



TESINA

**presentada para acceder al título de grado de la carrera de
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA**

Título:

**“Observación del desarrollo infantil en un espacio de educación viva de la ciudad
de Santa Fe. “**

Autor:

Vottero Lucio - 2880

Director:

Horacio Fernández.

Lic. en Kinesiología y Fisiatría. M.P. 582

Codirector:

Esteban Emanuel Godoy.

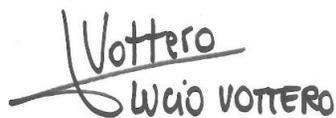
Lic. en Kinesiología y Fisiatría. M.P. 828

Lugar y Fecha de Presentación:

Santa Fe, Capital.

17/07/2023

Firma del Autor:

A handwritten signature in black ink that reads 'Vottero' in a cursive style, with 'Lucio VOTTERO' written in a simpler, blocky font underneath.

RESUMEN:

Introducción: El desarrollo infantil es un proceso de cambios físicos, psíquicos y emocionales que atraviesan todas las personas. Es una etapa vulnerable a las variaciones del entorno más cercano de un niño o una niña. Problemas como la violencia, el abuso, el maltrato o la indiferencia pueden tener repercusiones negativas en los primeros años de vida de una persona. Es importante que tanto la familia de un niño o una niña, como su espacio de educación inicial y los profesionales de la salud que lo/a han abordado/a, estén atentos a posibles variaciones, retrasos o alteraciones en su proceso de desarrollo. Para esto se precisa observar con atención el despliegue de sus potencialidades y realizar consultas a tiempo cuando se observen obstáculos o dificultades en su crecimiento.

Objetivo general: El objetivo de este estudio es observar mediante la implementación del Instrumento de Observación Desarrollo Infantil (IODI), las características y particularidades del desarrollo actual de niños entre 1 y 4 años que asisten a un espacio de educación viva ("Kunumi") de la Ciudad de Santa Fe.

Metodología: Para este propósito se solicitó un permiso mediante consentimiento informado a un total de 30 familias, de las cuales 27 participaron del estudio. Este mismo número de niños y niñas fueron observados en dos jornadas de jardín, pudiendo apreciar su despliegue corporal y sus características en búsqueda de retrasos o alteraciones del desarrollo típico.

Resultados: El 88,8% (24) de lo/as niño/as presentaron características de un neurodesarrollo típico según los indicadores que evalúa el IODI, el 7,4% (2) presentaron particularidades y constituyeron una sospecha por presentar signos de alarma, pero fueron desestimados al intercambiar información con las educadoras y el 3,7% (1) se constituyó como el único caso detectado de retraso madurativo del desarrollo.

Conclusiones: Se observaron características en común y entre subgrupos de distintas edades en la mayoría de lo/as niño/as observado/as que demuestran un neurodesarrollo típico y se detectó una niña con retraso madurativo del desarrollo.

Palabras clave: "Desarrollo Infantil"; "Observación"; "Developmental Disabilities" [MeSH]; "Neurodevelopmental Disorders" [MeSH]; "Early Intervention, Educational" [MeSH].

ÍNDICE:

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
	I.a) Pregunta de investigación.	3
II.	OBJETIVOS.	4
	II.a) Objetivo General.	4
	II.b) Objetivos específicos.	4
III.	MARCO TEÓRICO.	5
	III.a) La Observación.	5
	III.a) 1. Técnicas interactivas de observación.	6
	III.a) 2. Técnicas no interactivas de observación.....	6
	III.a) 3. Instrumento de Observación (IODI).....	7
	III.b) Desarrollo humano típico.....	9
	III.b) 1. Primer año de vida del desarrollo normal.....	9
	III.b) 2. 2do, 3er y 4to año de vida del desarrollo normal.....	14
	III.c) Desarrollo humano atípico.....	18
	III.c) 1. Primer año de vida del desarrollo patológico.....	18
	III.c) 2. 2do, 3er y 4to año de vida del desarrollo patológico.....	21
	III.d) La Educación Viva y su visión del desarrollo infantil.....	24
IV.	JUSTIFICACIÓN.	26
V.	METODOLOGÍA.	27
	V.a) Revisión Bibliográfica.	27
	V.b) Trabajo de campo observacional.....	28
VI.	RESULTADOS.....	31
	VI.a) Revisión bibliográfica.	31
	VI.b) Consideraciones específicas del IODI.	41
	VI.c) Resultados reflejados en gráficos y sus explicaciones.....	42
	VI.d) Caracterización de la población de estudio	45
	VI.e) Resultados de la entrevista semiestructurada.....	47
VII.	DISCUSIÓN.....	50
VIII.	CONCLUSIONES.....	58
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	60

X.	ANEXOS.	64
	X.a) Modelo de Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil...	64
	X.b) Fotos.....	65
	X.c) Modelo de entrevista semiestructurada.....	66
	X.d) Modelo de consentimiento informado.....	67

I. INTRODUCCIÓN:

El desarrollo infantil consiste en un proceso de crecimiento que experimenta una persona en sus primeros años de vida. Este crecimiento está influenciado por factores biológicos y socioculturales que mediante la interacción del individuo con su entorno más cercano en principio y de la sociedad en la que habita después, va conformando su composición física, su carácter y su personalidad. Es un proceso complejo de transformaciones internas y externas que atraviesa un sujeto y que se encuentra en constante movimiento, cambios y transformaciones¹.

El desarrollo infantil es gradual, cada nuevo aprendizaje o progreso se apoya en los anteriores. Primero aparece una capacidad, luego otra. Es un proceso fluido, organizado, propio e implícito, unido a la información sensorial, a la curiosidad y a la necesidad de la persona de investigar su entorno. Consiste en una gran variedad de adquisiciones, cuyas secuencias se superponen y enriquecen unas a otras. La evolución adecuada del proceso de crecimiento y desarrollo, se basa en la indemnidad y maduración normal del Sistema Nervioso Central (SNC) de un individuo y en la interacción con su medio ambiente².

Es necesario diferenciar desarrollo de maduración. La maduración es el modo mediante el cual un órgano adquiere todas sus posibilidades en base a lograr mecanismos que le permitan ejercer su óptima función. En el caso del sistema nervioso, se habla de maduración cuando la dotación genética y su estructura son alcanzadas por los procesos neurobiológicos que se desencadenan gracias a la influencia del medio ambiente. En cambio, el desarrollo es la senda, trayecto por el cual un ser humano con su biología llega a ser un sujeto del lenguaje y del deseo. El desarrollo requiere de la maduración y puesta a punto del sistema nervioso, el aparato neuromuscular y los órganos sensoriales³.

La población infantil, motivo de este estudio, es sensible y vulnerable a las variaciones del entorno en el que se desarrollan, sobre todo desde los inicios de la vida y durante los primeros 3 años. Problemas como la desnutrición, el bajo peso al nacer, los nacimientos prematuros y enfermedades de diversa índole, sumados a conflictos sociales o emocionales, como la violencia, el maltrato o abuso familiar, hacen que un gran número de niño/as experimente retrasos en su crecimiento, aumentando dicha vulnerabilidad y afectando su calidad de vida².

La expectativa acerca del desarrollo es evaluada en base a parámetros de maduración e integración de habilidades motoras y es habitual que cuando no aparecen de modo visible las adquisiciones esperadas en cada etapa, la preocupación se instale de inmediato. Ahora bien, ¿Qué constituye un problema en el desarrollo de un/a niño/a?; Por ejemplo, la ausencia de juego simbólico. Esto es para el jardín un indicador de que allí se manifiesta un problema y representa una importante señal de alerta. También lo son la imposibilidad de mantenerse concentrado/a durante pequeños lapsos, la falta de lenguaje, la ira descontrolada, la inhibición, el aislamiento, la incapacidad de adquirir modos de desplazamientos, pero principalmente, la falta de interés en el juego. Cuando un niño no juega, probablemente este sufriendo⁴.

En cambio, cuando un niño juega, se vincula con sus pares, tiene iniciativa, despliega su imaginación, resuelve conflictos, toma decisiones, aprende y crea. A través de sus acciones da a conocer a los adultos sus preocupaciones, sus miedos e intereses. El juego es el reflejo del mundo interno del niño, por lo tanto, es importante observar al niño o la niña en su vínculo con el juego, como así también, el vínculo que tiene con el adulto referente o cuidador/a (sea este un familiar o un/a educador/a) y la capacidad de estos para interpretar sus necesidades debido a que la manera en que un niño o niña se expresa, se comporta, y se relaciona con lo/as demás, aporta datos necesarios para su valoración⁵.

Para este propósito de observar se ha creado el Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI), con el objetivo de realizar el seguimiento de los niños mediante la observación de las pautas de desarrollo. Dicho instrumento fue validado por un grupo de expertos metodólogos para evaluar la validez y factibilidad de su implementación⁶. Se prioriza la intencionalidad del niño y la reciprocidad en la comunicación con el adulto, asegurando la observación de los aspectos vinculares. Otra función de este instrumento es la detección temprana de riesgos y signos de alarma a fin de realizar las intervenciones correspondientes. No es para realizar diagnóstico, ni para equipos especializados en desarrollo infantil. Tampoco reemplaza la observación clínica, ni el examen físico¹.

El/La Licenciado/a en Kinesiología y Fisiatría, como profesional de la salud que forma parte de este sector, tiene la función y la responsabilidad de promover la atención temprana de el/la niño/a de forma integral, contemplando aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales. Dicha atención integral, consiste en el conjunto de acciones y actuaciones de carácter preventivo, (entre ellas, una observación comprometida) de detección, diagnóstico e intervención oportuna que pueda mejorar una sintomatología y en ocasiones evitar que una patología se instaure como definitiva. He aquí algunas de las incumbencias que tiene el/la kinesiólogo/a en el ámbito de la educación preescolar: poder realizar una observación mediante un instrumento, intervenir junto con la familia en el desarrollo motor del niño y poder derivar a tiempo cuando se observen otras dificultades².

“Kunumi” es el nombre del espacio donde fue desarrollado este estudio y propone la educación viva como forma de acompañar a las infancias y a sus familias. La educación viva, consiste en una mirada particular acerca de la infancia, el desarrollo y el aprendizaje y sugiere respetar la conexión de cada ser con sus propios ritmos, necesidades, intereses, deseos y procesos. A través del juego libre (juegos sensorio-motrices, juego simbólico, y de representación), que tiene gran potencial en el desarrollo y la asimilación de experiencias y aprendizajes, los niños, exploran sus propias capacidades impulsados desde el deseo interno en interacción con un ambiente preparado y siendo acompañado/as por un equipo pedagógico⁷.

I.a) Pregunta de investigación:

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son las características y particularidades del desarrollo infantil observadas mediante la aplicación del IODI (Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil) en niños y niñas de 1 a 4 años que asisten al espacio de educación viva “Kunumi”, de la ciudad de Santa Fe?

II. OBJETIVOS:

Para responder a la pregunta de investigación planteada en la introducción, este trabajo cuenta con los siguientes objetivos:

II.a) OBJETIVO GENERAL:

Observar mediante la implementación del IODI, las características y particularidades actuales del desarrollo infantil de niñas y niños de 1 a 4 años que asisten al espacio de educación viva “Kunumi”, de la ciudad de Santa Fe.

II.b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Detectar posibles factores de riesgo y/o signos de alarma de retraso madurativo del desarrollo a través de la aplicación del IODI.
- Caracterizar a la población a estudiar según los indicadores del neurodesarrollo típico.
- Cruzar la información obtenida mediante la aplicación del IODI con las perspectivas de las familias recuperadas a través de entrevistas semiestructuradas.

III. MARCO TEÓRICO:

III.a) La Observación:

¿Qué significa observar y por qué es importante? Significa centrar la atención sobre un objeto o situación para identificar sus características. Es el punto de partida para conocer, valorar e intervenir en el proceso de crecimiento del niño o la niña. Permite recoger en forma sistemática y no intrusiva, datos acerca de las condiciones concretas de existencia, que resultan significativas en el marco de un sistema de referencia determinado. La observación es una vieja práctica cuya historia es muy rica y en la actualidad está recobrando importancia en el terreno que aquí interesa: el del conocimiento del niño¹.

La observación es una herramienta accesible, de bajo costo y muy enriquecedora al momento de obtener información sobre un sujeto o población de estudio. Aplicada correctamente sobre el objeto de estudio, en este caso, el desarrollo infantil, aporta información esclarecedora sobre situaciones particulares y procesos de cambio que atraviesan lo/as niño/as. A comparación de otros métodos, resulta una herramienta eficaz en relación a la recuperación de datos, siendo un método de recolección más directa. El/la observador/a debe adaptarse a las características de el/la o lo/as niño/as que esté observando. Es importante contar con la materialidad pertinente para obtener una pesquisa nutritiva. Es así, que, en el contexto de un jardín preescolar, se debe acceder a un espacio lo suficientemente amplio, luminoso, con disponibilidad de juguetes en el piso y sobre algún material que pueda higienizarse y aisle al niño o la niña de las bajas temperaturas⁸.

Cuando es realizada en conjunto con madres/padres/adultos que cuidan del niño o la niña, la herramienta de la observación proporciona elementos para el acompañamiento, intervención y apuntalamiento a la función de crianza y es una oportunidad para el profesional de comprender qué imagen tienen de su hijo/a y así ayudarles a ver al niño real, con sus capacidades y limitaciones. La práctica de la observación, requiere de la descripción de “indicadores” a través de los cuales se “hacen visibles” procesos psicológicos, orgánico-funcionales y aspectos transgeneracionales, culturales y del entorno que ejercen influencias en el proceso de desarrollo. La observación de bebés y niño/as en edad preescolar, realizada en forma grupal, demuestra una gran utilidad si es bien aplicada, y esto implica que quien observe, se adapte a las características de los sujetos, teniendo en cuenta que la presencia y forma de estar en el espacio influye en las actitudes de lo/as observado/as⁹.

III.a) 1. Técnicas interactivas de observación: Estas se caracterizan por la participación activa del observador con los sujetos o situaciones a observar y son las siguientes:

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

- **Entrevista semiestructurada:** Se diseña con el objetivo de obtener información que no puede observarse directamente. Se realizan mediante preguntas que funcionan como “disparadoras” de relatos de la situación de vida del niño o la niña. Estas entrevistas son altamente reveladoras de la situación de vida en tanto sean realizadas sin prejuicios ni juzgamientos.

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

III.a) 2. Técnicas no interactivas de observación:

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

- **Crónicas de observación:** Consisten en un pequeño y ágil relato de sucesos y acontecimientos directamente observables, que resultan significativos a los ojos del observador. En estas crónicas se consignan tanto indicadores positivos de evolución, como indicadores de alarma y riesgo. Entre las técnicas no interactivas de observación se cuentan también con el análisis de documentos (historias clínicas, legajos, análisis de videos y fotografías)¹⁰.

III.a) 3. Instrumento de Observación (IODI): finalidad, validación y antecedentes.

El Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) tiene el propósito y la finalidad principal de facilitar la tarea de observación durante los controles de salud del niño o la niña entre los 0 y 4 años. Es decir, es un instrumento ordenador que tiene como principal función, ordenar la práctica de observación del desarrollo infantil en sus diferentes etapas. Es o puede ser utilizado por pediatras, médico/as fisiatras, kinesiólogo/as, terapistas ocupacionales, psicomotricistas, y otro/as profesionales en las consultas del niño/a que se encuentra en salud o atravesando un proceso de rehabilitación física, además de poder ser utilizada en trabajos de investigación, como en este caso. Otra de las funciones del instrumento es la detección temprana de riesgos y signos de alarma de retraso madurativo del desarrollo a fin de realizar las intervenciones correspondientes. Dentro de las áreas que evalúa se encuentran las siguientes: Área Socioemocional; Área de la Comunicación; Área del Desarrollo motor y el Área de la Coordinación visomotora y cognitiva¹.

