

Prof. Dr. CUSMINSKY, Marcos.
Dra. GARCIA, Gabriela Alejandra.

DIEZ AÑOS DESPUES



SERIE DIFUSION
Año 7 - Nº 1
- 1997 -



Ministerio de la Producción y el Empleo
Provincia de Buenos Aires
Comisión de Investigaciones Científicas

**HOSPITAL ZONAL ESPECIALIZADO
"Dr. NOEL H. SBARRA"**

**PROGRAMA AYUDA
A LA CRIANZA**



**Ministerio de la Producción y el Empleo
Provincia de Buenos Aires
Comisión de Investigaciones Científicas**

DIEZ AÑOS DESPUES

AUTORES:

DIRECTOR: Prof. Dr. CUSMINSKY, Marcos.

BECARIA: Dra. GARCIA, Gabriela Alejandra.

PERSONAL DE APOYO: Lic. ZORZOLI, María Cristina.

Lic. APEZTEGUIA, María Carmen.

Dra. VOJKOVIC, María Clementina.

AGRADECIMIENTOS:

- **A la Sra. Bibliotecaria María Fernanda ASTIGARRAGA, por su permanente colaboración en este trabajo.**
- **A la Dra. Marisa RODULFO, por su inestimable aporte para el desciframiento del material gráfico.**

AUTORIDADES DE LA GOBERNADOR
PROVINCIA DE BUENOS AIRES Dr. Eduardo A. Duhalde

VICEGOBERNADOR
Sr. Rafael E. Romá

**MINISTERIO DE LA PRODUCCION
Y EL EMPLEO**
Dr. Carlos A. Brown

AUTORIDADES DE LA CIC DIRECTORIO
Presidente
Dr. Antonio G. Redolatti

Directores
Dr. Roberto Gratton
Dr. Héctor B. Lahitte
Dr. Mario E. Teruggi
Ing. Luis P. Traversa

Secretario Administrativo
C.P.N. Roberto M. Fernández

**Director de Servicio Planificación
y Coordinación Científica y Tecnológica**
Sra. Ledda M. González

Director de Administración
Sra. Elvira H. Cortez

PROLOGO

En este volumen titulado: "Diez años después" el Dr. Marcos Cusminsky junto al equipo que dirige: la Dra. María Clementina Vojkovic, la Lic. María Cristina Zorzoli, la Lic. María Carmen Apezteguía y la Dra. Gabriela Alejandra García, recogen y presentan parte de los resultados obtenidos en ese tiempo transcurrido.

Si tuviésemos que buscar palabras claves que sirvan como eje o hilo conductor de la obra, no dudaríamos en pensar en: niños - carencia y desnutrición.

Las aportaciones realizadas comenzaron abordando los contextos que hacían posible la producción de pobreza en un conjunto de villas de emergencia situadas en el Partido de La Plata.

Tomaron como referente empírico familias distribuidas en espacios envolventes que resulta difícil concebir como viviendas.

La investigación realizada recorrió tal vez el camino más duro de un trabajo de búsqueda: los miembros de este equipo interdisciplinario pasaban del laboratorio a la asistencia.

"Diez años después", es realmente el resultado de la cooperación entre varios especialistas que sin descuidar en ningún momento el contexto cultural y las dificultades que surgen al realizar dichos estudios en sociedades pluriculturales, logró identificar, en una población de riesgo, las variables productoras de la desnutrición infantil, sus consecuencias y algunas de las tantas medidas que ayudan a su asistencia.

El tiempo como enigma intelectual ha motivado y estimulado a los integrantes del equipo. Hoy, haciendo un repaso de las condiciones con las que comenzaron esta investigación y tomando en consideración la multiplicidad de variables tenidas en cuenta, el programa "Ayuda a la Crianza" ha logrado a través de la investigación y la clínica paliar parte de las innumerables carencias registradas en las que se encuentran inmersas las llamadas "poblaciones de riesgo social".

Luego de leer este texto creo haber aprendido la lección: es el momento de ponerse a trabajar. La solidaridad no excluye el rigor en la investigación, ni es un perifoneo inventado por exquisitos. Es la gran solución creada por la inteligencia para construir la dignidad humana.

Dr. Héctor Blas Lahitte
Miembro del Directorio de la
Comisión de Investigaciones Científicas
de la Provincia de Buenos Aires

INDICE

	Página
1) Introducción.	13
2) Contexto social del área bajo estudio (Villa Elvira).	16
3) Objetivos.	18
4) Metodología.	19
5) Resultados.	23
5.A. - Los niños, 10 años después.	24
5.B. - Una experiencia retrospectiva.	50
6) Discusión.	54
7) Bibliografía citada.	57
8) Bibliografía consultada.	58
9) Anexos.	61

1-INTRODUCCIÓN

En el año 1984, las investigaciones que abordaban el tema de la pobreza y sus mecanismos de producción, constituyeron un marco teórico apropiado para todos aquellos que diariamente asistían niños en situación de marginalidad.

El INDEC, el IPA, UNICEF, CONICET y Universidades públicas y/o privadas (1) (2) (3) (4) aportaron estudios sobre los cambios en el mercado laboral, distribución del ingreso y la situación general de la población en ese contexto. Se avanzó en la comprensión que este empobrecimiento que caracterizó a nuestra sociedad en este último decenio era un hecho económico, un hecho social y un hecho político(5).

Las cifras publicadas por la Sociedad Argentina de Pediatría expresaron altos porcentajes de niños desnutridos, con una gran concentración de los mismos según bolsones de pobreza. La Pcia. de Bs. As. exhibía cifras otorgadas por hospitales de referencia con variaciones de las mismas, cuyo rango era del 14% al 53% según el indicador Peso/Edad (6). El ser o no ser desnutrido separaba a los niños en 2 grandes grupos, produciendo una división aún mayor que ser o no pobre.

La Comisión de Investigaciones Científicas de la Pcia. de Buenos Aires haciendo eco de esta realidad seleccionó como tema prioritario la desnutrición infantil para ser abordado desde la investigación, incorporando equipos profesionales para estudiar la temática desde distintas disciplinas.

El Hospital Noel H. Sbarra de La Plata, compartiendo un interés creciente por el conocimiento de las necesidades de los niños en una sociedad donde la pobreza avanzaba y respondiendo a una demanda social recibida a través del Consultorio Ayuda a la Crianza, se introdujo en la temática propuesta por la Comisión. Este equipo interdisciplinario se propuso identificar las variables productoras de la desnutrición infantil en una población de riesgo, con la finalidad de elaborar mejores estrategias de asistencia.

Altos porcentajes de desnutrición inducían a determinar factores de la estructura familiar, determinantes de esta patología.

La experiencia que se recogía a través de la asistencia y los resultados que se obtenían sobre los determinantes de la desnutrición infantil en la primera etapa de la investigación llevó a incluir en otra propuesta no solo al niño pequeño sino a todo el grupo familiar primario.

