. Edicol, México.
- 34.-Montes de Oca L. (1986): "Efectos de la edad de ingreso de los menores a Casa Cuna en el desarrollo de las áreas motriz, adaptativa lenguaje y personal social", Tesis UNAM n^o104, México.
- 35.-Newell. C.Kephart (1960):"The slow learner in the Classroom", Ed. Charles-C-Merrid.
- 36.-Paine P. & Pasquali L. (1983): "Is motor development really more advanced in third world infants ? " Perceptual and Motor Skills, vol. 57, Dec., p^o 729-730.
- 37.-Paine p. & Pasquali L. (1984) : " Postnatal growth and psychomotor development in small for gestacional age Brazilian infants" Developmental psychology; may, vol.20 p^o363-366.
- 38.-Pena I.C. , Teberg A.J. & Hoppen-Brouwers T. (1987): " The Gesell developmental schedule en hispanic low-birth weight infants during the first year of life", Infant behavior and development, vol.10 apr-jun, p^o199-216.
- 39.-Razel & Micha (1985): "A reanalysis of the evidence for the genetic nature of early motor development" Advances in Applied Developmental Psychology; vol.1 p^o 171-211.
- 40.-Roe J.M. & Feldman S. (1988): "Interactions with 3 month old infants.A comparison between Greek mothers and nstitutional Caregivers" International Journal of Behavioral Development Vol.11 (3), p^o 359-367.
- 41.-Romero Arenas L.M. (1989): " Maltrato al niño, un enfoque institucional y familiar" Tesis, UNAM n^o85, México.

- 42.-Russon A., Waite B.E. & Rochester M.J. (1990): " Direct caregiver intervention in infant peer social encounters". American Journal of Orthopsychiatry, vol 60 (3), July, p^o428-439.
- 43.-Sigman M., Cohen S.E., Beckwith L. & Topinka C. (1987) : "Task persistence in 2-year-old preterm infants in relation to subsequent attentiveness and intelligence", Infant behavior and development, vol 10, jul-sep, p^o295-305.
- 44.-Spitz R. (1965): "El primer año de vida del niño" Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- 45.-Stavenghagen G.R. (1956): " La imagen de la madre en el niño preescolar" Tesis UNAM N^o6, México.
- 46.-Tamis C.S. & Bornstein M.H. (1990) : " Language, play and attention at one year ", Infant Behavior and Development, vol 13, Jan-Mar, p^o85 a 98.
- 47.-Thelen E. (1989): "the rediscovery of motor development: learning new things from an old field" Developmental Psychology, Vol 25(6) p^o946-949.
- 48.-Vergnaud G., Clanet C. et C. Laterrasse (1975): " Dossier Wallon-Piaget ", Paris.
- 49.-Wallon H. (1968) : " La evolución psicológica del niño " Ed. Grijalbo, México.
- 50.-Winnicott D.W. (1954) : " El niño y el mundo externo " Ed. Paidós, México.
- 51.-Wolff S. (1969): "Trastornos psíquicos del niño: causas y tratamientos" Ed. Siglo XXI, México.
- 52.-Wylie R.C. (1990): "Mother's attributions to their young children: the verbal environment as a resource for children's selfconcept acquisition", Journal of personality, vol 58, jun, p^o419-441.
- 53.-Yakya H., Hossein M. & Abbas T. (1984): "Short communication: effects of environmental enrichment on the mental and psychomotor development of orphanage children " Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines vol. 25 (4), October, p^o 643-650.