Su validación consistió en un proceso solicitado por el equipo de expertos y referentes encargados de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI) del Ministerio de Salud de la Nación, para evaluar la confiabilidad y factibilidad de un conjunto de indicadores mínimos de seguimiento del desarrollo infantil desde una perspectiva de salud integral y derechos.

El asesoramiento consistió en un proceso de 7 etapas y estas fueron las siguientes:

- 1- Acompañar en la selección y fundamentación de un set de indicadores mínimos para valorar el proceso de desarrollo durante la primera infancia (0 a 4 años) y la construcción de la herramienta y recomendaciones sobre el diseño del protocolo;
- 2- Validación de la suficiencia y pertinencia de la selección conceptual de un Grupo de Expertos (GE) y un Grupo de Expertos Ampliado (GEA);
- 3- Indagación de la viabilidad en la toma de observaciones en terreno a partir de un dispositivo de observación y seguimiento en la aplicación del protocolo;
- 4- Confiabilidad inter-observadores de los indicadores y la validez en la comprensión y aplicación de los mismos;
- 5- Construcción de una Base de Datos, carga, sistematización y procesamiento;
- 6- Análisis estadístico descriptivo, estadísticos de significación, análisis cualitativo y triangulación de fuentes e instrumentos y
- 7- Resultados, conclusiones y sugerencias.

Para la validez en campo se realizaron 110 observaciones de la consulta pediátrica llevadas a cabo por 29 profesionales de ambos sexos entre 29 y 53 años de edad, de distintos centros de salud del país. Los profesionales participantes contaban con diversa antigüedad en la profesión (entre 1 y 28 años) y eran residentes en pediatría, médicos de familia (generalistas) y en su mayoría pediatras. Se evaluó la aplicación del instrumento en consultas de niños de todas las edades que abarca el mismo (entre 0 y 47 meses). Los tiempos de duración de la consulta oscilaron entre los 5 y los 50 minutos siendo la mayoría entre los 15 y 20 minutos.

En cuanto al análisis de los aspectos favorables, la mayoría de los profesionales lo encontró útil como “ayuda memoria”, como “guía” o como “un instrumento ordenador”. Al ser interrogados acerca de este instrumento, los profesionales declaran que el mismo “es claro, rápido” y que “permite visibilizar el seguimiento del desarrollo”. Del mismo modo, cuando se les pregunto si realizarían algún cambio, los mismos refieren que no cambiarían los indicadores evaluados.

Dentro de los comentarios finales del proceso de validación, el GE y el GEA concluyen que no es una herramienta de tamizaje ni diagnóstica, sino un instrumento de observación y seguimiento de la evolución del desarrollo normal del niño/a en la consulta pediátrica. Cada indicador es independiente de los demás y su validación se fundamenta en el estado del arte y diferentes herramientas evaluativas, discutidas, seleccionadas y acordadas por expertos. En este sentido, es un conjunto de indicadores ya validados en extensa bibliografía por GE y GEA. Permite evaluar la presencia de signos de alarma en un sentido mucho más abarcativo que en las pruebas diagnósticas y de tamizaje para la identificación de patologías específicas. Por lo tanto, el objetivo central de este instrumento es su aplicación en las prácticas cotidianas del control del niño sano⁶.

En un estudio de campo realizado por Manjarin et al¹¹ se comparó el desempeño del IODI utilizando otra herramienta de evaluación del neurodesarrollo infantil como patrón de oro para su valoración. El estudio se propuso como objetivo, evaluar el desempeño del IODI, como prueba de vigilancia de trastornos del desarrollo utilizando la PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa) como patrón de oro. Consistió en un estudio prospectivo analítico de prueba diagnóstica que incluyó de forma aleatoria a 91 pacientes de 1 mes a 4 años siendo sus criterios de inclusión la edad mencionada, y la autorización de sus padres.

El estudio se desarrolló en el consultorio externo de clínica pediátrica del hospital general de niños Pedro de Elizalde (HGNPE) durante los meses de marzo a octubre del 2018. Se estimaron los valores de clivaje de sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivo y negativo (VPP y VPN) y las razones de verosimilitud positiva y negativa (RVP y RVN). Dentro de sus resultados se encontró que 24 niño/as no pasaron la PRUNAPE, de los cuales 21 tampoco pasaron el IODI. El estudio llegó a la conclusión que el desempeño del IODI versus la PRUNAPE mostró aceptable sensibilidad y valor predictivo negativo. El IODI mostró un desempeño aceptable como prueba de vigilancia de trastornos del desarrollo en comparación con la PRUNAPE y podría ser una herramienta de vigilancia confiable para la evaluación y el seguimiento del desarrollo infantil en el consultorio del pediatra.

En otro estudio desarrollado por Moretti et al¹² se investigó el desarrollo psicomotor temprano y si existían diferencias significativas en las diversas áreas de este desarrollo según la funcionalidad familiar desde la percepción materna. El diseño consistió en un estudio no experimental de alcance descriptivo con una muestra compuesta por 32 díadas madre-hijo/a de entre 12 y 27 meses de edad. Se administraron el IODI, la PRUNAPE y el FACES III. Se hallaron diferencias significativas en el desarrollo psicomotor de niño/as de edad temprana según tipo de cohesión y adaptabilidad familiar, entendiendo a la cohesión familiar como el grado de unión emocional entre los miembros de la familia y a la adaptabilidad familiar (vinculada a la capacidad de cambio) como la plasticidad para adecuarse a distintas circunstancias vitales que atraviesa la familia. Como conclusión se observó un desarrollo infantil temprano más favorable, específicamente en el área personal, social, del lenguaje y socioemocional en familias conectadas y flexibles.

III.b). Desarrollo humano típico^{13,14}.

A continuación, se describen características e hitos del desarrollo humano típico esperable de una persona dentro de su primer año de vida, es decir, los primeros 12 meses de vida extrauterina, divididas en 4 trimestres.

III.b) 1. Primer año de vida del desarrollo normal por trimestres. Imágenes¹⁵.

Antes de comenzar con la descripción cabe mencionar que en el primer año de vida se observan la mayor cantidad de modificaciones físicas y es por esto que se considera una etapa susceptible y vulnerable, durante la cual es necesario estar atento/as.

 **Primer trimestre:**

- **Área Socioemocional (SE):**

- En sus inicios el bebé prefiere permanecer en los brazos de su madre, en posición horizontal, contactando piel con piel. En los momentos de lactancia, toma contacto con ella a través de la mirada.
- Su sonrisa es refleja en principio y utiliza el llanto para manifestar estados de displacer. Al final del primer trimestre puede desviar su atención hacia el origen del estímulo que esté recibiendo.

- **Área Comunicación (C):**

- Reproduce sonidos guturales y pocos sonidos voluntarios. Puede emitir vocales y a veces unirlos a consonantes.
- Aparecen los primeros “agó, agú” acompañados de movimientos en las extremidades y mímica facial.

- **Área Desarrollo Motor (DM):**

- El bebé permanece en decúbito dorsal o supino (DD o DS) y aquí predomina la postura flexora de sus extremidades. Su cabeza se encuentra usualmente de lado, sus miembros superiores (MMSS) flexionados junto al cuerpo, su tronco en línea media y sus miembros inferiores (MMII) en tripleflexión.
- El movimiento de MMII se presenta por pataleos, “en masa” inicialmente y alternados después. Sus MMSS se elevan, pero aún no hasta la línea media.

- **Área Coordinación Visomotora y Cognitiva (CVMYC):**

- Fija la mirada en el rostro de su madre durante la lactancia o el cambiado.
- Percibe los objetos que son movilizados en su línea de visión a una distancia de 40-50cm hasta la línea media.
- Sus manos se empiezan a encontrar en la línea media y de allí parten juntas hacia la boca.



Imagen 1. Primer mes. / Imagen 2. Segundo mes / Imagen 3. Tercer mes.

 **Segundo trimestre:**

- **Área SE:**

- El llanto comienza a diferenciarse en distintos tipos: de hambre, de sueño, de dolor, etc.
- Comienza a distinguir rostros frecuentes de los infrecuentes.

- **Área C:**

- Mayores posibilidades fonatorias (gritos, risas, mayor emisión de sonidos).
- Aparecen sonidos labiales (“bbb”), fricativos (“fff”) y cerrados (“mmm”).
- Surgen los primeros silabeos: “mamama”, “papapa”, “tatata”.

- **Área DM:**

- En DD continua el posicionamiento de MMII en flexión y rotación externa. Desde aquí puede tocar sus piernas con las manos abiertas e intentar agarrar sus pies para llevárselos a la boca.
- Puede girar hacia el DV gracias a la actividad de glúteos y abdominales, y desde aquí realizar “apoyo corto” sobre sus antebrazos primero y “apoyo largo” sobre la palma de sus manos después para elevar el plano de contacto.

- **Área CVMyC:**

- Lleva las manos a su línea media corporal y de allí hacia la boca con mayor coordinación de tronco, cintura escapular y cabeza.
- Percibe los objetos que se encuentran a los costados de su cuerpo, los busca e intenta asirlos. Su prensión se da con las palmas de ambas manos abiertas y puede pasar un juguete de una mano a otra.

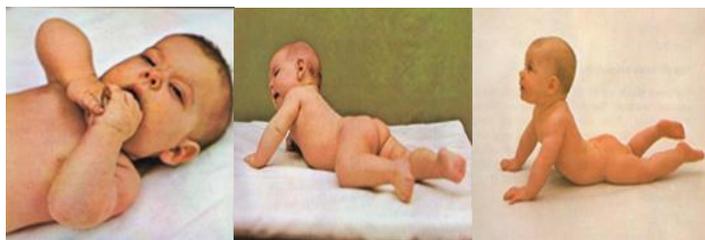


Imagen 4. Cuarto mes/Imagen 5. Quinto mes/Imagen 6. Sexto mes.

✚ Tercer trimestre:

- **Área SE:**

- En esta etapa empieza a reconocer a su madre como una persona separada de él/ella. Se angustia ante personas desconocidas y lo expresa llorando desconsoladamente (angustia de los 8 meses).
- Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza) con un repertorio más amplio de conducta, mejorando su socialización.

- **Área C:**

- Ensayo sonidos linguodentales: “tatatá-dadadá-nenené” con diferentes entonaciones e intensidades.
- Tiene la capacidad de vocalizar “con o sin voz”, apareciendo así el susurro.
- Empiezan a aparecer palabras con intención. Así es que los indiferenciados “mamamá” y “papapá” comienzan a adquirir valor de símbolos: mamá y papá.

- **Área DM:**

- El niño o la niña ya no siente conformidad con mantenerse en decúbito supino. Intenta girar hacia un lado, rueda, se arrastra y desliza.
- Desde el decúbito prono puede adoptar la posición de gateo, aún inestable y se vuelve a sentar cuando no se está movilizándose.
- Adquiere libertad de movimiento en los tres planos una vez adquirida la sedestación estable.

- **Área CVMYC:**

- Es capaz de tomar dos objetos distintos con las dos manos, chocarlos entre sí (gesto de aplaudir), lanzarlos con intención o soltarlos a voluntad.
- Aparece la distinción entre continente y contenido.



Imagen 7. Séptimo mes / Imagen 8. Octavo mes / Imagen 9. Noveno mes.

 **Cuarto trimestre:**

- **Área SE:**

- El desarrollo del lenguaje expresivo y la capacidad de socialización están ligados al desarrollo motor global y se asocian al proceso de verticalización de esta etapa.
- Da sus primeros pasos porque algo lo atrae.
- Adquiere la noción de permanencia del objeto.

- **Área C:**

- Es capaz de producir una gran cantidad de fonemas, gracias a la alta diferenciación que ha conseguido la motricidad lingual.
- Existe la comunicación de forma intencionada y verbal.
- Emite por lo menos una palabra con significado.
- Algunos objetos son nombrados con sonidos onomatopéyicos: “pppp” por la comida o “brbrbrbr” por el auto.

- **Área DM:**

- Desde sentado, puede pararse tomándose de objetos, utilizando la posición de caballero principalmente, y luego puede volver a descender a cuclillas o agachado (posiciones intermedias).
- Aparece el gateo propiamente dicho.
- Desde la cuadrupedia, alguno/as niño/as adoptan la posición plantígrada o “del oso” y de ahí se paran apoyándose en su propio cuerpo.
- Alguno/as caminan tomándose de los objetos o siendo acompañados por una persona.

- **Área CVMYC:**

- Aparece la pinza digital superior con la que pulgar e índice, ambos extendidos, toman objetos pequeños con precisión.
- Ejercita la prensión bimanual y simétrica, golpetea las manos o juguetes entre sí.



Imagen 10. Décimo mes. / Imagen 11. Onceavo mes. / Imagen 12. Doceavo mes.

III.b) 2. 2do, 3er y 4to año de vida del desarrollo normal:

A continuación, se describen algunas acciones que realizan la mayoría de los niños y las niñas de 1, 2 y 3 años de edad cronológica, según las áreas y variables que evalúa el IODI¹ y otros indicadores².

1 año de edad (entre 12 y 24 meses):

- **Área socioemocional (SE):**

- El niño realiza juegos simples si es estimulado por un adulto. Imita gestos, saluda, aplaude.
- Avisa algunas veces que se hizo pis o caca. El niño comienza a percibir y comunicar que está sucio, puede referir molestia y querer sacarse el pañal. Es una conducta precursora del control de esfínteres.

- **Área de la comunicación (C):**

- Dice “mamá” o “papá” con significado. Esto es preciso, y demuestra que ya identifica a sus padres y es capaz de llamarlos.
- Comprende consignas simples como “dame la mano” o “abrí la boca”. La comprensión de las consignas es tan importante en la comunicación como la expresión de la palabra.
- Dice por lo menos 1 (una) palabra o emite sonidos con significado. Esto lo hace por iniciativa propia y cuando lo hace, pronuncia con frecuencia una o más palabras con sentido inteligible.

- **Área Desarrollo Motor (DM):**

- Alrededor de los 12 meses, cuando está sentado, lo hace en “sentado largo”, esto es, con las piernas estiradas. Tiene buenas reacciones de apoyo anterior, lateral y posterior.
- La posición cuadrúpeda, tiene una variante: la posición plantígrada o “del oso”, elevando su centro de masa y contactando manos y pies con el suelo.
- Desde la posición anterior, se agarra de algo para ponerse de pie y permanece de pie por algunos momentos.
- Aún cerca de los 12 meses algunos niños caminan solos, otros, sienta tomado de la mano o apoyándose en los muebles.
- Hacia el año y medio, camina solo/a, sin asistencia, aunque el andar aún se encuentra en procesos madurativos, el equilibrio es deficitario y suelen tropezar o caer con frecuencia. Ya no precisan de los muebles y mientras están caminando pueden sostener un objeto con una o ambas manos.

- Hacia el decimoctavo mes, se observa buena alineación entre cabeza y tronco. Buen equilibrio en todas las posiciones, marcha independiente, con cambios de dirección, transferencias a posturas más bajas con triple flexión de miembros inferiores (MMII) y vuelta a la bipedestación (triple extensión).
- Pueden subir escalones sosteniéndose.
- Cerca de los dos años, se los puede observar transportando una pelota, pateándola con sus MMII si esto es de su interés.

- **Área Coordinación Visomotora y Cognitiva (CVMYC):**

- Pone algo en un recipiente, como un bloque de juguete y puede volver a sacarlo. Esta acción da cuenta del concepto de continente-contenido aprendido.
- Reconoce diferentes tamaños.
- Busca las cosas cuando los adultos las mueven del lugar donde las dejaron.
- Colabora para vestirse o desvestirse ofreciendo brazos o piernas para ponerse o sacarse la ropa. Esto indica intencionalidad, coordinación y participación en las actividades de cuidado.
- Logra comer solo parte del alimento. Intenta tomar un alimento, llevárselo a la boca y comer solo. Puede utilizar una cuchara o su propia mano. Incentivar al niño a que haga esto le ayudará a desarrollar mayor coordinación y autonomía.
- Reconoce y señala partes de su cuerpo.
- Garabatea. Puede realizar trazos firmes en un papel o superficie lisa. Realiza un garabato asignándole un significado. Este es un indicador de motricidad fina y desarrollo cognitivo.