Las diferencias observadas en estos niños , (según caso índice eutrófico-desnutrido) se homogeneizaba una vez incluidos en el Programa. Independientemente de su estado nutricional previo, se observaba que los mismos no se enfermaban con tanta frecuencia como cuando aún no habían ingresado. La demanda materna de los casos índice desnutridos, se extendió a sus hijos mayores siendo un motivo de preocupación frecuente el derivado de los conflictos por el bajo rendimiento escolar, trastornos del lenguaje, repetición, etc.

Así como en el primer trabajo presentado el propósito fue indagar las formas de producción de la desnutrición y las estrategias de recuperación identificando los casos índice, la investigación prosiguió hacia el tejido social a través de las instituciones escolares.

Al analizar los datos distritales de la ciudad de La Plata, se publicaba que este distrito era el 2º en proporción de repitentes-aplazados después del conurbano y que los valores más altos de fracaso escolar se concentraban en los primeros grados disminuyendo en forma notable en los grados superiores, cifras coincidentes con datos poblacionales de Unicef.

Los escolares definidos como objeto de estudio en la segunda etapa de la investigación, año 1989, eran los hermanos de los niños menores de 2 años (caso índice eutrófico - caso índice desnutrido) asistidos en la consulta , año 1984.

El hipoprecimiento y el mal rendimiento escolar fueron daños extremadamente generalizados en la población estudiada, no apareciendo diferencias significativas según se tratara de hermano de caso índice desnutrido o caso índice eutrófico. Si bien el tener un niño menor de 2 años desnutrido significó un marcador en estas familias, la marginalidad sinergizó aún más sus dificultades de inserción escolar.

Desde el primer momento de la aproximación al tema, se planteó la hipótesis que si bien el nexo entre pobreza y desnutrición tenía un justificativo teórico sólido, la bibliografía consultada proponía cada vez con más énfasis la pérdida de la relación causal directa entre pobreza y desnutrición (7). Esto coincide con la observación de la población marginal, que más allá del estado nutricional de su niño pequeño, se identifica en su singularidad separando a estas familias (de un medio familiar socio-económico más o menos homogéneo) en familias capaces o incapaces de sostener el crecimiento y desarrollo normal de sus hijos.

Se transitó entre la investigación y la asistencia, cifras de pobreza, fracaso escolar, patología y desnutrición. No siendo ajenos a esta realidad se abordó a las primeras familias objeto de estudio con su niño menor de 2 años evaluando su crecimiento y desarrollo 10 años después.

La desnutrición aguda, hoy, no muestra cifras publicadas alarmantes y sí preocupa la subalimentación y la prevalencia de baja talla como indicador de la problemática de desnutrición crónica (que se expresa en niños "acortados" y futuros adultos con tallas más reducidas). Estos niños, mayores de 2 años se han adaptado a menores cantidades de nutrientes en un prolongado período de su crecimiento, expresando su potencial con tallas cortas.

Pero si acerca del crecimiento físico se dice que es el crecimiento del cuerpo, el niño no "es" sino "tiene un cuerpo". Subvirtiendo el orden biológico sobre el que se asienta, pudo reconocerse como un "yo" en un cuerpo.

No es sino el inicio de ese proceso de subjetivación al que se accedió a través de la clínica hace diez años, cuando esos niños comenzaban a apropiarse del cuerpo y la palabra. Proceso que sin duda ha continuado en la construcción de un psiquismo apoyado en las identificaciones primarias, sustentado en las funciones parentales y respondiendo luego a los requerimientos de la vida social.

Ser un escolar, o un colegial, es la identidad de los niños en el momento de este nuevo encuentro en el que se supone la progresiva adquisición de autonomía en relación a las normas culturales. Es entonces su inserción escolar y el paso por la escuela primaria el trámite fundamental que tanto ellos como sus familias debieron sortear en los últimos años. Como se decía en párrafos anteriores, el conocimiento previo de grupos familiares pertenecientes al mismo sector social permiten anticipar la hipótesis del llamado fracaso escolar como estigma soportado por estos niños y acuciando la sospecha de debilidad mental.

El hecho de que el fracaso afecte al niño en su intimidad personal y, al mismo tiempo, por su magnitud, sea síntoma social de un sector importante de la población permite imaginar la complejidad del problema.

Lejos por tanto de pretender agotar el conocimiento de sus múltiples determinaciones, trataremos de responder algunos interrogantes sobre los obstáculos en el devenir sujeto de estos niños cuya historia reencontramos 10 años después, y si bien la trama subjetiva individual sería sólo puesta en evidencia en un tratamiento individual, se cree posible teorizar aquí sobre la generalización de lo que se repite niño a niño y familia a familia en este sector social.

Diez años que no sólo los niños crecieron, sino que este equipo de trabajo continuó respondiendo la demanda de madres y niños en la consulta diaria para intentar colaborar en la búsqueda de alternativas para mejorar su salud en el proceso de reproducción continua y permanente de la situación en que viven: el círculo vicioso de la pobreza (8).

2-CONTEXTO SOCIAL DEL ÁREA BAJO ESTUDIO (VILLA ELVIRA)

En un trabajo reciente sobre población en riesgo social, definida como aquella que se encuentra por debajo de la línea de pobreza (9), se determinó la existencia de 34 villas miserias en el partido de La Plata.

Esta ciudad en los últimos 11 años creció en su periferia en un 25% (principalmente en ranchos y construcciones precarias) ascendiendo a 65.000 los platenses con N.B.I. en mayo de 1994.

En esos bolsones de pobreza viven 13.269 personas, correspondientes a 3.898 familias de las cuales el 17,7% de ellas tiene por cabeza a una mujer; el 46,9% de los habitantes son menores de 14 años y la amplia mayoría se ubica entre 1 y 9 años.

El 8,5% de los niños nunca acudieron a la escuela mientras que el 11,5% cuyas edades se encuentran entre 5 y 14 años dejaron de concurrir.

El barrio que más creció en estos 10 años fue Villa Elvira, (su población ascendió en un 8% en este período). Su superficie alcanza el 10 % del partido de La Plata y su población total asciende a 63.558 habitantes. Presenta en su interior 11 aglomerados de villas con características disímiles aún dentro de las mismas.

Los niños de 6 y 7 años en un 7,6 % no concurren a la escuela, mientras que en algunos conglomerados ese porcentaje alcanza un 30%. Los jóvenes de 14 a 19 años que asisten a escuela primaria alcanzan a 10,8%, porcentaje indicativo de retraso escolar en este grupo etáreo.

El 12,1% de la población de 10 a 14 años son desertores escolares, habiendo aglomerados donde ese porcentaje asciende a 17%.

Dentro de este contexto social, desde el año 1989, las cifras de mortalidad infantil en nuestro país oscilan en un promedio de 22.5 por mil. Los datos publicados expresan que en la ciudad de La Plata estas cifras no superan el 17 por mil.