-  **2 años de edad (entre 24 y 36 meses)**

- **Área SE:**

- Juega al lado de otro/as niños y niñas. Disfruta de jugar al lado de otro/as niños y niñas, aunque no jueguen a lo mismo o no interactúen. Está atento a lo que otro/as niños y niñas hacen, tiene conciencia de estas presencias y disfruta de ellas. Este es un indicador de la socialización inicial, donde se fomenta en el niño el desarrollo físico, social y cognitivo.
- Juega a dar de comer o hacer dormir a los muñecos. A partir de los dos años comienza a jugar con muñecos y puede dramatizar acciones familiares, darles de comer, hacerlos dormir, etc. Es un indicador de desarrollo de la subjetividad y representación de lo interno y externo, propio del juego simbólico.

- Pide algunas veces para hacer pis o caca. Es un indicador referido por los padres. Indica mayor madurez del niño en proceso hacia el control de esfínteres.

- **Área C:**

- Utiliza el "NO". Hace el gesto con la cabeza o con la palabra. Es un indicador del proceso de subjetivación, surgimiento de la autonomía e intencionalidad.

- Utiliza frases de dos palabras como ser "quiero agua" o "nene cayó". Las utiliza para expresar un acontecimiento, una acción o un deseo por propia iniciativa.

- Dice su nombre o sobrenombre. Es un indicador de identidad y progreso en la subjetivación.

- Señala al menos 2 partes del cuerpo cuando se le pregunta.

- Comprende órdenes simples como ser "dale esto a mamá" o "cerrá/abrí la puerta".

- **Área DM:**

- Patea una pelota.

- Corre.

- Sube varios escalones caminando con o sin ayuda.

- Come con cuchara.

- Usa las manos para girar cosas, como una manija de una puerta o desenroscar una tapa.

- Puede tirar una pelota con las dos manos.

- Salta levantando los dos pies.

- Puede pasar las páginas de un libro, cuando alguien más le está leyendo.

- **Área CVMyC:**

- Sostiene algo en una mano mientras usa la otra.

- Intenta usar las partes pequeñas de los juguetes.

- Juega con más de un objeto a la vez, por ejemplo, pone comida ficticia en un plato de juguete.

- Muestra habilidades sencillas para resolver problemas, por ejemplo, pararse sobre un banquito para alcanzar algo.

- Sigue instrucciones de dos pasos, como ser "deja ese juguete ahí y cerrá la puerta".

- Se saca o se pone alguna ropa solo. Logra ponerse o sacarse algunas prendas. Las medias, la ropa interior o la campera. Es un indicador de coordinación, intencionalidad de sus movimientos y participación en conductas de auto cuidado, precursoras de autonomía.

3 años de edad (entre 36 y 48 meses)

- **Área SE:**

- Si al dejarlo en el jardín, llora, logra calmarse a los pocos minutos. Nota la presencia de los demás niños y se pone a jugar con ellos.
- Muestra interés y disfruta de interactuar con otros niños. Indica grado de socialización con sus pares, mayor autonomía y que puede separarse de sus vínculos primarios.
- Espera su turno para jugar o hablar. Puede esperar que termine una acción otra persona para realizar la propia. Al comienzo, los tiempos de espera son más breves, y luego logra tolerar tiempos más largos. Indicador de desarrollo social y emocional.
- Logra el control de esfínteres durante el día. El niño puede concurrir sin pañales al jardín. Puede retener y controlarse hasta el momento en que pueda utilizar el baño. Indicador de desarrollo neurológico, madurativo y emocional que promueve la autonomía del niño.

- **Área C:**

- Conversa con sus vínculos conocidos utilizando por lo menos dos frases de intercambio.
- Hace preguntas con “quién”, “qué”, “dónde” o “por qué”.
- Dice la acción que está ocurriendo en una imagen o en un libro cuando se lo preguntan.
- Dice su nombre cuando se lo preguntan.
- Habla lo suficientemente bien como para que otros lo entiendan, la mayor parte del tiempo.
- Utiliza el “mío” o “yo”. Suele observarse en sus expresiones, el inicio de la utilización de los pronombres personales “yo” y “vos” y el posesivo “mío”. Indicador del desarrollo del lenguaje, comunicación y subjetivación.
- Puede hacer un relato sencillo en un lenguaje entendible y logra relatar un acontecimiento por ejemplo un juego, lo que le gusta del jardín o sus comidas preferidas.

- **Área DM:**

- Se pone la ropa solo/a.
- Usa el tenedor para comer.
- Puede correr sin dificultad. Logro de la coordinación y destreza motora, indicador del desarrollo motor.
- Puede hacer un salto “amplio”.

- **Área CVMyc:**

- Dibuja al menos un círculo. Logra cerrar el trazo en una figura circular. Es un indicador de madurez y coordinación viso-motora-cognitiva.
- Puede colocar los botones de su ropa.

III.c) Desarrollo humano atípico^{16,17}.

El propósito de este apartado es describir algunas de las características propias de aquello/as niño/as que han atravesado un desarrollo anormal o atípico. Las mismas, a continuación descritas, pueden ser tomadas como situaciones de riesgo o signos de alarma para poder realizar una intervención oportuna.

III.c) 1. Primer año de vida del desarrollo patológico (por trimestres).

Primer trimestre:

- **Área Socioemocional (SE):**

- No se calma cuando es alzado/a o acariciado/a por su cuidador/a.
- Su llanto es intenso y desconsolado.
- Presenta dificultad para establecer contacto con su madre o su entorno.
- No demuestra interés en observar, ni sonríe cuando es estimulado/a.

- **Área de la comunicación (C):**

- Produce pocos o ningún sonido. Su voz es aguda y quejumbrosa.

- **Área Desarrollo Motor (DM):**

- Sus extremidades y su tronco se presentan con marcada flexión, o en hiperextensión.
- Puede presentar flacidez o hipertonia.
- Sus movimientos se producen “en bloque”.
- Sus hombros se encuentran en retropulsión para compensar el déficit de control encefálico.
- Sus MMSS se encuentran en constante pronación.

- **Área Coordinación Visomotora y Cognitiva (CVMyc):**

- Se puede observar estrabismo de fluctuante a persistente.
- No percibe objetos ni personas.

- Al final del primer trimestre, no sobrepasa la línea media de su cuerpo con sus movimientos oculares.

 **Segundo trimestre:**

• **Área SE:**

- Presenta ausencia de sonrisa refleja, risa sonora o expresiones de alegría en su cara o cuerpo.

• **Área C:**

- Al hablarle no demuestra atracción por el rostro humano ni centra su atención en la boca del interlocutor.

- No responde a estímulos verbales.

- Su vocalización es pobre o ausente.

• **Área DM:**

- Es incapaz de rolar hacia los lados.

- Si es ubicado en DV presenta complicaciones para liberar su vía aérea al inicio, y en consecuencia no desarrolla el apoyo corto (sobre antebrazos), ni el apoyo largo (sobre las palmas de sus manos).

• **Área CVMYC:**

- Cualquier posicionamiento anómalo de sus MMSS (flexión marcada, hiperextensión, rotación interna o pronación) le impide llevar sus manos a la línea media y por ende no puede llevarlas juntas hacia la boca, tampoco contactarlas con sus MMII.

- La coordinación de cabeza, tronco, cinturas escapulares y MMSS es pobre o inexistente.

- El desarrollo de la prensión de objetos se ve alterado.

 **Tercer trimestre:**

• **Área SE:**

- No es posible distinguir su llanto al presentarse siempre con la misma tonalidad y de forma intensa.

- La angustia de los 8 meses se presenta más marcada aún al incomodarse frente a desconocidos y en los casos de pobre conexión de la díada madre-hijo/a.

- **Área C:**

- Su comunicación se ve alterada debido a sus déficits motrices y a la poca exploración de su entorno.
- No desarrolla sonidos de ningún tipo debido a que su musculatura de sostén (tronco y extremidades) no ofrecen un soporte adecuado a la musculatura intrínseca de cuello, cabeza y boca.

- **Área DM:**

- El niño o la niña permanece en DD (si no fue estimulado a adoptar otras posturas) sin intentar rolar hacia el DV. Esto es por incapacidad motriz o desinterés por explorar otras posturas.
- Si logra la sedestación, esta es inadecuada debido a un colapso de su tronco en flexión y mala alineación de su columna.
- No adopta el gateo como forma de desplazamiento. Podría adoptar otras formas no convencionales de deslizamiento o arrastre.

- **Área CVMYC:**

- Presenta complicaciones al momento de tomar un objeto o tener que soltarlo.
- El desarrollo de la pinza digital inferior y superior se encuentran alterados y, en consecuencia, su capacidad de prensión de objetos grandes y pequeños, respectivamente.

 **Cuarto trimestre:**

- **Área SE:**

- No existe contacto con su entorno debido a la fijación visual inexistente.
- La mala interacción con su madre, le produce emociones negativas.

- **Área C:**

- Fonación inadecuada o inexistente. El niño o la niña grita con fuerza sin modular volumen.
- No articula sílabas dobles, no expresa sonidos, ni imita los ajenos.

- **Área DM:**

- Presenta complicaciones para lograr la sedestación sin ayuda. En esta posición, su equilibrio es deficitario y las reacciones de apoyo anterior, laterales o posterior son inadecuadas o inexistentes.
- Se encuentra dificultada la bipedestación al no haber desarrollado las posiciones intermedias y no contar con el soporte desde sus MMII. No utiliza el mobiliario disponible para pararse y solo logra bipedestar con ayuda externa, pero cuando esta cesa, colapsa en sedestación.

- **Área CVMYC:**

- Mala coordinación de los músculos oculares y estrabismo.
- Mala coordinación ojo-mano-boca.
- No mira los objetos que toca.
- No fija su atención en objetos o personas, no los sigue con la mirada.

III.c) 2. 2do, 3er y 4to año de vida del desarrollo patológico.

Cualquiera sea la patología que presente el niño o la niña, se podrían observar las siguientes características:

-  **1 año de edad (entre 12 y 24 meses):**

- **Área Socioemocional (SE):**

- Aparecen trastornos emocionales. El niño reacciona con fastidio a sus imposibilidades motrices. Se angustia exageradamente frente a desconocidos o por el contrario presenta excesiva confianza.
- El proceso de control de esfínteres se ve alterado siendo que este es un indicador del desarrollo neurológico, madurativo y emocional, por lo tanto, el niño o la niña no percibe y no avisa que se hizo pis o caca.

- **Área de la Comunicación (C):**

- Al darle al niño una consigna simple como ser “dame la mano” o “abrí tu boca”, puede que no responda a este pedido debido a que no comprende lo que se le está pidiendo.
- Durante la consulta o en su cotidianeidad puede que el niño o la niña no emita sonidos con significados y en consecuencia no utilice el lenguaje como forma de expresión.

- **Área Desarrollo Motor (DM):**

- El niño o la niña es incapaz de caminar solo/a sin asistencia, debido a que no logró despegar su cuerpo de la superficie en su totalidad y por sus propios medios en etapas previas. No carga su propio peso sobre la base de sustentación de los pies y si logra bipedestarse ayudándose del mobiliario, su coordinación, estabilidad y consumo energético se ven comprometidos. No utiliza la caminata como forma de desplazamiento, lo que hace que se desplace por un espacio más reducido que aquel niño que sí camina.
- La autonomía en su alimentación es pobre o nula, necesita de una asistencia externa para alimentarse debido a que la coordinación mano-mano-boca no fue desarrollada con normalidad.

- **Área de la Coordinación Visomotora y Cognitiva (CVMyc):**

- El concepto de continente-contenido puede no estar presente en el niño o la niña. Puede que si se le presenta un juego que demande poner o sacar objetos dentro de un recipiente o se le pida que guarde un juguete, no lo haga.
- Si se le pregunta por alguna parte de su cuerpo, puede que no sepa reconocerlas.
- Al no haber desarrollado la motricidad fina de sus extremidades superiores, no es capaz de utilizar la pinza, por ejemplo, para dibujar.

 **2 años de edad (entre 24 y 36 meses).**

- **Área SE:**

- Presenta complicaciones al momento de jugar al lado de otro/as niño/as (juego paralelo) o en conjunto. No interactúa con otro/as debido a sus incapacidades motoras y/o cognitivas.
- No desarrolla el juego simbólico.

- **Área C:**

- Puede que no utilice el "NO" al momento de establecer un límite frente a otro/a niño/a o que lo utilice con frecuencia evidenciando incapacidad de compartir un juguete, por ejemplo.
- No expresa deseos, no puede armar frases o relatar un acontecimiento.
- Cuando se le pregunta por su nombre o sobrenombre puede no haber una respuesta.

- **Área DM:**

- Si se le ofrece una pelota, el niño o la niña, no la patea, debido a que no desarrolló equilibrio y coordinación unipodal.

- **Área CVMYC:**

- Es total o parcialmente dependiente al momento de vestirse o desvestirse. No colabora con las actividades de autocuidado.

-  **3 años de edad (entre 36 y 48 meses).**

- **Área SE:**

- Puede demostrar interés en interactuar con otro/as niño/as, pero presenta dificultades al momento de relacionarse. Su socialización se ve comprometida por lo que depende casi exclusivamente de sus vínculos primarios para poder socializar.
- Con respecto a los turnos para jugar o hablar puede que el entorno no comprenda sus ritmos, sus turnos no sean respetados, sea interrumpido en sus relatos o viceversa.

- **Área C:**

- Su lenguaje, comunicación y proceso de subjetivación se ven alterados por lo que no utiliza el “mío” o “yo” como sí utilizan otro/as niño/as de esta edad para establecer un límite con un juguete o pertenencia.

- **Área DM:**

- No sube escalones, ni trepa.
- No es capaz de correr, ni saltar.
- Sus capacidades motrices son limitadas.

- **Área CVMYC:**

- Si se le solicita que dibuje un círculo y se le muestra cómo hacerlo, puede que no pueda reproducirlo.

III.d) La Educación Viva y su visión del desarrollo infantil:

La educación viva se enmarca dentro de las pedagogías consideradas de “Educación Libre”. ¿Qué significa que la educación es libre? La educación libre se refiere al conjunto de pedagogías que abordan diferentes filosofías de las variadas corrientes actuales, relacionadas a la transformación del concepto de enseñar-aprender/aprender-enseñar. Entre estas pedagogías libres, por mencionar algunas se encuentran: La Educación Viva, Educación Waldorf, Método Montessori, Pedagogía de la Luz, Pestalozzi, entre otras¹⁸.

Las escuelas y jardines libres que hoy existen en este país, fueron inspiradas en la escuela viva que Ivana Jauregui y otras personas fundaron en una comunidad de Piracanga, en Brasil. Esta comunidad ha creado, entre otras cosas, una pedagogía propia que denominaron: Pedagogía Inkiri, que apunta al desarrollo integral del ser (físico, mental, emocional y espiritual). La escuela Inkiri, es una comunidad de aprendizaje que se desarrolla a través del autoconocimiento y la relación con la naturaleza. Fue reconocida por el Ministerio de Educación de Brasil como “Institución de referencia en innovación y creatividad en la educación básica en Brasil”. Este es el antecedente más cercano que existe en el país y es de donde se origina lo que hoy se conoce como educación viva en Argentina, debido a que los orígenes de la educación libre alternativa radican en Europa¹⁹

Se considera educación libre a toda pedagogía que se encuentre por fuera del sistema educativo tradicional (a excepción de algunas que fueron reconocidas por Ministerios de Educación de distintos países) y que busque generar lógicas y filosofías propias en conexión con las necesidades de los niños y niñas en sus procesos de crecimiento, desarrollo y aprendizaje, teniendo en cuenta los ritmos de la naturaleza humana y la esencia de cada niño/a. Con la educación viva se busca generar en el niño o la niña la conciencia sobre sus emociones, sus necesidades, la conexión con su propio cuerpo, generando vínculos de amor y confianza, alimentando su curiosidad por aprender, reflexionar y resolver situaciones, enmarcados siempre en un entorno natural. Además, se busca transmitir valores como la libertad, la igualdad, la solidaridad, la cooperación, la hospitalidad, el impulso de la creatividad y del placer, la responsabilidad, la comunicación y la espiritualidad²⁰.