**DATOS SEGÚN CENSO DE VILLAS MISERIA PERTENECIENTES A
VILLA ELVIRA**

INDICADORES	SECTORES															
	3	5	9	10	11	12	13	14	15	16	17: Promedio					
N.B.I	96,20%	96,00%	94,90%	98,30%	92,20%	100%	100%	92,30%	90%	97%	100%	95,10%				
% niños 5-9	20,80%	18,10%	8,40%	9,00%	3,10%	0%	14,30%	2,80%	4,70%	7,70%	5,80%	8,50%				
no asisten	8,70%	0%	0%	0,80%	0%	0%	0%	0%	1,50%	13,80%	7,10%	3,00%				
% niños 10-14																
no asisten																
desertores	8,70%	18,10%	5,40%	12,50%	11,10%	0%	18,70%	8,80%	11,40%	13,80%	7,10%	12,10%				
10-14 años																
% niños 6-12	0%	5,00%	3,40%	2,80%	0%	0%	0%	0%	2,40%	2,60%	0%	2,90%				
no asisten																
% niños 5 año	50%	50%	22,20%	33,30%	0%	0%	50%	12,50%	13,80%	40%	0%	27,60%				
no asisten																
% niños 6 y 7	7,10%	30%	4,80%	7,50%	7,10%	0%	0%	8,30%	8,80%	0%	10%	7,60%				
no asisten																
14-19 años	18,10%	8,30%	1,4%	9,90%	8,70%	11,10%	5,30%	11,10%	7,50%	15,80%	0%	10,80%				
esc. primaria																
desertores	2,90%	4,60%	2,10%	2,10%	0%	0%	0%	2,60%	2%	3,90%	0%	2,50%				
5-9 años																
Tasas de escolarización																
5 años	50%	50%	77,80%	86,70%	100%	100%	50%	87,50%	86,20%	60%	100%	72,40%				
6-12 años	94,30%	90%	94,90%	94,90%	98%	100%	100%	98%	95,60%	92,10%	92,30%	93,50%				
13-17 años	0%	11,10%	19,50%	13,10%	40,40%	0%	18,70%	17,20%	20,60%	23,80%	50%	20,10%				
18-20 años	3,70%	14,30%	0%	0%	100%	0%	0%	5,30%	2,60%	6,30%	33,30%	3,90%				

Fuente: FLIER, Patricia G. y col. En los márgenes. C.I.S.H. U.N.L.P. 1995

3- OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar el crecimiento y desarrollo de los 60 niños que pertenecieron al Programa Ayuda a la Crianza en el periodo 84-86.

Objetivos específicos:

- 1) Determinar el estado nutricional actual de los 60 niños.
- 2) Detectar problemas de salud que presentaron a partir del egreso al Programa.
- 3) Evaluar su posición subjetiva e inserción escolar.
- 4) Determinar la concurrencia a organismos de salud ante la presencia o ausencia de enfermedad.
- 5) Registrar internaciones de alta complejidad.

4- METODOLOGIA

- ETAPA 0**
- Conformación del equipo de trabajo.
 - Búsqueda bibliográfica.
 - Recopilación de datos de los 60 niños bajo estudio.
 - Elaboración de instrumentos:
 - a) Encuesta social. (anexo 1)
 - b) Ficha para examen clínico. (anexo 2)
 - c) Encuesta a las docentes. (anexo 3)
 - Determinación de la metodología para la utilización de los instrumentos.
- ETAPA 1**
- Tarea de campo:**
- 1- Hogares:
 - a) Actualización de domicilios.
 - b) Concurrencia a los mismos.
 - 2- Hospital:
 - a) Entrevista psicológica en los consultorios externos del hospital.
 - b) Examen clínico y antropometría de los niños en los consultorios.
- ETAPA 2**
- Tarea de campo:**
- 1- Hogares:
 - a) Recitación de familias que no asistieron.
 - b) Traslado de los profesionales a los domicilios.

2- Hospital:

- a) Entrevista psicológica.
- b) Examen clínico.

ETAPA 3

Tarea de campo:

3- Escuelas:

- a) Búsqueda de los niños no hallados en sus domicilios en las escuelas de la zona.
- b) Contacto con las escuelas a las que asisten los niños y entrevista con las docentes.

ETAPA 4

- Confección de la base de datos.
- Análisis de los datos según áreas (biológica, psicológica y social).
- Integración de la información por áreas.

ETAPA 5

Elaboración del informe final.

ETAPA 0

Determinación de la metodología para la utilización de los instrumentos:

1- Examen clínico:

Se realizó en el Consultorio Externo del Hospital examen clínico, haciendo hincapié en la detección de patologías que no hayan sido percibidas por la familia. Se utilizaron las pruebas de agudeza visual (Test de Snellen) y de agudeza auditiva (Test de la palabra hablada).

2- Evaluación antropométrica:

Se utilizaron los índices peso/edad y talla/edad según tablas de referencia nacionales del Ministerio de Salud y la Sociedad Argentina de Pediatría e internacionales del National Center for Health Statistics (NCHS).

Los datos fueron analizados en rangos de percentilos y en puntaje estandarizado (puntaje z).

3- Evaluación de maduración física:

Se utilizó el sistema de clasificación de desarrollo puberal de Tanner.(10)(11)

4- Entrevista psicológica:

a) -entrevista con la madre: dirigida a elaborar aspectos relacionados con:

- * imagen materna del niño actual;
- * dificultades respecto de la crianza;
- * lo que la madre y la familia demandan de este niño en particular.

b) entrevista con el niño: ante una breve consigna se ofrecen al niño materiales para dibujar (hojas, lápiz y goma, fibras de colores.)

Se registran comentarios y asociaciones.

Se interroga sobre temas que el niño plantee verbalmente o en el material gráfico.

5- Encuesta social:

Aplicación de encuesta socio-económica. (anexo 1)

ETAPAS 1 Y 2

Tarea de campo: se realizó la verificación de los domicilios de los 60 niños bajo estudio. La ubicación de las familias fue dificultosa, ya que es conocida la migración y traslado permanente de las mismas.

Posteriormente se llevó a cabo la visita a los hogares con el fin de realizar la encuesta social y las citaciones al Consultorio Externo del Hospital para el examen clínico y la entrevista psicológica.

En el 22 % de los casos, fue necesario citar en más de una oportunidad a los niños para que asistan a la consulta; un 25% no concurrió, por lo que el equipo de trabajo se trasladó a sus domicilios, donde se llevaron a cabo el examen clínico, antropometría, entrevista psicológica y encuesta social.

ETAPA 3

Según datos de la Dirección General de Escuelas de la Provincia de Buenos Aires, se confeccionó un mapeo de las escuelas de la zona.

En un segundo tiempo, fueron visitadas las escuelas a las que asistían los niños bajo estudio. Se contactó con el personal docente y se realizaron las entrevistas.

ETAPA 4

Se confeccionó la base de datos en EPI-INFO para el volcado de la información recolectada y su posterior análisis estadístico.

ETAPA 5

Redacción del informe final.

5- RESULTADOS:

5. A-Los niños, 10 años después

A.1- De la población bajo estudio.

A.2- Sobre cómo las madres ven a sus hijos.

A.3- Sobre cómo la escuela ve a los alumnos.

A.4- Sobre cómo los médicos ven a sus pacientes.

A.5- Sobre cómo los niños se ven y se muestran.

5.B- Una experiencia retrospectiva.

A- LOS NIÑOS, 10 AÑOS DESPUÉS.