La educación viva tiene base en la experimentación y descubrimiento desde el sentir de los niños y las niñas, y los reconoce capaces de elegir, con potencialidades personales y capacidad de autorregulación. Desde esta mirada, se considera aprendizaje a todo aquello que parte de un impulso propio, toda experiencia motivada intrínsecamente, sin sugerencias de los adultos y que engloba a toda la persona, con sus dimensiones psicomotrices, emocionales, sociales y cognitivas. Pretende ser una relación educativa basada en la aceptación y el respeto, permitiendo el desarrollo de todas las dimensiones o inteligencias de la persona (cognitivas, físicas, emocionales, expresivas, sociales, etc.), siendo uno de los principales objetivos, que los niños y las niñas mantengan conexión con su interior desde el reconocimiento de sus necesidades y deseos. El aprendizaje entonces, que parte del propio organismo, implica descubrir, tocar, sentir y explorar el entorno natural y social, con todos los sentidos y la implicación global de todas las dimensiones. Estos aprendizajes los permiten el movimiento y el juego libre, espontáneo, que son vivencias que desarrollan la expresión, el vínculo con lo/as demás, el conocerse a sí mismo/a y a su propio entorno²¹.

El espacio de educación viva donde se desarrolló este estudio (“Kunumí”) es el único espacio en la ciudad de Santa Fe que lleva adelante estas prácticas, estando hermanado con otro proyecto de educación viva de la localidad de Arroyo Leyes, denominado “Tierra Libre”.

IV. JUSTIFICACIÓN:

Este trabajo, de diseño observacional de corte transversal, mediante la aplicación del IODI, es una oportunidad para observar el proceso de desarrollo infantil de una manera comprometida; buscando promover, prevenir, y detectar oportunamente, factores de riesgo y signos de alarma de retraso madurativo del desarrollo. En cuanto al instrumento ordenador, se elaboró también para observar, simplemente, las particularidades del desarrollo infantil en sus diferentes etapas, siendo importante y necesario llevar a cabo un seguimiento cercano, detectar situaciones e intervenir para que el desarrollo del niño/a pueda permitirle interactuar socialmente y desplegar toda su capacidad lúdica e investigativa en el ámbito educativo y familiar.

Para que el equipo de salud (kinesiólogo/a incluido en este equipo) pueda acompañar a las familias en la crianza de sus hijo/as, se busca promover intervenciones en el primer nivel de atención (considerando al jardín preescolar parte de este nivel), como ser, estrategias de actuación cuando se observan obstáculos y dificultades, teniendo en cuenta que los primeros años de vida, son los más oportunos para favorecer y promover conductas saludables².

El jardín de infantes, o en el caso de este estudio, un espacio de educación viva/libre es, o podría ser, el lugar donde se lleve a cabo una detección temprana de dificultades que puedan manifestarse en los primeros años de vida y sean detectadas a través de una observación minuciosa y exhaustiva. Es habitual que se llame la atención a las familias acerca de las formas en que lo/as niño/as empiezan a desplegarse allí, y que aparecen como fallidas, sufrientes o dificultosas. Conllevan una gran responsabilidad que se vincula con el “darse cuenta”: mirar a los niños y niñas con atención, sabiendo que un señalamiento a tiempo, una intervención adecuada y atenta en los primeros años de vida, previene conflictos y patologías graves que pudieran desarrollarse posteriormente⁴

Para abordar las dificultades de lo/as niño/as es necesario entender lo que está ocurriendo y para eso se hace imprescindible mirar y analizar desde un pensamiento complejo. Además, realizar las intervenciones necesarias es fundamental para enriquecer el transcurrir de lo/as niño/as por el espacio educativo, por su entorno familiar y así promover un desarrollo sin complicaciones, favorecer su potencial y encontrar soluciones a los problemas detectados⁵.

V. METODOLOGÍA:

El diseño de este trabajo consistió principalmente en un estudio de campo de tipo observacional no participante de corte transversal. Primeramente, se realizó una revisión bibliográfica y posteriormente se procedió a intervenir en el campo de estudio con dos observaciones programadas y una entrevista semiestructurada.

V.a): Revisión bibliográfica:

Se revisaron las bases de datos obligatorias de ser consultadas. Estas fueron la Biblioteca del MinCyT, la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y la biblioteca de PubMed. El periodo de publicación de los estudios consultados estuvo comprendido entre los años 2013 y 2023 y los filtros aplicados fueron los siguientes: “Texto gratuito completo”; “Últimos 10 años” y “Trabajo Observacional”, siempre que estuvieran disponibles.

V.a) 1: Palabras Clave: Términos DeCS.

- “Desarrollo infantil”.
- “Desviaciones del Desarrollo Infantil”.
- “Intervención Temprana Educativa”
- “Observación”

V.a) 2: Palabras Clave: Términos MeSH.

- “Child Development” [MeSH]
- “Developmental Disabilities” [MeSH]
- “Neurodevelopmental Disorders” [MeSH]
- “Early Intervention, Educational” [MeSH]

V.a) 3: Combinación de términos en español.

En la BVS:

- (Observación) AND (Desarrollo Infantil): esta combinación de palabras clave introducidas en la BVS junto con los filtros antes mencionados arroja un resultado de 68 artículos. De estos, fueron seleccionados 6 artículos.
- (Desarrollo Infantil) AND (Intervención Temprana, Educativa): Se aplicó esta combinación de palabras clave en la BVS, en conjunto con los filtros mencionados, arrojando un resultado de 141 artículos de los cuales ninguno fue tomado en cuenta.

V.a) 4: Combinación de términos en inglés.

En PubMed:

- ("Observation" [MeSH]) AND ("Child Development" [MeSH]): La combinación de estos términos MeSH introducidos en PubMed, arroja un resultado de 5 artículos, de los cuales ninguno fue incluido.
- ("Child Development"[MeSH]) AND ("Developmental Disabilities"[MeSH]): Se incluyeron 2 artículos de la base de datos PubMed de un total de 413 encontrados con la combinación de estos términos.
- ("Neurodevelopmental Disorders"[MeSH]) AND ("Early Intervention, Educational"[MeSH]): Los restantes 2 artículos seleccionados de la base de datos PubMed, fueron encontrados con la combinación de estas dos palabras clave, la cual arroja un resultado de 217.

V.b) Trabajo de campo observacional.

La planificación del trabajo de campo comenzó en una de las primeras reuniones con el director de la tesina, en donde se eligió el Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) como herramienta para llevar a cabo la investigación. Al mismo tiempo, se optó por realizar dicha observación en un espacio de Educación Viva denominado "Kunumi", debido a que el autor del trabajo contaba con el acceso a dicho espacio.

Se procedió a solicitar los permisos correspondientes a las personas referentes del espacio y a evaluar en conjunto con ellas, las posibilidades de llevar a cabo este estudio. En ese momento, las educadoras de "Kunumi" procedieron a informar al autor del trabajo y a sus directores sobre las formas de habitar el espacio, con el fin de no intervenir en el accionar libre de los niños y respetar su jornada para que ésta no se viera interrumpida. Luego de recibir la habilitación, se comenzó con el proceso de contextualización y conformación del consentimiento informado dirigido a las familias

De un total de 30 familias (objetivo principal) que dieron su consentimiento, 27 niño/as participaron del estudio. Los criterios de inclusión para la participación fueron los siguientes: disponibilidad del niño o la niña al momento de la observación, rango de edad entre 1 y 4 años y autorización firmada por parte de su madre/padre/abuelo-a mediante un documento de consentimiento informado.

Se procedió a establecer una fecha para las observaciones luego de la aprobación del Plan de Tesina y se consultó a las personas referentes, acompañantes y educadoras de “Kunumi” sobre las características de los niño/as en cuanto a la edad cronológica de vida al momento de la observación. Esta información fue utilizada para dividir la totalidad de lo/as niño/as en 3 grupos a fin de facilitar el proceso de observación y ubicarlos dentro de sus etapas particulares del desarrollo. Un grupo de 4 niño/as habían cumplido su primer año de vida y estaban transitando su segundo año (>12 meses, pero < 24 meses); un segundo grupo de 12 niños se encontraban transitando su tercer año de vida (>24 meses, pero < de 36 meses) y un grupo de 11 niño/as habían cumplido sus 3 años de vida y se encontraban transitando su cuarto año (>36 meses).

La observación se dividió en dos días. En una oportunidad se observó la jornada que se desarrolla por la mañana y el director de este trabajo estuvo presente en dicho momento, colaborando con la observación. A la semana siguiente, se observó la jornada de la tarde junto con la colaboración del codirector del estudio, estando habilitado el patio del establecimiento, con la posibilidad de juegos acuáticos para los niño/as. En ambas oportunidades, las responsables de “Kunumi” recordaron las formas de transitar por el espacio, solicitando se respete la jornada de lo/as niño/as.

Como intervención en el terreno de estudio, se aplicó el Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) en dos oportunidades a una totalidad de 27 niño/as (16 niños y 11 niñas) que cumplieron con los criterios de inclusión para participar del estudio, quedando excluidos 3 niño/as que estuvieron ausentes al momento de desarrollarse las jornadas. Las variables evaluadas mediante el IODI fueron las áreas del desarrollo: “Socioemocional”; “Comunicación”; “Desarrollo Motor” y “Coordinación Visomotora y Cognitiva” con sus respectivos indicadores presentes en la tabla que figura en anexos.

Al obtener los resultados de las observaciones, se constató que un/a niño/a de cada grupo etario presentaba particularidades que podrían sugerir signos de alarma de retraso madurativo. Con esta información, se generaron intercambios con las acompañantes del espacio, quienes confirmaron que por lo menos 1 niña de la edad de 3 años había sido diagnosticada con “retraso madurativo del desarrollo”.

A continuación, se tomó contacto con la madre de la niña para solicitar una entrevista, quien accedió. La entrevista semiestructurada fue realizada a la semana siguiente, en una sala de reuniones de “Kunumí”, con la presencia de una de las directivas del espacio, quien ofició de nexo entre la entrevistada y el entrevistador.

VI. RESULTADOS.

VI.a) Revisión Bibliográfica:

Tabla 1.	“Vigilância do desenvolvimento infantil na atenção básica: ausência de marcos e factores associados”.		
Titulo.	“Vigilância do desenvolvimento infantil na atenção básica: ausência de marcos e factores associados”.		
Autores.	Solís Cordero K, Palombo Teixeira C, Duarte L, Munhoz R, et al ²² .		
Año.	2020		
Diseño.	Estudio observacional de corte transversal.		
Objetivo y población.	Métodos.	Variables.	Resultados y conclusiones.
<p>Identificar la ausencia de uno o más hitos del desarrollo infantil global y por dominios y sus factores asociados.</p> <p>Una muestra de 344 niño/as menores de 3 años de edad.</p>	<p>Se realizaron entrevistas a las madres y observaciones a los niños a través de un Instrumento de Vigilancia del Desarrollo Infantil del Ministerio de Salud de Brasil.</p>	<p>Desarrollo infantil global. Dominios madurativos, psicomotor, social y psíquicos (variables dependientes).</p> <p>Factores asociados (variables independientes)</p>	<p>Un 52,1% de los niño/as presentaron ausencia de uno o más hitos del desarrollo infantil global, con mayor proporción de ausencia de hitos en el dominio madurativo.</p> <p>Se encontró relación entre el desarrollo infantil global y la edad de los niños y su lugar de permanencia de aquellos que no asistían a guardería infantil.</p> <p>La ausencia de uno o más hitos del desarrollo infantil global es elevada, asociada a factores intrínsecos y ambientales.</p> <p>Se destaca la importancia de promover la vigilancia del desarrollo infantil en la atención primaria.</p>

Tabla 2	“Vigilância do desenvolvimento motor de bebês: importância da inserção do fisioterapeuta na puericultura”.		
Titulo.	“Vigilância do desenvolvimento motor de bebês: importância da inserção do fisioterapeuta na puericultura”.		
Autores.	Pinheiro-Rubim K, Zanella Á, Chiquetti E ²³ .		
Año.	2021		
Diseño.	Estudio observacional de corte transversal de carácter cuantitativo y descriptivo.		
Objetivos y población.	Métodos.	Variable de interés.	Resultados y conclusiones.
<p>Caracterizar el desarrollo motor de los bebés atendidos en las consultas de puericultura y discutir la importancia del profesional fisioterapeuta en el equipo de atención primaria de la salud.</p> <p>91 bebés de 0 a 6 meses de edad, excluyendo bebés con trastornos musculoesqueléticos, neuropatología, y/o llanto intenso que impida la evaluación.</p>	<p>Se recolectaron datos en consultas de puericultura entre familias de niños y niñas y fisioterapeutas residentes de la Ciudad de Uruguaiana, Brasil.</p> <p>Se evaluó el DM mediante observación apoyándose en a Escala Motora Infantil de Alberta.</p>	Desarrollo motor infantil.	<p>Bebés de 0 a 3 meses: el 11,76% presentaba DM atípico; el 23,62% presentaba riesgo de retraso motor y el 64,07% presentaba DM típico.</p> <p>Bebés de 4 a 6 meses: Menos de la mitad (39,13%) alcanzó el DM típico.</p> <p>A medida que el niño crece, sus experiencias motrices deben ser cada vez más desafiantes, para que el DM mantenga una evolución constante y la inserción del profesional fisioterapeuta en la atención del niño es importante y puede ampliar la atención, garantizar la evaluación, seguimiento y promoción del DM infantil.</p>

Tabla 3	“Elementos fundamentales para el cuidado en guarderías privadas cubanas: perspectiva desde la enfermería”.		
Titulo.			
Autores.	Pérez Medina J M, Esperón Torres J M, González E ²⁴ .		
Año.	2021		
Diseño.	Estudio cualitativo con diseño exploratorio.		
Objetivo y población.	Métodos.	Variable de interés.	Resultados y conclusión.
<p>Explorar experiencias de enfermeras que trabajan en guarderías estatales acerca de elementos fundamentales a tener en cuenta para ejercer el cuidado en guarderías privadas de Cuba.</p> <p>15 enfermeras que trabajaban en el cuidado de niños de jardines infantiles estatales. La trabajadora debía poseer 5 o más años de experiencia en guarderías estatales y haber tenido evaluaciones satisfactorias de su trabajo en ese tiempo.</p>	<p>Se dividieron dos grupos. Uno de 7 enfermeras con 5 a 10 años de experiencia y otro grupo con 8 enfermeras con más de 10 años de experiencia.</p> <p>Se eligió la técnica focal para la recolección de datos y la pregunta disparadora fue: ¿Qué elementos deben ser considerados para el fomento del cuidado de la salud infantil en guarderías privadas?</p>	<p>Elementos fundamentales para el cuidado infantil.</p>	<p>De los resultados emergieron 5 categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alimentación del niño. Preparación para el cuidado. Control de salud de las cuidadoras. Ambientes saludables para el cuidado. Horas de sueño del niño. <p>La conclusión del estudio resalta la importancia de la alimentación de los niños, la necesidad de garantizar ambientes saludables para el cuidado, que incluya lugares amplios, luminosos, bien ventilados y limpios y la importancia del respeto de los horarios de sueño del niño en su vínculo con el desarrollo físico, psicomotor, social y afectivo.</p>