A. 1 De la población bajo estudio:

Los resultados de este apartado corresponden a la evaluación de niños 10 años después de su pertenencia al Programa en los 2 primeros años de vida. Algunos de ellos continuaron en contacto con el equipo a través de consultas personales por demanda espontánea o por la atención que se les brindaba a sus hermanos menores. El análisis de esta población actual de niños y niñas prepúberes permite conocer cómo y cuánto influyeron las situaciones de riesgo que vivieron en su primera infancia.

De los 60 niños que pertenecieron al P.A.C. durante el período 1984-1986, se logró localizar y evaluar un 78 % (47 niños).

Debido a que 1 de ellos pertenece a un Instituto de menores, no se lo incluyó en los resultados finales. Por este motivo la población quedó conformada por 46 niños. La pérdida de los casos alcanzó a un 22 % (13 niños).

PERDIDA DE CASOS (distribución por causas).

	Nº abs.	Porcentaje
Cambios de domicilio	4	30.7 %
Fallecimiento	1	7.8 %
No concurren al control	2	15.4 %
Localización de datos familiares pero no del niño	2	15.4 %
Sin datos	4	30.7 %

El 20 % de los niños vive con su madre como único jefe del hogar, mientras que sólo el 6 % de los mismos estaban a cargo de su padre (separación, fallecimiento de la esposa, etc.).

Todos pertenecen a familias numerosas, en el 44 % de los casos existen entre 9 y 12 personas habitando el mismo hogar.

El 65 % de los jefes de familia poseen actividad inestable (vendedores ambulantes, changas, etc.) Cabe destacar un 10 % de pensionados y/o jubilados.

El 62 % de las madres trabajan fuera del hogar (tareas relacionadas con el servicio doméstico).

30 familias (65%) tuvieron más de un niño asistido en Programa.

El 50 % de las familias carece de agua corriente, viven en casa tipo B (chapa o madera) o C (cartón), con letrinas. En su totalidad poseen luz eléctrica.

Más de un 50 % de los niños habitan viviendas ubicadas en terrenos no propios (generalmente fiscales), casas prestadas o como intrusos.

Re-encontramos a nuestros pequeños pacientes cuando ya han cumplido 9 - 10 y, en algunos casos, 11 años de edad. Nuestra expectativa hacia ellos, aún suponiendo la complejidad y diversidad de la vida psíquica, es encontrar cumplidas ya ciertas etapas del desarrollo que tienen que ver con la construcción de su identidad.

De acuerdo con la teorización freudiana este momento corresponde al llamado período de latencia, intervalo comprendido entre los dos tiempos de la sexualidad humana: la sexualidad infantil y la organización puberal.

En condiciones normales, habiendo tramitado su paso por el complejo de Edipo, el niño latente se identifica con el padre del mismo sexo y construye los ideales de acuerdo a modelos de su cultura. La disminución relativa de los impulsos, acaecida más o menos entre los 6 y los 10 años, provoca la latencia también relativa de los conflictos intrapsíquicos y la energía puede ser desplazada hacia los grupos de pares, los maestros, los ideales, etc.

Es el tiempo de las actividades e intereses, de las funciones del yo, del pensamiento y la realización. Procesos simbólicos a los que el niño accede luego de un largo período de dependencia de las figuras parentales, y por tanto, determinado también por su vínculo con ellas.

De igual manera, en este período, las competencias y aprendizajes estimulados y solicitados por la familia, la educación y la escuela, tendrán características propias para cada sexo y sector cultural.

Se entiende que si la característica central de este período es el “ser alumno”, también las derivaciones psicopatológicas tengan que ver con conductas sintomáticas vinculadas a la escolaridad.

La distribución según escolaridad es la siguiente :

Nro. de niños	%	Grado
17	39%	4to.
11	25%	5to.
8	18%	3ro.
4	9%	6to.
3	7%	2do.

Existe sólo 1 niño en 1er. Grado, no se encontró deserción escolar. Fueron visitadas 18 escuelas, solo 1 privada . Cabe destacar que los 5 niños que asistían a dicha escuela eran becados.

Los 46 niños (totalidad de la población bajo estudio en esta etapa) concurrieron al hospital para los exámenes y entrevistas acompañados por sus madres.

Se recibieron respuestas de la mayoría de las escuelas, aunque no suficientes para completar la totalidad de las encuestas. Se completaron los datos solamente en 32 casos.

A.2 Sobre cómo las madres ven a los niños:

Cada una de las frases, expresiones textuales de las madres, representan y condensan el pensamiento vertido en las entrevistas en su intento de describir a sus hijos. Con escasas variantes las expresiones se repiten en el decir de todas las madres.

Se resumen comentarios y se clasifican en:

Comentarios elogiosos(E)

Nº de orden	sexo	
001	(m)	Travieso, audaz, bueno y solidario, obediente.
004	(f)	Buena, obediente, no se va sin permiso.
008	(m)	Exito en el fútbol, muy querido, siempre sano.
010	(f)	Buena, tranquila, obediente, parece más grande.
011	(f)	Excelente alumna, carácter fuerte, activa, sociable.
012	(f)	Mimosa, pegada al padre, se arregla bien.
017	(m)	Atento, buen alumno, sociable, celoso y acaparador; va a ser algo grande.
018	(m)	Es buenito.
022	(m)	Tranquilo, estable, buen alumno.
023	(f)	Muy inteligente, muy bien en la escuela, independiente.
024	(f)	Dulce, obediente, colaboradora, inteligente.
027	(m)	Muy vago, activo, no muy bien en la escuela.
033	(m)	Buen alumno, inquieto y rápido, no se queda en casa, siempre afuera.
037	(m)	Es el más bueno, todos ayudan.
056	(f)	Buena, solidaria. Igual de callada que ella y el padre.

Comentarios descalificatorios (D)

002	(f)	Lenta para la escuela, tímida, sensible, más quedada que los hermanos.
007	(m)	En el colegio es muy lento, re-flojo, temeroso y tímido. Es el más tranquilo de todos.

009	(m)	Llorón, muy sensible, mal en la escuela, no se integra.
014	(m)	Insoportable, nervioso, siempre enfermo.
019	(f)	Rebelde, desobediente, es responsable pero va a ser mala, a todo contesta.
020	(m)	Lento, tímido, no le gusta estudiar .
021	(f)	Peleadora, exigente, siempre desconforme.
034	(m)	Nervioso, polvorita, le estamos poniendo límites. Más trabajo que todos sus hermanos.
040	(f)	Violenta, insolente, burlona. Rápida, dice que no la entiendo.
042	(f)	No me hace caso, no ayuda. En la escuela muy bien.
043	(m)	Necesita un psicólogo.
044	(m)	Ninguna adjetivación que describe a este niño.
051	(m)	No hace caso, sólo cuando le pega el padre.
055	(m)	Muy caprichoso, como un bebé.
057	(f)	Individualista y egoísta, antes era dócil y obediente.

Siendo tan concisos y escuetos los comentarios, la distinción entre elogio y descalificación se realizó más por la cualidad percibida transferencialmente que por la proposición verbal. Así pudo distinguirse como elogio la "vagancia" o la "inquietud" y como negativa la "rebeldía" tanto como la "tímidez", según el niño satisfaga o no las expectativas maternas.

En términos generales se elogia la obediencia, la quietud, la tranquilidad, el buen alumno, en suma, el criterio de adaptación y sometimiento a la autoridad por sobre la respuesta singular y espontánea característica de un sujeto en crecimiento.

Si se separan las respuestas según correspondan a hijos varones o hijas mujeres se observa que el elogio de la docilidad, la quietud y la obediencia tiene una carga preponderantemente mayor hacia las mujeres. Mientras tanto el varón es reconocido por su actividad aunque sea travieso y vago, así como por su inteligencia aunque "no le vaya muy bien en la escuela". El deseo y al mismo tiempo la exigencia, está puesta sobre el hijo varón portador de la inteligencia, la independencia, la audacia, la rapidez. La expectativa en relación a su ideal no permite que una madre reconozca como propias de la subjetividad de su hijo respuestas tales como el llanto, la sensibilidad emocional, la regresión al "bebé" ni la lentitud en el aprender. Sólo está permitido "andar mal en la escuela" cuando se ha constituido en representante de la categoría de "vago".

Para el lugar de las niñas, hay una excepción en cada cuadro que confirma la regla: (011) la madre elogia el carácter fuerte de su hija y su actividad y sociabilidad. En sentido inverso otra mamá (002) descalifica a su hija por ser "más quedada" que sus hermanos. Si bien hace referencia al aprendizaje parece extenderlo a todos los ámbitos vitales cuando asegura que su hija es tímida y sensible, "sufrida" como ella en evidente identificación a su propia historia en la que ha asociado fracaso en la escuela con fracaso en la vida.

Se pueden encontrar en estas respuestas, elementos para pensar las identificaciones precoces al yo ideal como identificaciones al género masculino o femenino. Mucho antes que se constituya la identidad sexual, que recién se conformará en la adolescencia, son las identificaciones a los rasgos y pautas de conducta culturalmente determinados los que clasifican en niñas y varones.

Ya en los orígenes de las relaciones intersubjetivas y en el lenguaje de los cuidados maternos se introduce al niño en los códigos de género.

Y es precisamente en el período de latencia en que se encuentran estos niños cuando las identidades masculinas y femeninas se cargan de todos los atributos que su cultura exige. Terreno propicio entonces para que los valores e ideales respetados por la familia entren en contradicción con las propuestas de otras instituciones como la escuela.

A.3 Sobre cómo la escuela ve a los alumnos:

Casi todas las escuelas a las que concurren los niños tienen gabinete psicopedagógico cuyas asistentes educacionales y sociales oficián para el niño como nexo entre la escuela y la familia-comunidad. Conocen la historia personal de cada alumno, la familia a la que pertenece y por lo tanto la realidad económico social en la que está inserto.

La formación en la especialidad además acredita a las asistentes para realizar un diagnóstico del niño en relación a la escuela más preciso del que compete a la docente de grado.

Por tal motivo se consideró importante presentar un cuestionario para ser respondido por los miembros de los gabinetes escolares, que pudieran volcar su opinión sobre los factores determinantes de la posición del niño respecto del ambiente escolar y el aprendizaje. Se realizaron 6 preguntas a las que podían agregar comentarios espontáneos:

A) El fracaso (repetencia de más de un grado) o el éxito (promoción año tras año) del niño en la escuela se debe a:

B) La situación observada este año es similar y constante desde primer grado o se pueden diferenciar etapas?

C) El fracaso o el éxito en lo intelectual se corresponde con un fracaso en las actividades estéticas y físicas y en las relaciones sociales? Si no es así por favor describa la situación del niño.

D) Cuál es la posición de este alumno en relación a sus compañeros (relaciones amistosas, de dependencia, de liderazgo, falta de integración, etc.)?

E) Ud. observa que tiene intereses ajenos a las propuestas escolares? Cuáles?

F) El niño trabaja o asume responsabilidades familiares delegadas por sus padres?

Interpretación de las respuestas:

A) Las razones dadas por el equipo docente sobre el fracaso o éxito de los niños pueden agruparse en personales, familiares y socio-culturales.

	Cantidad	
* PERSONALES	9	(inteligencia, empeño, esfuerzo)
* FAMILIARES	15	(se incluyen aquí las razones que tienen que ver con la toma de decisiones familiares como el ausentismo y la asistencia externa al alumno).
* SOCIO CULTURALES	6	
* NO CONTESTAN	2	

B) En la gran mayoría (20 niños) su desempeño ha sido constante a lo largo de la escolaridad. Sólo en 3 niños se afirma que han pasado por una peor etapa en los inicios de la lecto escritura lo que coincide con la mayor frecuencia de repeticiones en los primeros años.

C) La generalización del fracaso o la buena performance incluyendo otras actividades es variable si bien para la mayoría la respuesta es afirmativa. Parecería que el concepto escolar abarca al niño en su totalidad ; es decir, el fracaso lo afecta en su totalidad.

D) Sobre 3 niños se dice "no integrados al grupo de pares".

15 escolares mantienen relaciones amistosas y algunos pocos son caracterizados como dependientes ya sea en la versión sometimiento o en el liderazgo agresivo.

E) Intereses ajenos a las propuestas escolares son manifiestos en algunos varones y tienen que ver fundamentalmente con el fútbol.

F) Sólo 4 niños tienen comprobadas responsabilidades delegadas por sus padres

Lo primero que llama la atención sobre la información recogida es la dificultad de los asistentes y/o docentes para responder de manera algo cualificada, dificultad de

abandonar la estereotipia de las conceptualizaciones globales y ambiguas. Habiéndose entregado una encuesta de opinión, una por cada niño, se daba la posibilidad de contestar libremente cada pregunta. En cambio se recibieron respuestas más acordes a un cuestionario "múltiple choice".

Respuestas que además dan cuenta de un pensamiento excesivamente determinista que ubica a los niños como reflejo mecánico de la familia o la clase social sobre lo que la escuela asume una posición crítica pero desde el exterior y a distancia.

Respuestas que al mismo tiempo revelan la impotencia de la institución escolar para reconocer la posición subjetiva de los alumnos y el conflicto que el ingreso a la escuela plantea a las familias en desventaja y sobre todo al propio niño.

Los factores familiares aparecen así como el lastre que impide la buena performance ya que la razón de éxito se define como factor personal incluyendo: inteligencia, esfuerzo y empeño.

Al desconocer su implicación y no poder hacer un diagnóstico particularizado de la situación, la escuela se encuentra imposibilitada de renovar su oferta o transformarse en favor de la formación de sus alumnos.

Si hubiera la posibilidad de re-preguntar sobre lo mismo, tal vez habría que interrogar sobre el por qué tantos niños se muestran incapaces de usar su inteligencia y empeño en favor del aprendizaje, y si esto no constituye una verdadera inhibición.

En tal caso la inhibición tendría que ver sin duda con el peso de lo social pero también con la respuesta que el psiquismo del niño puede dar a la exigencia escolar cuando hay contradicción entre la demanda de aprender y las aspiraciones del sujeto orientadas por el yo ideal (por ejemplo: ser un rockero, un futbolista de primera división, el dueño de los caballos y los carros, etc.) .