Tabla 4.	“The relationship of age, early motor skills and observable child behaviors in young children with developmental delays”.		
Titulo.	MacDonald M, McIntyre L ²⁵ .		
Autores.	2019		
Año.	Estudio de corte transversal de carácter descriptivo.		
Diseño.			
Objetivos y población.	Métodos.	Variables.	Resultados y conclusiones.
<p>Examinar como las habilidades motoras gruesas mediaban en la relación edad y los comportamientos infantiles de cumplimiento (habilidad para seguir instrucciones) y comportamiento adaptativo (comportamientos apropiados al desarrollo actual).</p> <p>113 niños y niñas reunidos a través de programas de intervención temprana en la región noroeste del pacífico de los EEUU.</p> <p>Criterios de inclusión: edad entre 2 y 4 años, retraso en el desarrollo documentado o certificado de discapacidad y vivir con el cuidador principal al menos durante el último año.</p> <p>Criterios de exclusión: niños diagnosticados con sordera o ceguera.</p>	<p>Se evaluaron las habilidades motoras gruesas mediante la Prueba de Desarrollo Motor Grueso-2 (TGMD-2) que evalúa las habilidades esenciales necesarias en la educación física y el juego activo, incluidas las habilidades locomotoras (correr, saltar, deslizarse) y las habilidades de control de objetos (lanzar por encima de la cabeza, golpear, patear, rodar).</p>	<p>Habilidades motoras gruesas. Edad. Comportamiento de cumplimiento (habilidad de un niño para seguir instrucciones y/o reglas involucradas en actividades y juegos) y comportamiento adaptativo (comportamientos apropiados para el desarrollo de las circunstancias actuales de su vida).</p>	<p>Los resultados respaldan el papel facilitador de las habilidades motoras gruesas en la relación con la edad cronológica y el cumplimiento y comportamiento adaptativo observado en niños pequeños con discapacidades del desarrollo.</p> <p>Mejorar las habilidades motoras de los niños puede ayudar a compensar los retrasos en algunas otras áreas. Incluir el desarrollo de estas habilidades como parte de iniciativas de aprendizaje temprano puede tener un impacto positivo en el desarrollo de habilidades motoras y otros comportamientos infantiles importantes.</p>

Tabla 5	“Avaliação do desenvolvimento infantil: além do neuromotor”		
Titulo			
Autores	Eickmann S, Emond A ²⁶ .		
Año	2016		
Diseño	Estudio de revisión bibliográfica.		
Objetivos.	Métodos.	Variables	Resultados y conclusiones.
Revisar la epidemiología y actualizar el conocimiento científico sobre los problemas del desarrollo y conducta en la infancia y las recomendaciones sobre el papel del pediatra en la identificación y manejo de los retrasos y alteraciones en el desarrollo y salud mental infantil.	<p>Se revisaron las bases de datos de PubMed, Scopus, y publicaciones del National Scientific Council on the Developing Child.</p> <p>Se revisaron las herramientas de detección disponibles, para la evaluación del desarrollo y comportamiento infantil.</p>	(se indican en los objetivos)	<p>Se hallaron que los problemas del desarrollo, conducta y regulación emocional se están convirtiendo cada vez más en parte del trabajo de los pediatras, aunque muchos no están capacitados o se sienten incómodos con tales funciones.</p> <p>Se concluye que los pediatras pueden y deben ayudar en el desarrollo general mediante la promoción de una buena relación madre/padre/bebe, buena salud física y nutricional, rutinas adecuadas de sueño, alimentación y destacando la importancia del juego. Proporcionar orientación anticipada a los padres e identificar niños y familias en riesgo.</p>

Tabla 6.	“Developmental Delay: When and How to Screen”		
Titulo			
Autores	Vitrikas K, Savard D, Bucaj M ²⁷ .		
Año	2017		
Diseño	Estudio de revisión bibliográfica.		
Objetivo.	Métodos.	Variables.	Resultados.
Realizar una revisión bibliográfica para generar una actualización de las recomendaciones clínicas para la práctica.	Se generaron recomendaciones clínicas para la practica con distintos niveles de evidencia.	(no corresponde por tratarse de una revisión bibliográfica que genera recomendaciones clínicas)	Los servicios de intervención temprana (IT) deben usarse cuando se identifica un retraso en el desarrollo porque mejoran el desarrollo cognitivo y disminuyen la participación en conductas de riesgo (B). La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda la vigilancia de todas las visitas del niño sano y la detección de retraso en el desarrollo a los 9, 18, y 24 meses de edad utilizando una herramienta estandarizada de detección del desarrollo (C). Se deben usar herramientas de detección validadas en lugar de vigilancia sola para evaluar el retraso en el desarrollo (C).

			<p>Conclusiones:</p> <p>El uso de una herramienta de detección validada, pueden mejorar la detección temprana.</p> <p>La IT es eficaz en niños de alto riesgo y se asocia con mejoras en el rendimiento cognitivo y académico.</p> <p>Se recomiendan evaluaciones y referencias adicionales si la evaluación sugiere que hay retrasos en el desarrollo.</p>
--	--	--	---

Tabla 7.	“Crescimento e desenvolvimento e seus determinantes ambientais e biológicos”		
Titulo.			
Autores.	Da Rocha Neves K, De Souza Morais R, Teixeira Romero A, Ferreira Pinto P ²⁸		
Año.	2016		
Diseño.	Estudio de corte transversal.		
Objetivos y población.	Métodos.	Variables.	Resultados y conclusiones.
<p>Investigar el crecimiento infantil, el desarrollo cognitivo del lenguaje y sus determinantes ambientales y biológicos.</p> <p>92 niños y niñas de 24 a 36 meses que asistían a la red municipal de educación infantil en la región de Vale do Jequitinhonha, Brasil.</p>	<p>Se determinó el perfil socioeconómico de la familia mediante un cuestionario de la Asociación Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP); el perfil sociodemográfico y de salud materno infantil mediante un cuestionario autoelaborado; el indicador de altura para la edad; el desarrollo cognitivo y del lenguaje, evaluado a través de la escala Bayley III del desarrollo de bebés y niños pequeños; la calidad de los entornos educativos mediante la escala ITERS-R y el ambiente domiciliario (inventario HOME).</p>	<p>Crecimiento infantil. Desarrollo cognitivo del lenguaje. Determinantes ambientales y biológicos.</p>	<p>Las familias eran predominantemente de clase socioeconómica D, con baja educación de los padres. La prevalencia del retraso en el crecimiento fue del 14,1%. El desarrollo cognitivo y del lenguaje estuvo por debajo del promedio en 28,6% y 28,3% respectivamente. Las instituciones educativas fueron clasificadas como inadecuadas y el 69% de las viviendas fueron clasificadas como de riesgo para el desarrollo. Las variables biológicas mostraron una mayor asociación con el crecimiento y las variables ambientales con el desarrollo.</p>

			Conclusión: este estudio demuestra que los resultados mostraron una alta prevalencia de retraso en el crecimiento y resultados por debajo del promedio para el desarrollo cognitivo y del lenguaje.
--	--	--	---

Tabla 8.	"Inestability of Delay Classification and Determination of Early Intervention Eligibility in the First Two Years of Life".		
Titulo.	Lobo M, Paul A, Mackley A, Maher J, Galloway J ²⁹ .		
Autores.	2014		
Año.	Estudio observacional prospectivo.		
Diseño.			
Objetivos y población.	Métodos.	Variable de interés.	Resultados y conclusiones.
Determinar la efectividad de la Escala de Desarrollo Infantil de Bayley, tercera edición (Bayley III) para rastrear el desarrollo y clasificar los retrasos en bebés de bajo y alto riesgo durante los primeros dos años de vida. Participaron 54 bebés y sus familias. Los padres dieron su consentimiento informado por escrito.	El estudio estuvo a cargo de un fisioterapeuta pediátrico. Este profesional dividió la evaluación en dos grupos: uno de 24 bebés nacidos a término de bajo riesgo y otro grupo de 30 bebés prematuros de alto riesgo a través de 7 evaluaciones realizadas entre los 3 y 24 meses de edad y edad corregida. El instrumento de evaluación se administró en los hogares de los participantes mientras estaban en estado de vigilia y en un estado de comportamiento positivo. La escala se administró a los 3,4,6,9,12,18 y 24 meses de edad.	Desarrollo infantil.	Entre el 4 y el 22% de los participantes demostraron retrasos en los cinco dominios de la subescala Bayley III. Los resultados de este estudio resaltan las limitaciones de depender principalmente de herramientas de evaluación estandarizadas para la identificación de retrasos tempranos en el desarrollo, y que es común que un bebé muestre resultados en la escala que varían más de una vez durante los primeros 2 años.

VI.b) Consideraciones específicas del IODI:

A modo de organización, se describen los resultados de las observaciones dividiendo la totalidad de los niño/as según el período de desarrollo que estuvieron atravesando, es decir, la edad cronológica que tenían al momento de la observación. Para ahondar en especificaciones, se describe lo que no ha podido observarse (letra “**N**”) en la mayoría de los niño/as como “**características en común**” y se utiliza la primera sigla de los nombres y su edad en meses o años (como códigos para preservar la identidad de lo/as niño/as) al momento de describir alguna “**particularidad**” observada.

Como referencias, el IODI utiliza las letras: “**O**” para señalar que el indicador fue OBSERVADO; “**P**” para señalar que el indicador fue PREGUNTADO Y LOGRADO; “**N**” para señalar que el indicador NO FUE LOGRADO EN LA OBSERVACIÓN O PREGUNTA y el casillero “**VACÍO**” para señalar que el indicador NO SE PUDO EVALUAR.

Vale aclarar que las referencias nombradas interaccionan con las variables edad (en meses) que figuran en la horizontal superior de la escala y los indicadores con determinadas acciones que lo/as niño/as realizarían a determinada edad que figuran en sentido vertical del lado izquierdo de la escala. En la parte media de la escala, están disponibles casilleros en **color verde**, que indican que un 90% de lo/as niño/as realizan determinada acción a tal edad, casilleros de **color amarillo** que señala los rangos de riesgo, incluye el 10% de niño/as que normalmente pueden lograr la acción más tarde y también incluye a los niños en riesgo. Este casillero amarillo permite observar a los niños que aún no lo han logrado (“**N**”), permitiendo el seguimiento del mismo y la posibilidad de intervención para acompañar su desarrollo. Y por último el **color rojo** indicaría los signos de alarmas a tener en cuenta si el niño o la niña no logra la acción, es decir, si en dicho casillero correspondería ubicar la letra “**N**”. En este caso será necesario considerar, tomando en cuenta el proceso de otras variables relacionadas, la interconsulta o derivación a un segundo nivel de atención¹.

No se describe aquí los indicadores que fueron consignados con la letra “**O**” teniendo en cuenta que esto representa una normalidad en el proceso de desarrollo y no representa una particularidad o un signo de alarma de retraso o alteración del desarrollo

VI.c) Resultados de lo observado con el IODI reflejados en gráficos y sus explicaciones:

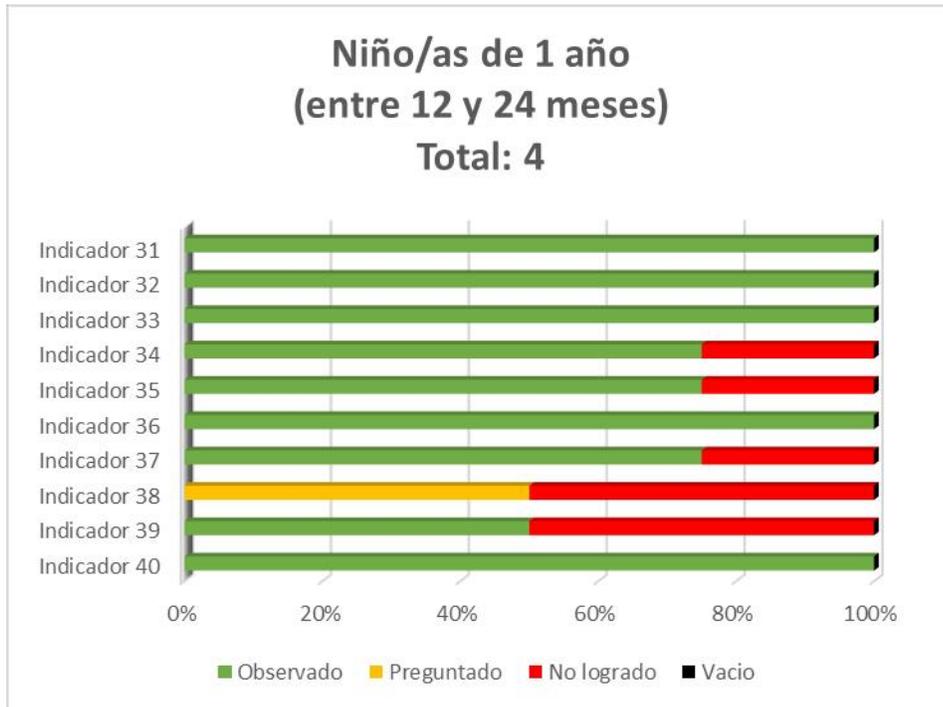


Gráfico 1. Grupo 1: Niño/as de 1 año de vida (>12 meses) pero menores de 2 (<24 meses)

- Grupo: 1
- Total: 4 (2 niños y 2 niñas)
- Características en común:
 En el indicador 38 (“avisa algunas veces que se hizo pis o caca) se consignó la letra “P” en dos niños y la letra “N” en otros dos.
 El indicador 39 (“reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta”) no fue posible observarlo en dos de los cuatro niño/as.
- Particularidad:
 - I - (22 meses): Se observó en este niño la particularidad de que no pronunció ninguna palabra o sonido con significado durante toda la jornada, consignando la letra “N” en el indicador N° 34 (“dice por lo menos 1 palabra/emite sonidos con significado”). Otros indicadores que fueron señalados con la letra “N” fueron: N° 37- “patea una pelota”; N° 38- “avisa algunas veces que se hizo pis o caca” y N° 39- “reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta”.



Gráfico 2. Grupo 2: Niño/as de 2 años de vida (>24 meses) pero menores de 3 (<36 meses).

- Grupo: 2
- Total: 12 (9 niños y 3 niñas)
- Características en común: Nuevamente el denominador común tuvo que ver con el control de esfínteres. En esta oportunidad, en la mayoría de niño/as (60%) se consignó la letra “N” o “P” en el indicador N° 43 (“pide algunas veces para hacer pis o caca”). Otros indicadores en los que coincidieron las letras “N” o “P” fueron el N° 45 - “Juega a dar de comer o hacer dormir a los muñecos” y el N° 46 - “Dice su nombre o sobrenombre”.
- Particularidad:
 - P - (2 años): En este niño no pudo observarse durante toda la jornada que utilice una frase de dos palabras como, por ejemplo, “dame agua” o “nene cayó” (indicador N° 42) y tampoco pudo observarse que utilice el “NO” (indicador N° 41).