Se advierte, por otra parte, que no hay razones objetivables que promuevan la deserción escolar por parte de la familia. Sólo un grupo pequeño de niños es responsable de tareas domésticas o incurre en ausentismo. Como habíamos afirmado en trabajos anteriores, aunque más no sea por los beneficios del comedor o de la copa de leche, los padres no retiran a los niños de la escuela. Cuando esto ocurre hay que pensar en la característica expulsiva del sistema escolar para este sector social que no puede, sin ayuda, sostener la educación de sus hijos.

A.4 Sobre cómo los médicos ven a sus pacientes:

* Esta población de niños fue evaluada desde una óptica pediátrica integral. Se jerarquizó su crecimiento, nutrición, presencia o ausencia de patología, acceso a servicios de salud, vacunación y maduración sexual e internaciones en el período posterior al alta del programa (2 años) y hasta la actualidad (10-12 años).

La importancia de un tratamiento interdisciplinario sobre esta población se expresó cuantitativa y cualitativamente en el estado de salud de estos niños. Sin el aporte de las distintas disciplinas, quizás el diagnóstico no se hubiera completado. Se sostiene desde el inicio de la investigación y en la práctica habitual que las situaciones que aproximan a los niños a la consulta superan problemas inherentes a su salud, por lo tanto la necesidad de un diagnóstico más abarcativo.

* Los niños concurren aseados, limpios y ordenados.

En ningún caso al ser evaluados en la consulta presentaron patología aguda.

Aquellos niños que debían ser controlados con alguna frecuencia por patología de base (celiaquía, asma, etc.) asistían con regularidad a las citas respectivas.

Esta situación cobra particular importancia si se compara esta población con la estudiada en la segunda etapa, (año 1989) cuando al examinar a los hermanos que no habían pertenecido al programa en sus 2 primeros años de vida, el 25% de los mismos presentó alguna patología aguda y/o crónica sin resolver y la higiene de los mismos era muy deficitaria.

* El 24 % de estos niños habían presentado en este período algún accidente. Coincidentemente con otros datos sobre estudios referidos a este tema (12) (13) el mayor porcentaje corresponde a accidentes en el hogar. (20 %)

En cuanto a tipo de accidente, el primer lugar corresponde a las quemaduras (36%), seguidas por caídas y traumatismos (27%). Del total de los mismos, el 36 % requirió internación.

* El 30 % de los niños requirió en algún momento internación en alta complejidad.

Dentro de los motivos se destacan los accidentes (31 %), patología infecciosa aguda (31 % -gastroenteritis, B.O.R., etc.-) y cirugías (23%) . Se cree importante aclarar que todos los niños recibieron atención por demanda materna, consultando las mismas adecuadamente.

*Las alteraciones encontradas en la agudeza auditiva en estos niños sólo alcanzaron el 2% presentando marcadas diferencias con respecto a sus hermanos (17%) en el año 1989. El tratamiento adecuado de la patología infecciosa de vías respiratorias y oído

medio en los dos primeros años de vida influyeron positivamente en la prevención de este déficit.

*En esta evaluación un alto porcentaje de niños presentó alguna alteración ortopédica (43.5 %). Esto resulta de incluir en la misma niños con pie plano y posiciones posturales no deseables.

No se encontró patología no diagnosticada en los primeros años.

* Problemas de salud de la población evaluada:

	n° abs.	%
cardiovascular	3	6.5 %
respiratoria	1	2.2 %
ortopédica	20	43.5 %
endoparasitosis	10	22.0 %
ectoparasitosis	24	52.0 %
caries	28	61.0 %
disminución agud. visual	6	13.0 %
disminución agud. auditiva	1	2.2 %
patología infecciosa ag.	0	0.0 %

Antropometría

Se utilizaron para la interpretación antropométrica de los 46 niños, dos modalidades : rangos de percentilos y puntajes estandarizados (puntaje z).

Basándose en las mediciones antropométricas se calcularon los índices peso/edad y talla/edad, comparando los mismos con los estándares nacionales (SAP/MSAS) e internacionales (NCHS/OMS) .

Resultados según percentilos :

<i>cuadro 1.</i>	Peso/edad	Talla/edad
< p. 10	10 (21.8 %)	6 (13 %)
< p. 3	4 (8.7 %)	4 (8.7 %)
TOTAL	46 (100 %)	46 (100 %)

De los datos anteriores surge que aproximadamente un 22 % de los niños presentan algún grado de déficit de peso, existiendo un 8.7% de los mismos por debajo del percentilo 3. Debe tenerse en cuenta que en un sentido estricto es esperable que el 10 % de la población normal se encuentre por debajo del percentilo 10.

Utilizando el índice talla/edad podemos inferir que no existe un elevado porcentaje de niños con retardo en talla (13%). A pesar de ello, el 8.7% de niños hallados por debajo del percentilo 3 nos alertan sobre presencia de tallas muy bajas.

Resultados según z score :

<i>cuadro 2.</i>	Peso/edad	Talla/edad
Z < - 1ds	17 (37 %)	8 (17 %)
Z < - 2ds	4 (8.7 %)	3 (6.5 %)
TOTAL	46 (100 %)	46 (100 %)

Al utilizar este sistema tomando como punto de corte - 2 DS, la prevalencia de peso/edad alcanzó el 8.7% y según talla/edad 6.5%. Por definición, es esperable encontrar un 2,3 % de la muestra por debajo o por encima de los 2 DS.

Los *gráficos 1 y 2* muestran la distribución de los *z score* de peso/edad y talla/edad para la población comparados con las curvas de distribución normal. Se observa un marcado desplazamiento a la izquierda. La distribución es algo irregular, probablemente debido al tamaño muestral.