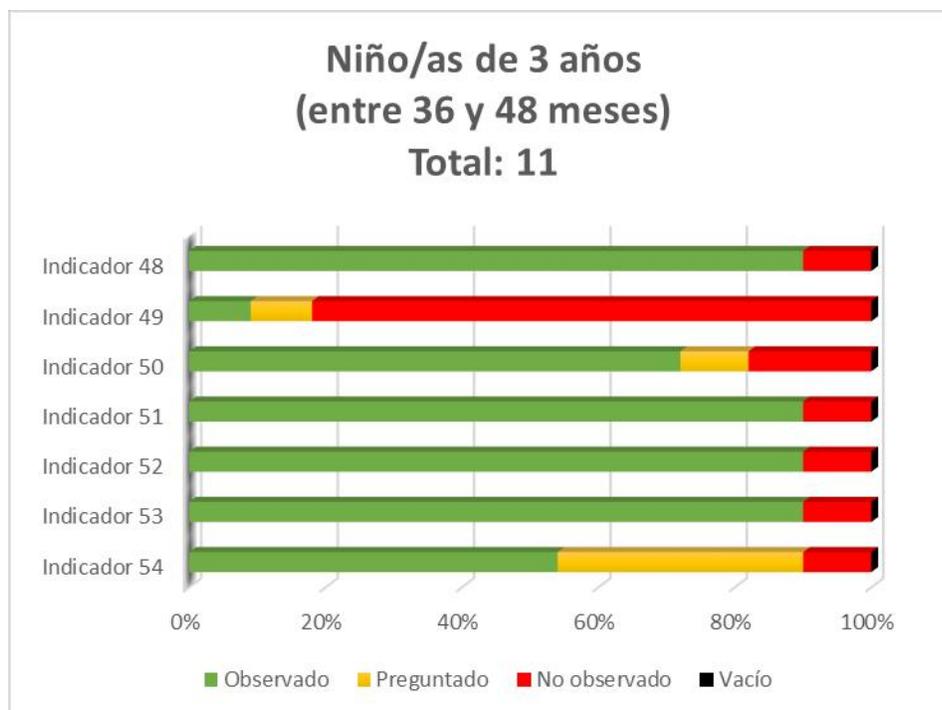


Gráfico 3. Grupo 3: Niño/as de 3 años de vida (>36 meses) pero menores de 4 (<48 meses):

- Grupo: 3
- Total: 11 (6 niñas y 5 niños).
- Características en común: Por último, el indicador N° 49 (“logra el control de esfínteres durante el día”) fue el único en el que, nuevamente, coincidieron casi la totalidad de lo/as niño/as con la letra “N” como referencia.
- Particularidad:
 - S - (3 años): En esta niña se consignó la letra “N” en todos los indicadores pendientes de observación. Los siguientes fueron: N° 48 - “Utiliza el “mío” o el “yo””; N° 49 - “Logra el control de esfínteres durante el día”; N° 50 - “Puede hacer un relato sencillo”; N° 51 - “Muestra interés y disfruta de interactuar con otros niños”; N° 52 - “Espera su turno para hablar o jugar”; N° 53 - “Puede correr sin dificultad” y N° 54 - “Dibuja al menos un círculo”.

VI.d) Caracterización de la población de estudio observada paralelamente a la implementación de la escala y según el neurodesarrollo típico.

Se intenta caracterizar a la población de estudio mencionando algunas situaciones que fueron posibles de observar durante las dos jornadas y que denotan un neurodesarrollo típico:

- Recibimiento: En primer lugar, todo/as lo/as niño/as al llegar al jardín, fueron recibido/as por las educadoras y acompañado/as a dejar sus pertenencias en los percheros colocados a la altura para tal fin, demostrando en esta acción la capacidad para colaborar con el vestirse/desvestirse.
- 1er momento de juego libre: Luego de dicha acción, cada niño/a llevó su taza a una mesa en común donde luego compartirían la merienda y se dispusieron a jugar mientras iban llegando al espacio el resto de sus compañero/as. Esto permite ver el desarrollo de la subjetividad y el proceso de identificación de cada niño/a ya que reconocían sus tazas por dibujos, color y forma. Además de la capacidad de caminar sosteniendo un objeto con sus dos manos.
- Ronda de inicio de la jornada: Una vez que llegaron todos lo/as niño/as, sonó en el ambiente una canción que les indicaba que era el momento de armar la ronda de apertura de la jornada. Al oír esta canción, cada niño/a a su ritmo, fue en busca de un almohadón y se acercaron a la ronda. Nuevamente, casi la totalidad de los niño/as fue capaz de ir en búsqueda de un almohadón sin ayuda alguna. Alguno/as traían almohadones más grandes, en cooperación con otro/as. Lo particular de esta ronda de inicio de jornada es que guiado/as por una de las educadoras, con un instrumento musical, cantaron una canción saludándose de a uno/a mencionando sus nombres. Seguido de esto y mediado por un “bastón de la palabra” se dio apertura a la ronda para que el/la niño/a que quisiera tomar la palabra, cuente como se sentía en el día y/o alguna experiencia vivida. Aquí se observó, en quienes decidieron tomar la palabra, la capacidad para confeccionar un relato, unir oraciones, expresar sentimientos y emociones (desarrollo socioemocional y del lenguaje).

- 2do momento de juego libre (principal): Luego de la ronda de inicio y de haber devuelto los almohadones a su lugar, nuevamente se dispusieron a jugar. Este fue y es el momento principal de la jornada y el más extenso, donde cada niño/a elige libremente a qué jugar, con quién y con qué materialidad sin la intervención de un adulto más que para poner límites amorosos. Alguno/as niño/as jugaban entre sí, en un área de juego simbólico, otro/as preferían jugar solo/as con bloques y juguetes disponibles. Hay quienes trepaban por un escalador de pared, otro/as corrían, saltaban o trepaban a un trapecio colocado a altura (imágenes disponibles en anexos). En la segunda observación, además, estuvo disponible el patio del establecimiento con juegos acuáticos. Todo esto da cuenta del normal desarrollo psicomotor de la mayoría de lo/as niño/as observado/as y fue posible de ver gracias a que, por momentos, fue pausado el procedimiento de completar la escala.
- Merienda: Al momento de la merienda (único momento donde se interrumpía el juego) cada niño/a tomó una silla de madera ubicada dada vuelta sobre la mesa y la colocaba en el piso. Para esta acción, precisaban utilizar sus dos manos para levantar un objeto de mayor peso y poner en juego su equilibrio. Alguno/as lograban hacerlo solo/as y otro/as lo lograban con ayuda de sus compañero/as. Durante este momento se observó en casi la totalidad de lo/as niño/as la autonomía al momento de alimentarse, tomando los alimentos disponibles con sus manos y llevándoselos a la boca.
- 3er momento de juego libre: La jornada de juego continuó luego del momento de la merienda, quedando los alimentos sobrantes disponibles en la mesa para ser consumidos cuando ello/as querían y aquí se pudo observar la autonomía adquirida por lo/as niños en cuanto a su alimentación.
- Ronda de cierre de la jornada: Como última instancia de la jornada, sucedió la ronda de cierre, la cual presentaba las mismas características que la ronda de apertura, sumados a la lectura de un cuento y un momento de relajación.

VI.e) Resultados de la entrevista semiestructurada:

La entrevista semiestructurada realizada a la madre de la niña antes mencionada, (S – 3 años) se realizó en “Kunumí”, a la semana siguiente de haber realizado la observación. La misma se desarrolló en una sala de reuniones, en presencia de una de las directoras del proyecto, que ofició de nexo entre la entrevistada (E) y el entrevistador (e). La reunión comenzó con una breve “ronda de presentación” y agradecimiento previo. Luego se facilitó a la madre, las preguntas impresas en un papel, junto con la introducción previa de la entrevista (modelo disponible en anexos). Al estar de acuerdo con las preguntas, se dio inicio al relato.

Las preguntas disparadoras y sus respuestas se detallan a continuación:

- ❖ **e - ¿Podría relatarme antecedentes pre/peri/postnatales de su hija?**
- ❖ **E –** Ante esta pregunta, la madre refiere que a partir de los 6 meses de embarazo se encontraba viajando entre Brasil y Argentina, junto a su pareja, de quien sufría maltratos y violencias, no sintiéndose contenida en ningún momento, por el contrario, teniendo sentimientos de tristeza y soledad. Admite no haberse realizado controles médicos y haber hecho caso omiso a las sugerencias de ingesta de ácido fólico y otros suplementos. En relación a esto cuenta que fue diagnosticada de esferocitosis, por lo que la recomendación de ingesta de ácido fólico tomaba importancia. Aun así, no fue tomada en cuenta por ella. Lo mismo sucedía con su alimentación. Cuenta que se alimentaba de forma vegana y presentaba déficit de vitamina B12, déficit que fue trasladado a su hija.
- Refiriéndose al momento del parto: *“S nació en un hospital en Brasil, fue un parto normal, sin complicaciones, mi cuerpo hizo un buen trabajo y el de ella también. Sufrí algo de violencia obstétrica, pero nada muy fuerte. Apenas salió, estuve muy poquito tiempo con ella y enseguida se la llevaron para ponerle vacunas y hacerle análisis, sin mi consentimiento”*.
Luego de 3 días de internación hospitalaria, volvieron al hospedaje donde se encontraban viviendo y menciona que estos primeros días fueron difíciles porque solo estuvieron alojadas en una pieza, sin salir de ella y así permanecieron todo el primer mes de vida de la niña, padeciendo situaciones violentas por parte del padre de la niña, que continuaron durante todo el primer mes.

En un momento relata que pudo observar en su hija, un “huevito” (hernia) en la zona de la ingle, que aparecía cuando la niña lloraba muy fuerte, lo que le llamo la atención y decidió llevarla nuevamente al hospital.

La respuesta que obtuvo aquí es que podrían operarla, pero ella no estuvo de acuerdo con esto y decidió esperar a que la hernia resuelva sola, lo que finalmente, terminó sucediendo. Por último, luego de continuar viviendo situaciones traumáticas con su pareja, tomó la decisión de separarse de él, y volver a vivir en Argentina. En relación a esto último, sus palabras fueron: *“Volví a vivir en la casa de mi mamá, pero igualmente la relación con ella también era muy tensa. Todo el primer año de S fue así, yo tenía mucho miedo y no lograba transmitirle seguridad a mi hija, no tenía experiencias en el cuidado básico de un bebé.”*.

❖ **e - ¿Su hija recibió algún tipo de diagnóstico médico?; ¿Qué diagnóstico recibió?**

❖ **E** – Según lo relatado, la niña no recibió ningún diagnóstico médico al momento del nacimiento y las ecografías previas fueron normales. Cuenta que cuando la niña se empezó a trasladar pudo observar movimientos que le llamaban la atención. Es entonces cuando recién a los dos años de vida, la profesional pediatra que estuvo haciendo el seguimiento de la niña, les sugirió comenzar con estimulación temprana. Previo a este antecedente, tuvieron otras consultas con dicha pediatra, pero la madre refiere que no le anticiparon nada sobre el desarrollo de su hija. En consecuencia, cuenta que en una sesión de estimulación temprana en donde estaban haciendo un ejercicio de pararse y levantarse, la niña sufrió una fractura de cadera. Esto las llevo a tener que concurrir al hospital y aquí es cuando, al realizarle estudios, recibe el primer diagnóstico médico: *retraso madurativo del desarrollo*. Parafraseando a la madre: *“Le hicieron una TAC de cráneo, y pudieron visualizar que faltaba desarrollo en una parte del cuerpo calloso, además, su cerebro era más chiquito de lo que consideran normal para su edad”*.

❖ **e - ¿Su hija realiza algún tipo de terapia actualmente?; ¿Qué terapias realiza?**

❖ **E** – Contando las experiencias de las sesiones de estimulación temprana y una vez recuperada la fractura de cadera, la madre comenta que recibió recomendaciones de pararla, hacer caminar a su hija y al ver que su postura no era la correcta, pide otras sugerencias. Es aquí donde le indican que visite a un médico fisiatra, quien

termina derivando a la niña a kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología. De estas 3 terapias, actualmente la niña se encuentra realizando Kinesiología y Terapia Ocupacional. Dejando de asistir a Fonoaudiología luego de haber cambiado de centro de rehabilitación por malas experiencias. En cuanto a esto menciona: *“Cambiamos de lugar porque la obligaban a caminar mientras ella lloraba desconsoladamente. S, hoy en día disfruta de las terapias, se divierte. Antes lloraba mientras la obligaban a hacer cosas que no quería”*.

❖ **e - ¿Qué expectativas tiene respecto a la rehabilitación de su hija?**

❖ **E** – La madre previamente hace un breve relato de las formas de desplazamiento de su hija y menciona que la niña se empezó a mover de una forma particular una vez que se mudaron solas, dejando atrás la convivencia con la abuela de la niña. En esta forma de desplazamiento, la niña se arrastraba “de cola”, haciéndolo primero con las piernas estiradas y después flexionando una, apoyando la rodilla e impulsándose con otro el pie. Admite que la niña nunca adoptó el gateo como forma de desplazamiento. En palabras textuales de la madre: *“En cuanto a las expectativas que tengo, los objetivos es que ella pueda caminar, que pueda hablar, y pueda compartir con otros niños y niñas, jugando. Yo estoy segura de que S va a poder hacer todo lo que otros niños y niñas hacen”*.

❖ **e - ¿Qué opina sobre la educación viva como forma de acompañar el desarrollo de su hija?**

❖ **E** – La respuesta a esta pregunta es que la madre aún no tiene una opinión o definición formada al respecto. También admite no tener en claro cuál es el concepto y el propósito de la educación viva, y por eso mismo tiene sus dudas. Aun así, refiere que disfruta de ver a su hija compartiendo un espacio con otros niños y niñas. Considera tan importante que su hija reciba estímulos específicos en sus espacios terapéuticos como que tenga momentos y espacios de juego libre.

VII. DISCUSIÓN:

El principal contraste que se presenta en el estudio tiene que ver con la población a la cual se pretendió estudiar, su ámbito educacional y el instrumento aplicado para realizar la observación. Es decir, se utilizó un instrumento estandarizado (creado para ser utilizado principalmente en la consulta pediátrica) para observar un conjunto de niños y niñas que despliegan sus capacidades y potencialidades en un espacio que tiene como filosofía principal, la no intervención en su accionar. Esto hace que muchos indicadores que evalúa el IODI, que precisaban de materialidad o directiva, no se pudieran observar o haya sido dificultosa su observación, sin que esto representara un motivo de preocupación o representación de signos de alarma de retraso madurativo del desarrollo.

Esta primera limitación, presentada en el párrafo de inicio, se presta a discusión con otros dos estudios encontrados en la revisión bibliográfica. Estos estudios son el de Vitrikas et al²⁷ y el de Lobo et al²⁹. Dentro de uno de los resultados del primero se genera la siguiente recomendación clínica: *“Se deben usar herramientas de detección validadas en lugar de vigilancia sola para evaluar el retraso en el desarrollo (nivel de evidencia C)”*²⁷ y como conclusión: *“El uso de una herramienta de detección validada, puede mejorar la detección temprana”*²⁷. Por el contrario, en el segundo se llega a la siguiente conclusión: *“Los resultados de este estudio resaltan las limitaciones de depender principalmente de herramientas de evaluación estandarizadas para la identificación de retrasos tempranos en el desarrollo”*²⁹. El presente estudio coincide más con la conclusión del segundo estudio que con la del primero.

A continuación, se realiza un análisis crítico de los indicadores NO observados y presentados en el apartado de resultados:

- Niño/as de 1 año de edad (entre 12 y 24 meses):
 - Características en común: Al no haberse observado el indicador N° 38 (“Avisa algunas veces que se hizo pis o caca”) en ninguno de los 4 niños de este grupo, fue preguntado a las acompañantes y la respuesta fue: “No avisan cuando se hacen pis o caca”. De esto se deduce que dicho indicador representa una particularidad propia de la edad de los niños en la que todavía no logran el control de esfínteres, y no tomando esto como un retraso o alteración en su desarrollo.

Se vio limitada la observación del indicador N° 39 (“reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta”) debido a que se estaban observando vario/as niño/as en simultáneo, por lo que no fue interpretado como una imposibilidad de lo/as niño/as.