Gráfico 1. Peso/Edad

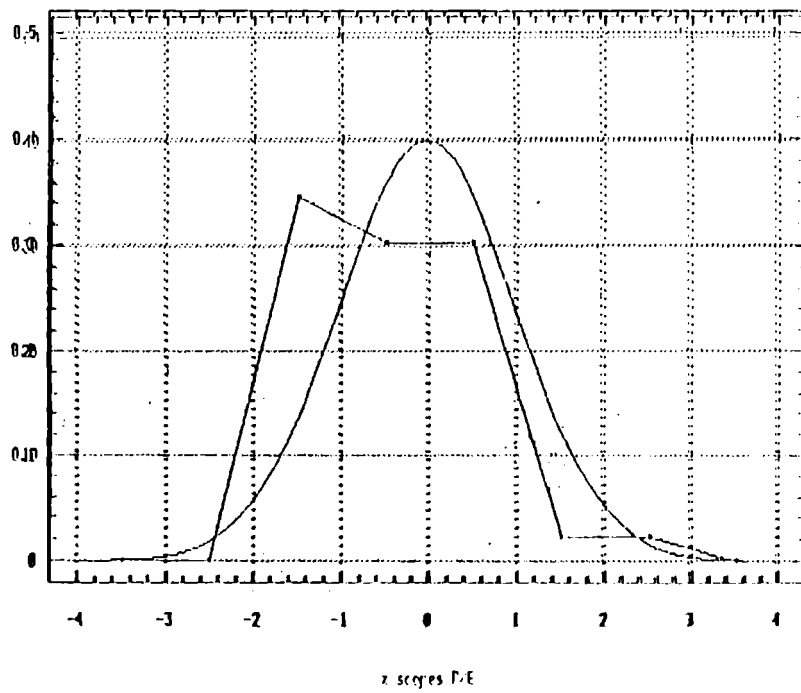
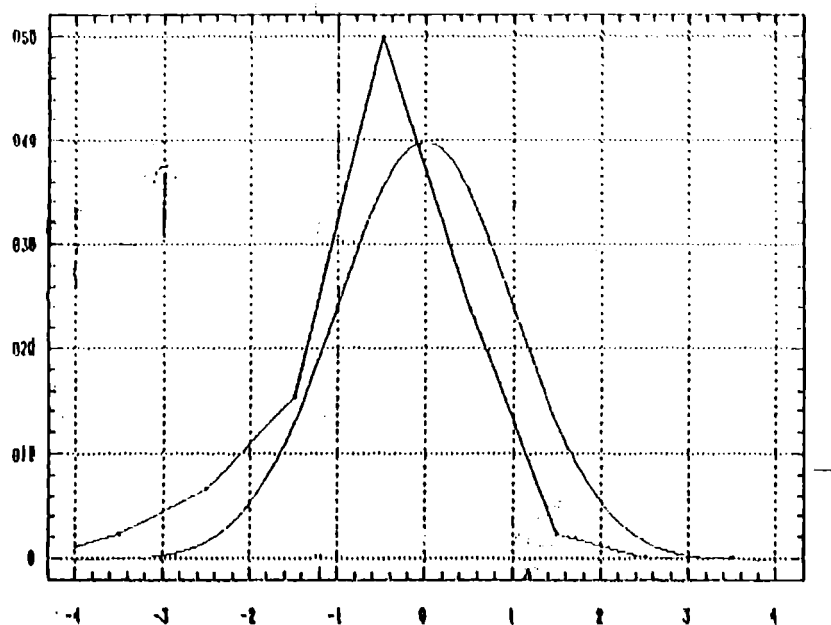
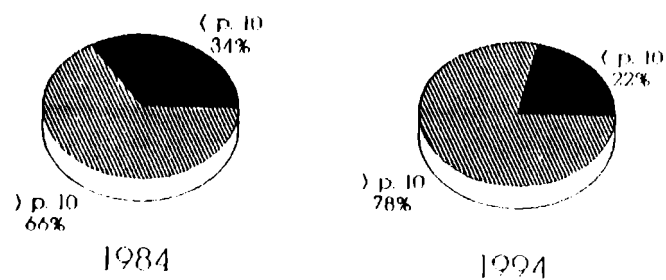


Gráfico 2. Talla/Edad



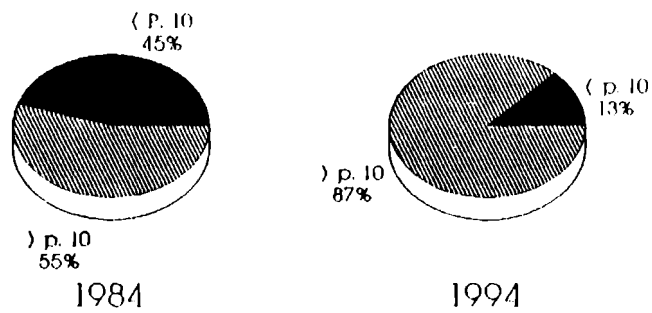
Se comparan el peso y la talla de los 46 niños evaluados en la actualidad con el estado nutricional que presentaban en la primera evaluación, año 1984. (Gráficos 3 y 4)

Gráfico 3. Peso/Edad



Si bien en la actualidad los pesos deficitarios de los niños alcanzan un porcentaje por encima de lo esperado (22 %), no se hallaron signos clínicos de desnutrición: son sólo niños delgados con bajo peso para su edad.

Gráfico 4. Talla/Edad

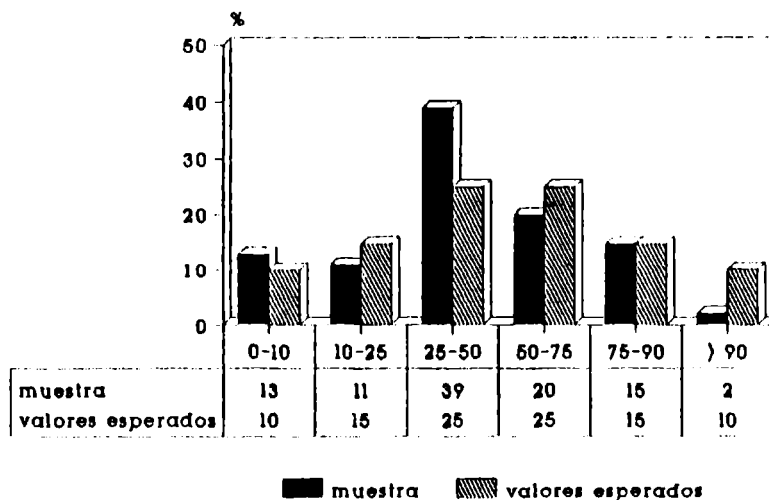


Al observar la distribución de sus tallas que corroborarían este diagnóstico, no existe un elevado porcentaje de retardos de la misma (13 %).

En 4 niños, se observó afectación importante del crecimiento presentando tallas muy bajas.

El gráfico 5 permite observar un desplazamiento de las tallas de toda la población estudiada a la izquierda.

Talla/edad, distribución de percentilos (1994)



Datos comparados con valores esperados.

6.3.2 MADURACIÓN SEXUAL (Estadios de Tanner)

Al realizar el examen clínico de los niños bajo estudio se observaron los siguientes indicadores de madurez sexual:

NIÑAS

	Mamas	Vello pubiano
Grado 1	9 (47,5 %)	14 (74 %)
Grado 2	9 (47,5 %)	4 (21 %)
Grado 3	1 (5 %)	--
Grado 4	--	--
Grado 5	--	1 (5 %)
Total	19 (100 %)	19 (100 %)

Vello axilar

ausente	16 (84 %)
presente	3 (16 %)

Menarquia

Ninguna de las niñas examinadas refirió haber iniciado su menarquia.

NIÑOS

	Testículos	Vello pubiano
Grado 1	17 (63 %)	25 (93 %)
Grado 2	10 (37 %)	2 (7 %)
Grado 3	--	--
Grado 4	--	--
Grado 5	--	--
Total	27 (100 %)	27 (100 %)

Vello axilar

ausente	25 (93 %)
presente	2 (7 %)

La totalidad de los niños presentaron maduración sexual dentro de la normalidad.

A.5 Sobre cómo los niños se ven y se muestran:

Tratando de responder interrogantes acerca de cómo son estos niños hoy, se pensó en apelar a un material fácil de obtener en la brevedad de las entrevistas factibles y que ofreciera una riqueza accesible a la interpretación: el dibujo.