- Particularidad: - I – (22 meses); De todos los indicadores señalados con la letra “N” en este niño, el único que ha llamado la atención por tratarse de un casillero pintado mitad amarillo, mitad rojo es el N° 34 (“dice por lo menos 1 palabra / emite sonidos con significado”). Otro indicador, el N° 37 (“Patea una pelota”) tampoco fue observado en este niño y este es un ejemplo del contraste antes mencionado, en donde, para observar este indicador, se necesita de una materialidad (pelota) y una propuesta o sugerencia (“pateá”). La materialidad se encontraba disponible, mas no surgió el deseo del niño de patearla.
- Niño/as de 2 años de edad (entre 24 y 36 meses):
 - Características en común: Es interesante que una misma variable o indicador esté presente en más de una oportunidad en la escala y quede pendiente de observación en distintos rangos etarios del desarrollo. Este indicador es el N° 43 (“pide algunas veces para hacer pis o caca”) y al haberse consignado la letra “N” en el 60% de lo/as niño/as de este grupo surge la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores que influyen en el “control de esfínter”? En cuanto a los indicadores N° 45 (“Juega a dar de comer o hacer dormir a los muñecos”) y el N° 46 (“Dice su nombre o sobrenombre”) se llegó a la conclusión de que, al no estar acostumbrado/as a ser estimulado/as con ningún juguete en particular durante una jornada, ningún niño o niña eligió jugar con muñecos en ese momento y al ser la jornada compartida por mucho/as niño/as a la vez, fue dificultoso evaluar si podían pronunciar sus nombres o sobrenombres.
 - Particularidad: - P - (2 años); Dos indicadores llamaron la atención en este niño. El N° 42 [“utiliza una frase de dos palabras (“dame agua”, “nene cayó”)] y el N° 41 (Utiliza el “NO”). Ambos se encontraban en casilleros de color verde, por lo que no fueron tomados como un signo de alarma, pero sí se destacaron al compararlos con el resto de lo/as niño/as de su grupo en el cual sí fue posible observarlos.

Corresponden a acciones sencillas que son importantes de observar ya que marcan hitos en áreas del desarrollo como lo son la construcción de los límites y la subjetividad (“utiliza el NO”) y la necesidad de cubrir demandas vitales básicas (“dame agua”).

- Niño/as de 3 años de edad (entre 36 y 48 meses)

- Características en común: Se destaca nuevamente el indicador relacionado con el “control de esfínteres”, habiendo indicado en casi la totalidad de lo/as niño/as la referencia “N” en el indicador N° 49 (“logra el control de esfínteres durante el día”). Al consultarle a las educadoras sobre esta observación respondieron que el control de esfínteres es un hito dentro de un proceso que, a la mayoría de lo/as niñas, les lleva tiempo conseguir y que inclusive en otros jardines prescolares de educación tradicional, esto es demandado a las familias como un requisito obligatorio para ser aceptados en la institución. De esto surge otra pregunta: ¿Cuál es la asistencia que existe de parte del área de la salud hacia el/la niño/a y su familia en el proceso de control de esfínteres?
- Particularidad: - S - (3 años): Aparte de no observarse ningún indicador en esta niña, en el casillero de observaciones que se encuentra al final de la escala se dejó registro de lo siguiente: Al momento de haberse llevado a cabo la observación, la niña era incapaz de caminar sin asistencia, es decir que, para trasladarse, un/a acompañante debía sostenerla de las axilas, mientras la niña movilizaba sus extremidades inferiores sin cargar totalmente su peso corporal. Se registró también que no se comunicaba verbalmente, pero sí a través de algunas expresiones para pedir agua o para indicar que quería moverse del lugar de donde estaba. Se observó una clara inexpressión de su cara durante toda la jornada y una cantidad y calidad de movimientos muy reducida. Todo esto permitió concluir (y luego confirmar, a través de la entrevista con la madre) que la niña atravesó sus primeros años de vida bajo la influencia de factores negativos que afectaron su desarrollo normal, observándose un claro retraso del desarrollo madurativo.

Hasta el momento se ha hecho foco en lo que el IODI permitió o no, detectar en la población de estudio y al igual que en su proceso de validación⁶, se podría afirmar que es un instrumento de fácil aplicación y funciona como guía o ayuda memoria de lo que es pertinente observar en niño/as de 0 a 4 años pero al mismo tiempo resulta un instrumento limitante al momento de analizar un conjunto de niño/as en su despliegue corporal, al menos, jugando en un espacio de educación viva como en el que se desarrolló este estudio.

De lo observado paralelamente a la implementación de la escala y durante el desarrollo de las dos jornadas:

- Recibimiento: Alguno/as niño/as manifiestan dificultad en este momento para desapegarse de sus adultos de referencia (mamá/papá/abuelo/a). Esto está directamente relacionado, según el estudio de Moretti et al¹², al tipo de apego, cohesión y adaptabilidad que posee con su familia.
- 1er momento de juego libre: Se destaca en este momento el primer encuentro de lo/as niño/as con sus pares. Este encuentro sucede todos los días de sus vidas por el transcurso del jardín y es imprescindible en la vida de una persona, que suceda este encuentro entre pares, ya que la mayoría de las veces, constituye el primer contacto social, externo a su propia familia. Aquello/as que tienen dificultades para desapegarse de su familia al momento de la llegada al jardín, encuentran en sus compañero/as, alguien en quien reflejarse en el juego, trayéndoles calma y confianza. Lo mencionado en este párrafo fue desarrollado en el capítulo escrito por Smibiansky⁴.
- Ronda de inicio de la jornada: Esta instancia de ronda fue creada como una herramienta de detección del estado emocional diario de lo/as niño/as que asisten al espacio. Es una oportunidad para evaluar el desarrollo del lenguaje expresivo y ofrecerles acompañamiento en el aprendizaje de gestión de las emociones. A través del “bastón de la palabra”, el silencio y la escucha, lo/as niño/as aprenden a temprana edad sobre los turnos para hablar, el volumen de la voz y la escucha respetuosa. En dicha ronda existe la apertura necesaria para que puedan expresar, comunicar y transmitir experiencias, que puedan evidenciar posibles situaciones negativas experimentadas en su entorno familiar íntimo.

- 2do momento de juego libre: Durante este momento se desarrolló la observación propiamente dicha con la utilización del instrumento y es aquí donde apareció la principal complicación. Autor y directores del trabajo se debatían internamente entre permanecer atentos a la observación o desviar la atención de los sujetos para realizar el registro escrito. De esto surgen las siguientes preguntas: ¿Existen herramientas de tamizaje diagnóstico emparentadas con la idea de darle más valor a la observación que completar una grilla?; ¿Es conveniente aplicar las herramientas de observación existentes en niño/as sin sospecha de retrasos o alteraciones del desarrollo?
- Merienda: Este momento tiene gran presencia durante la jornada y aquí se vio a lo/as niño/as disfrutar de su autonomía en la alimentación y nutrición. El estudio de Pérez Medina et al²⁴ destaca la importancia de la alimentación de los niño/as en el jardín. Se pudo observar la cooperatividad entre ello/as al momento de bajar las sillas de la mesa para comenzar la merienda y con el traslado de los almohadones en la ronda de inicio de la jornada. Este y otros valores son fundamentales para convivir en sociedad y es necesario que sean enseñados/aprendidos en los primeros años de vida de una persona para un desarrollo socioemocional equilibrado.
- 3er momento de juego libre: Al igual que en el 2do momento de juego libre, cada niño/a eligió distintas actividades para desarrollar en este momento y esto coincide con lo desarrollado en los estudios de Pinheiro Rubim et al²³ y el de McDonald et al²⁵ en donde las variables edad y desarrollo de habilidades motoras gruesas se presentan y relacionan al ver que cada niño/a conforme avanza en edad y en adquisición de nuevas habilidades motoras necesita de experiencias y juegos cada vez más desafiantes, por eso las elige por sobre el juego más “pásivo” de la construcción con bloques, el dibujo o la pintura, por mencionar algunos ejemplos.
- Ronda de cierre de la jornada: Aquí se vio la participación e interacción de lo/as niño/as en el momento de la lectura, destacando la importancia de inculcarles el desarrollo de la misma, y de transmitirles la conciencia del sueño y el descanso, conclusión a la que se ha llegado en el estudio de Pérez Medina et al²⁴.

En lo que respecta a las perspectivas de las familias, se profundiza en detalles de la entrevista realizada a la madre de la niña en la cual se observaron alteraciones de su desarrollo (-S- 3 años). A continuación, se expone el punto de vista de la madre sobre lo acontecido en los primeros años de vida de S y de la educación que estuvo recibiendo:

La madre comienza la entrevista mencionando que actualmente relata la historia de una manera diferente a como lo hacía antes, dando a entender que hubo en ella, un proceso de aceptación y decodificación de lo acontecido en los inicios de vida de su hija. Su relato es fluido y da cuenta que durante el primer año vivieron situaciones violentas en su entorno más cercano, lo que explica que la niña no haya adquirido determinadas posturas en cuanto a su desarrollo motor, y no se comunique verbalmente en ningún momento. Se remarca que, en la observación realizada, la niña, no cumplió con ninguno de los indicadores preestablecidos para su edad.

Lo que más despierta la atención de las respuestas de la madre, es el momento en el que se da cuenta de que algo no andaba bien manifestando que pensaba que la niña *“tenía su tiempo y que ya iba a empezar a movilizarse”*. Recién a los dos años, una fractura de cadera en una sesión de estimulación temprana decanta en una consulta en el hospital donde recibe el primer diagnóstico: *“retraso madurativo del desarrollo”*. Aquí es necesario hacer una observación al sistema de salud, que, sin quitar responsabilidades a la madre, no pudieron informarla a tiempo sobre el desarrollo anormal que estaba atravesando su hija. Según lo comentado por la entrevistada en relación a las consultas pediátricas, no realizaron muchas, pero si las suficientes para ser advertidas de la situación, lo que constituye una negligencia médica por parte de la profesional que abordó a la niña. En el estudio de Eickmann et al²⁶ se concluye: *“los pediatras pueden y deben ayudar en el desarrollo general del niño o la niña mediante la orientación anticipada a los padres y las madres, y se encuentra dentro de sus funciones el proceso de identificación de niño/as y familias en riesgo”*²⁶.

También se encuentra un desfase en cuanto al momento en que la niña comienza a realizar terapia de estimulación o intervención temprana. Esto es, previamente a haber recibido un diagnóstico médico, por lo que surge la siguiente pregunta: Si la niña hubiera recibido un diagnóstico médico a tiempo: ¿hubiera tenido el mismo desenlace?

Con respecto a esto último, el estudio de Vitrikas et al²⁷ en sus recomendaciones clínicas y conclusiones menciona lo siguiente: *“Los servicios de intervención temprana (IT) deben usarse cuando se identifica un retraso en el desarrollo porque mejoran el desarrollo cognitivo y disminuyen la participación en conductas de riesgo (nivel de evidencia B)” / “La IT es eficaz en niños de alto riesgo y se asocia con mejoras en el rendimiento cognitivo y académico” / “Se recomiendan evaluaciones y referencias adicionales si la evaluación sugiere que hay retrasos en el desarrollo”²⁷*. Por todo lo expuesto, la respuesta a la pregunta formulada anteriormente podría ser la siguiente: Si la niña y su familia hubieran recibido un diagnóstico médico oportuno, podrían haber encausado la rehabilitación de una manera más adecuada y quizás la niña no hubiera sufrido una fractura de cadera a tan temprana edad en una sesión de estimulación temprana.

Mediante la intervención a través de preguntas por parte de una de las directoras de “Kunumi” que estuvo presente durante la entrevista surgieron algunos tópicos que no se encontraban preestablecidos, como, por ejemplo, la forma de desplazamiento que adoptó la niña durante un tiempo. Aquí la madre relata que la niña nunca adquirió el gateo para desplazarse, sino que lo hacía “de cola” y describiendo la forma en que lo hacía, menciona que comenzó a hacerlo una vez que se mudaron y comenzaron a vivir “solos”, por lo tanto, aquí surge una pregunta: ¿Cuán importante es el entorno en el que un/a niño/a nace, vive y se desarrolla en sus primeros años de vida?

En cuanto a las expectativas de la madre sobre el desarrollo de su hija describe que los objetivos principales a los que aspira es que su hija pueda caminar sola, que pueda hablar y que pueda compartir con otro/as niño/as. En relación a esto, se observó en la niña un avance en relación a su postura y a su conexión con el entorno. Previamente a las observaciones realizadas se hicieron algunas pruebas piloto en donde se veía a la niña colapsada en su postura sedente, con la mirada extraviada y su boca entreabierta en todo momento. *“Esto fue mejorando con el acompañamiento que fue recibiendo y con el esfuerzo que ella está haciendo”* refiere la madre. Se destaca aquí, el trabajo realizado en conjunto desde la Kinesiólogía, la Terapia Ocupacional y la educación que recibió en este espacio, donde, a pesar de sus limitaciones, puede compartir las jornadas con otro/as niño/as.

Surgen entonces otras preguntas y algunas respuestas: ¿Es posible que un/a niño/a diagnosticado/a de retraso madurativo del desarrollo (u otro diagnóstico) comparta la educación preescolar con otro/as niño/as con un neurodesarrollo típico? Sí, es posible. / ¿Es posible que un/a profesional Kinesiólogo/a intervenga en un jardín/espacio educativo preescolar mediante una observación o alguna otra intervención? Sí, es posible.

Para finalizar, la madre realiza un paralelismo entre los espacios terapéuticos a los que asiste su hija y el espacio de educación viva. Esta comparación fue habilitada una vez que leyó la última pregunta de la entrevista que hace mención a la opinión personal que tiene sobre la educación viva como forma de acompañamiento del desarrollo de su hija. Termina por concluir que le parece tan importante que su hija reciba los estímulos necesarios para la rehabilitación física como que tenga la posibilidad de compartir el juego libre, el crecimiento y desarrollo con otro/as niño/as de su misma edad.

VIII. CONCLUSIONES:

Mediante la implementación del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI) a una totalidad de 27 niño/as durante dos jornadas en el espacio de educación viva “Kunumi”, de la ciudad de Santa Fe, se concluye lo siguiente:

- Del grupo 1:
 - Características: Aquí los niño/as más pequeños, elegían jugar solo/as, con bloques, permanecían más en silencio y observando el espacio, caminaban más despacio y con menos equilibrio.
 - Particularidad: Un niño de 22 meses, no emitió palabra en toda la jornada y permaneció sentado jugando solo.
- Del grupo 2:
 - Características: A este grupo de niño/as de 2 años se los veía jugar más en conjunto, a juegos simbólicos (ir de compras, cocinar, comer comida de juguete). Elegían jugar con muñecos o permanecer en la mesa consumiendo los alimentos disponibles.
 - Particularidad: Un niño de 2 años, se despegaba del grupo para jugar solo, pretendía pasar de un juego al otro sin finalizar el anterior.
- Del grupo 3:
 - Características: Se dividían en subgrupos de 2 o 3 niño/as y elegían jugar a juegos más demandantes como correr, saltar, jugar a la pelota o armar casas con los colchones.
 - Particularidad: Una niña de 3 años en la cual no se pudo observar ningún indicador de los prestablecidos permaneció sentada durante toda la jornada, sin comunicación con su entorno, desplazándose únicamente con asistencia por un espacio muy reducido.
- De la totalidad:
 - El 88,8% (24) de esto/as niño/as presentaba características de un neurodesarrollo típico según los indicadores que evalúa el IODI.
 - El 7,4% (2) presentaban particularidades que constituyeron una sospecha por presentar signos de alarma, pero fueron desestimados al intercambiar información con educadoras.
 - El 3,7% (1) se constituyó como el único caso detectado de retraso madurativo del desarrollo.

A través de la aplicación del IODI y de una entrevista semiestructurada, se detectó un caso de retraso madurativo del desarrollo en una niña de 3 años.

La mayoría de lo/as niño/as cumplió con los indicadores del neurodesarrollo típico que evalúa el IODI. Sumado a eso, en el transcurso de las dos jornadas, demostraron clara evidencia de este neurodesarrollo normal, atravesando la jornada en armonía. Aprendiendo a través de los límites amorosos de las educadoras y sus guías, lo/as niño/as sabían qué hacer en cada uno de los momentos en los que no se encontraban jugando libremente.

La madre entrevistada de la niña que presentó un retraso madurativo del desarrollo concluye que le parece tan importante las terapias físicas que su hija realiza como que cuente con la posibilidad de compartir su crecimiento y desarrollo con otro/as niños de su misma edad en un espacio educativo alternativo.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Cuadernillo de referencias IODI. Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nación; 2014. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/criterios-para-la-aplicacion-del-instrumento-de-observacion-del-desarrollo-infantil-iodi>
2. Schapira I, Toledo S, Roy E, et al. Los años formativos: Desarrollo e intervención oportuna en los primeros cinco años de vida. Buenos Aires: Ideográfica editoriales; 2010.
3. Kremenchuzky J. Travesías del desarrollo infantil, los primeros mil días. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Entreideas editorial; 2021.
4. Smibiansky M. El lugar del jardín de infantes en la detección de niños con dificultades en el desarrollo. En: Rowensztein E, Kremenchuzky J, editores. Pediatría, desarrollo infantil e interdisciplina, una mirada desde la complejidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de publicaciones Educativas y Material Didáctico; 2019. p.119-126 (Capítulo 9).
5. Kremenchuzky J. El desarrollo del cachorro humano. Buenos Aires: Centro de publicaciones Educativas y Material Didáctico; 2009.
6. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Proceso de validación del IODI. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2015. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/proceso-de-validacion-del-iodi>.
7. Kunumí: espacio vivo. Carta de presentación del espacio (PDF). Santa Fe: Kunumí: espacio vivo; 2020
8. Sagone E, Indiana M L. Uso del método de observación: una propuesta de aplicación al análisis de estrategias de resolución de problemas en niños con discapacidad. Uso_Sagone_Indiana.pdf [Internet]. 2022 [Citado el 9/3/2023]. 26 (2): 82. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/6329/Uso_Sagone_Indiana.pdf?sequence=1
9. Ministerio de Salud de la Nación. Desarrollo infantil: primer año de vida. Buenos aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013.

10. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (DINASAMI). Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). Desarrollo infantil: primer año de vida. Buenos aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013.
11. Manjarin M, Lombardo L, Kannemann A, Torres F, et al. Comparación del desempeño de dos pruebas para la evaluación del neurodesarrollo infantil en un hospital pediátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2023 [citado el 16 de marzo de 2023]; 121(1): 5. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2023/v121n1a04.pdf>
12. Moretti M P, Lechuga M J, Torrecilla N M. Desarrollo psicomotor en la infancia temprana y funcionalidad familiar. Psychol. av. Discip. [Internet]. 2020 [citado el 17 de marzo de 2023]; 14(2): 37-48. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862020000200037
13. Delgado V, Contreras S. Desarrollo psicomotor en el primer año de vida. Chile: Mediterráneo Ltda; 2010.
14. Coriat L. Maduración psicomotriz en el primer año del niño. Buenos Aires: Hemisur Bs As; 2017.
15. Hellbrügge T. Los primeros 365 días de la vida del niño: el desarrollo del lactante. Valencia: Editorial Marfil; 1976.
16. Flehmig I. Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1988.
17. Mata J, Merlo L. Fisioterapia en pediatría. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2018.
18. Revista Barbiana [sede Web]. Buenos Aires: Bulit D. Noviembre, 2019 [acceso 10 de marzo de 2023]. La historia no oficial de la educación alternativa en Argentina [1 pantalla]. Disponible en: <https://revistabarbiana.com/es/la-historia-no-oficial-de-la-educacion-alternativa-en-argentina/>
19. Instituto Inkiri. La historia de Inkiri: de dónde venimos (de 2009 a 2021) [sede Web]. Piracanga, Brasil: Instituto Inkiri; 2022. [actualizada año 2022; acceso 10 de Marzo de 2023]. Disponible en: <https://inkiri.com//instituto-inkiri-2/>
20. Tierra Libre: educación viva. Co-creando el sueño, historia de Tierra Libre (PDF). Santa Fe: Tierra Libre, educación viva; 2020.

21. Alteredu. Otra educación es posible, otro periodismo es urgente [sede Web]. Buenos Aires: Bulit D. 2019 [actualizada año 2022; acceso 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://alteredu.com.ar/>
22. Solís Cordero K, Palombo Teixeira C, Duarte L, Munhoz R, et al. Vigilância do desenvolvimento infantil na atenção básica: ausência de marcos e factores associados. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [Internet]. 2020 [citado el 16 de marzo de 2023]; 20(4): 925-934. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/nD6ydSwfVVmyCtwh96BXbvQ/?lang=es>
23. Pinheiro-Rubim K, Zanella Á, Chiquetti E. Vigilância do desenvolvimento motor de bebês: importância da inserção do fisioterapeuta na puericultura. Fisioter. Mov. [Internet]. 2021 [citado el 16 de marzo de 2023]; 34: 114. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/fm/a/j8dshdRmKLWdxRWQ8FrLVxq/?lang=pt>
24. Pérez Medina J M, Esperón Torres J M, González E. Elementos fundamentales para el cuidado en guarderías privadas cubanas: perspectiva desde la enfermería. Rev. Enferm. UFSM. [Internet]. 2021 [citado el 16 de marzo de 2023]; 11: e57. Disponible en: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/65081/html>
25. MacDonald M, McIntyre L. The relationship of age, early motor skills and observable child behaviors in young children with developmental delays. Res Dev Disabil [Internet]. Octubre, 2019 [citado el 16 de marzo de 2023]; 93: 103-445. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6739246/>
26. Eickmann S, Emond A, Lima M. Avaliação do desenvolvimento infantil: além do neuromotor. Jornal de Pediatria [Internet]. Junio 2016 [citado el 17 de marzo de 2023]; 92(3): S71-S83. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755716000541?via%3Dihub>
27. Vitrikas K, Savard D, Bucaj M. Developmental Delay: When and How to Screen. Am Fam Médico. [Internet]. 2017 [citado el 17 de marzo de 2023]; 96(1): 36-43. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0701/p36.html>

- 28.** Da Rocha Neves K, De Souza Morais R, Teixeira Romero A, Ferreira Pinto P. Crescimento e desenvolvimento e seus determinantes ambientais e biológicos. J Pediatr (Rio J). [Internet]. 2016 [citado el 17 de marzo de 2023]; 92(3) 241-250. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755715001941?via%3Dihub>
- 29.** Lobo M, Paul A, Mackley A, Maher J, Galloway J. Inestability of Delay Classification and Determination of Early Intervention Eligibility in the First Two Years of Life. Res Dev Disabil. [Internet]. 2014 [citado el 17 de marzo de 2023]; 35(1) 117-260. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863394/>

X. ANEXOS.

X.a) Modelo de Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI)

Nombre del niño:		REFERENCIAS: D: observado P: preguntado y logrado N: no logrado en la observación o pregunta Vacío: no se pudo evaluar															
Fecha de nacimiento:																	
Si fue prematuro, edad gestacional al nacer:																	
E		INDICADORES															
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12/17	18/23	24/35	36/47
TODOS	1	El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño SE															
	2	El cuidador lo mira cuando le habla SE															
	3	Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador SE															
1º T	4	Se calma cuando lo alza su cuidador SE															
	5	Reacciona a un sonido/voz C															
	6	Demuestra gestualmente estados de placer o displacer SE															
	7	Fija la mirada /muestra interés en el rostro del adulto SE															
	8	Sonríe cuando lo miran -sonrisa social- SE															
2º T	9	Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro CVMC															
	10	Emite sonidos /gorjeo C															
	11	Sostiene la cabeza -sostén cefálico- M															
	12	Interactúa con el adulto(busca con la mirada/sonríe/grita) SE															
	13	Lleva las manos a la línea media CVMC															
3º T	14	Busca con la mirada la fuente de un sonido CVMC															
	15	Intenta tomar un objeto CVMC															
	16	Intenta ponerse de costado CVMC															
	17	Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca CVMC															
	18	Participa del juego de las escondidas - "acá está" SE															
4º T	19	Se angustia frente a desconocidos (llanto, sorpresa) SE															
	20	Se sienta solo sin apoyo M															
	21	Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza) SE															
	22	Emite sílabas -balbuceo- (ma-pa-tatata) C															
	23	Se desplaza (repta o gatea) M															
1 año	24	Se para solo, con apoyo M															
	25	Responde cuando lo llaman por su nombre C															
	26	El niño se comunica de forma verbal o no verbal C															
	27	Imita gestos (aplaude, baila, saluda) SE															
	28	Reacciona al "NO" del adulto SE															
2 años	29	Da pasos con sostén M															
	30	Realiza gestos para pedir y mostrar CVMC															
	31	Juega a poner o sacar objetos CVMC															
	32	Camina solo M															
	33	Comprende consignas simples (da la mano/abre la boca) C															
3 años	34	Dice por lo menos 1 palabra/emite sonidos c/ significado C															
	35	Colabora para vestirse o desvestirse CVMC															
	36	Logra comer solo parte del alimento M															
	37	Patea una pelota M															
	38	Avisa algunas veces que se hizo pis o caca SE															
3 años	39	Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta CVMC															
	40	Garabatea CVMC															
	41	Utiliza el "NO" C															
	42	Utiliza frases de dos palabras (dame agua, nene cayó) C															
	43	Pide algunas veces para hacer pis o caca SE															
3 años	44	Juega al lado de otros niños/as SE															
	45	Juega a dar de comer o hace dormir a los muñecos SE															
	46	Dice su nombre o sobrenombre C															
	47	Se saca o se pone alguna ropa solo CVMC															
	48	Utiliza el "mío", "yo" C															
3 años	49	Logra el control de esfínteres durante el día SE															
	50	Puede hacer un relato sencillo C															
	51	Muestra interés y disfruta de interactuar con otros niños SE															
	52	Espera su turno para jugar o hablar SE															
	53	Puede correr sin dificultad M															
54	Dibuja al menos un círculo CVMC																

M: Motriz C: Comunicación SE: Socioemocional CVMC: Coordinación Visomotora y Cognitiva

Observaciones:



X.b) Fotos.



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.

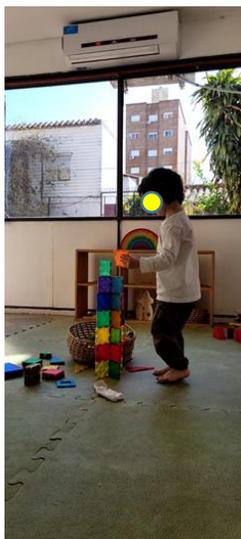


Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.

X.c) Modelo de entrevista semiestructurada.

Título del trabajo: “Observación del desarrollo infantil en un espacio de educación viva de la ciudad de Santa Fe.”

Introducción: El presente estudio consiste en una sola observación de las características y particularidades actuales del desarrollo de su hijo/a en el ámbito del jardín “Kunumí”. De ninguna manera este estudio refleja una realidad fija, ni la totalidad de lo transcurrido por usted y su familia. Si usted se encuentra leyendo esta introducción a la entrevista es debido a que se ha observado en su hijo/a características que han llamado la atención y se pretende profundizar en la información obtenida. Esta entrevista es de carácter voluntaria, de modo que no está obligado/a a responder si no está de acuerdo.

Objetivo del estudio: Observar mediante la implementación del IODI, las características y particularidades actuales del desarrollo infantil de niñas y niños de 1 a 4 años que asisten al espacio de educación viva “Kunumí”, de la ciudad de Santa Fe.

Identificación del encuestado: -

Instrucciones: Tómese el tiempo que necesite para responder e intente hacerlo con total sinceridad, apelando a su memoria y siendo lo más fiel que pueda en su relato de los hechos ocurridos.

Preguntas:

- ❖ ¿Podría relatarme antecedentes pre/peri/postnatales de su hijo/a?
- ❖ ¿Su hijo/a recibió algún tipo de diagnóstico médico?; ¿Qué diagnóstico recibió?:
- ❖ ¿Su hijo/a realiza algún tipo de terapia actualmente?; ¿Qué terapias realiza?
- ❖ ¿Qué expectativas tiene respecto a la rehabilitación de su hijo/a?
- ❖ ¿Qué opina sobre la educación viva como forma de acompañar el desarrollo de su hijo/a?

Observaciones: -

Identificación del encuestador: -

Agradecimiento final: Honestamente le agradezco por su tiempo invertido en responder a esta entrevista y dejo a su disposición la posibilidad de contar con mi colaboración en cualquier asunto que usted considere pertinente.

X.d) Modelo de Consentimiento Informado.

DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. Información para el participante.

- Título del Trabajo:

“Observación del desarrollo infantil en un espacio de educación viva de la ciudad de Santa Fe.”

- Profesionales responsables:

-Horacio Fernandez. Lic. en Kinesiología y Fisiatría. M.P. N°582.

-Esteban Emanuel Godoy. Lic. en Kinesiología y Fisiatría. M.P. N°828

Estamos invitando a participar en el estudio “Observación del desarrollo infantil en un espacio de educación viva de la ciudad de Santa Fe” a realizarse en “Kunumí: educación viva” que tiene como objetivo observar las características y particularidades del desarrollo actual de niños y niñas de 1 a 4 años que asisten al espacio.

Como parte del estudio solo se observará a una distancia considerable al niño o la niña y dicha observación será guiada por un instrumento creado por el Ministerio de Salud de la Nación.

En ningún momento se tomará contacto con el cuerpo del niño o la niña para llevar a cabo el procedimiento. El estudio que se le realizará no implican riesgos ni molestias para usted ni su familia, por el contrario, dicha observación puede ser beneficiosa para su hijo/a y el resto de su familia.

Su participación es voluntaria; usted tiene el derecho de retirar a su hijo/a del estudio en cualquier momento si así lo decide. Si usted tiene dudas acerca del proceder puede contactar a los profesionales responsables del estudio para aclarar sus dudas; los datos de los profesionales a cargo figuran en la Hoja de firmas.

La información que se recabe es estrictamente confidencial y se aplicará para dar respuesta a los objetivos del trabajo. En consecuencia, la información que se elabore como resultado de la presente investigación será enunciada en un sentido general y no habrá ninguna referencia a cuestiones individuales o personales. Los resultados que se observen podrán ser presentados en congresos y/o publicaciones y la identidad del participante y de su familia no será revelada y su privacidad será preservada.

DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

B. Hoja de firmas

Me explicaron y leí antes de firmar sobre la participación en este trabajo de investigación. Entendí que se trata de una “Observación del desarrollo infantil en un espacio de educación viva de la ciudad de Santa Fe.”

Sé que puedo decidir libremente la participación de mi hijo/a en este estudio.

La participación es voluntaria y entendí que toda información personal que se recolecte es confidencial, y que no se me identificará en ningún momento, tampoco así la identidad de mi hijo/a.

He leído y comprendido la información contenida en este formulario; he podido hacer todas las preguntas que creí necesarias. Acepto y doy mi consentimiento a que mi hijo/a participe del mismo.

- **Firma del participante** :.....
- Lugar y Fecha.....
- Aclaración.....
- DNI N°.....

- **Firma del testigo**
- Lugar y Fecha.....
- Aclaración.....
- DNI N°.....

- **Profesional que participó del proceso de Consentimiento informado**
- Firma.....
- Aclaración.....
- Lugar y Fecha.....

- **Para preguntas o información usted puede tomar contacto con:**
- Nombre y apellido.....
- Lugar de contacto.....
- Teléfono.....