En el tiempo subjetivo en el que estos niños se encuentran, momento de tránsito hacia la independencia, están más preocupados por preservar su intimidad que por someterse a la demanda de revelar lo que les ocurre.

En este caso la hoja en blanco, juega como dispositivo en el que las asociaciones gráficas dicen lo que de sí misma la conciencia desconoce o prefiere encubrir.

El privilegio que la cultura occidental ha otorgado al lenguaje hablado, al mismo tiempo ha descalificado y sometido a la dependencia verbal a otras formas de lenguaje, como ha ocurrido con el grafismo.

El dibujo es una producción psíquica y, como tal, realización de deseos y determinada por impresiones de la infancia. Representa al dibujante, no en el sentido de una imagen fotográfica, sino en el sentido de una figuración cuya escritura en su forma y contenido expresa conflictos de fuerzas intrapsíquicas donde el afecto no se disocia de la representación.

De la misma manera que en niños más pequeños se utiliza el juego como la asociación libre propia de ese momento subjetivo, la producción gráfica de estos niños casi púberes, semejante a la producción artística, se toma aquí como escritura del deseo.

Los elementos formales, lo figural como enigma, y no sólo su contenido o sentido inmediato, serán entonces el texto a leer que de cuenta de las viscosidades del trabajo de subjetivación del niño. Puente hacia la pulsación interior de la obra y de las fuerzas primarias que la determinan.(14)

La imagen del cuerpo, la imagen de base sobre la que se sustenta, la orientación espacial, lateralidad, perspectiva, tercera dimensión, etc., imposibles de visualizar en relatos verbales, se ofrecen aquí a la mirada del investigador.

Material a descifrar

Se tomó el material gráfico como escritura a descifrar, en su autonomía semiótica, siguiendo el camino señalado en nuestro medio por la psicoanalista Marisa Rodulfo (15)

El procedimiento consistió en tomar primeramente todos los dibujos en su conjunto para descubrir en ellos los elementos constantes que se repiten niño a niño.

Al mismo tiempo se realizó una lectura minuciosa de cada uno analizando los detalles que adquirirían valor por la fuerza interna de los mismos o el tratamiento que le ha dado su autor en relación al resto.

Al observar, en la primera lectura, configuraciones específicas para cada uno de los géneros se procedió también a descifrar separadamente los dibujos de las niñas de los realizados por los varones.

De las entrevistas con 46 niños se obtuvo el siguiente material:

Total dibujos	58	autores	46
varones	33	“	27
mujeres	25	“	19

Elementos considerados:

La mirada descompone en unidades algunos elementos que se articulan entre sí y con elementos de otros discursos : verbalizaciones, gestos, etc.

- 1- utilización del espacio (hoja).
- 2- tamaño del dibujo.
- 3- forma del trazo.
- 4- tensión, orientación y movimiento.
- 5- color.
- 6- contenido.
- 7- representación del cuerpo.
- 8- base de sustentación.
- 9- organización de los elementos.
- 10- falta de elementos significativos.
- 11- discordancias o desproporción entre partes del dibujo.

1- Utilización del espacio:

La hoja en blanco es el espacio potencial posible de ocupar y la forma en que el niño la utiliza da cuenta de su capacidad de apropiarse del mismo.

Lugar de ubicación de la experiencia cultural, da cuenta también del proceso de adquisición de símbolos a través de la experiencia vital de dibujar pisos y paredes cuando descubre, al igual que el hombre primitivo, un espacio para representar.

En el marco de las entrevistas, la capacidad de utilizar el papel ofrecido también se relaciona con la disposición a confiar y a aceptar la ayuda.

Se distribuyeron de la siguiente manera :

espacio totalmente ocupado	50 dibujos	(38 niños)
varones	27 “	(22 niños)
mujeres	23 “	(16 niñas)

espacio parcialmente ocupado	8 “	(8 niños)
------------------------------	-----	------------

2- Tamaño:

La dimensión de las imágenes está relacionada con la forma personal de ocupar el espacio. Es importante analizar el tamaño relativo de las figuras donde pueden leerse posiciones subjetivas del niño: protagonismo, evasión, eclipsamiento, etc.

Si el espacio en blanco representa el potencial a ocupar, la ubicación y tamaño de las figuras representa la posición efectivamente asumida en el marco de las relaciones interhumanas.

En la mayoría de los trabajos el espacio está poblado de figuras pequeñas, incompletas, tanto de personas como de objetos, pero sobre todo adquieren esas características las figuras humanas. A veces son tan diminutas y tan desvitalizadas que pierden su característica humana y aún de seres vivientes. Otras son producto de evitar la angustia ante la representación corporal o la diferencia sexual y se muestran figuras como hilos sin ninguna consistencia. Tal vez tenga que ver con el mismo mecanismo evitativo el hecho de que aparezcan muy grandes las imágenes de la casa que son proyecciones desplazadas del propio cuerpo.

Solo unas pocas figuras aparecen realmente completas, de buen tamaño y con verdadero protagonismo.(A)

3 y 4 - Forma del trazo, tensión, orientación y movimiento.

Si el desplazamiento que la mano realiza al dibujar se plasma en el trazo, el producto es resultante de la conjugación de elementos externos y elementos internos : las tensiones como fuerzas vivas que habitan las formas. Tensiones que combinadas con la dirección del trazo otorgan al dibujo alguna cualidad de movimiento.

Fuerzas internas del movimiento gráfico, energía libidinal que emerge de la tensión deseante del sujeto que dibuja, síntesis de las pulsiones de vida que lo orientan en el camino hacia los objetos. Tal la imagen inconsciente del cuerpo que sintetiza las experiencias vitales y plasma la memoria inconsciente de las primeras experiencias relacionales.

La mayoría de los dibujos muestran trazos fuertes pero rígidos, de firmeza congelada que también congela la posibilidad de movimiento. Los objetos se muestran inertes, la copa de los árboles es como de madera al igual que algunas casas (B) (C) (D).

Estas características son compartidas tanto por los niños como por las niñas. En ambos hay algunas excepciones donde se muestra el movimiento sin constricción en un trazo libre de ataduras que pulsa en distintas direcciones (E).

La cualidad expresiva que transmite el dibujo también está relacionada con el trazo: su claridad, nitidez, presión sobre la hoja, etc.

5- Color:

La utilización del color y sus distintas gradaciones cromáticas está directamente relacionada con los aspectos emocionales. No sin razón los artistas hablan de la armonía del color en relación al contacto con el alma humana.

Pero el color es además el instrumento que el niño tiene para destacar, remarcar, intensificar lo que de alguna manera está más relacionado con sus conflictos personales.

En el conjunto de los dibujos lo que en realidad llama la atención es la escasa frecuencia del color llenando los espacios. Casi siempre se utiliza para remarcar contornos, se colorean perímetros, pocas veces superficies.

En el grupo de las niñas hay más uso de color que en el de los varones pero igualmente son escasos los trabajos totalmente coloreados. También entre los niños

hay cuatro casos en que las figuras humanas quedan sin nada de color mientras los demás elementos están coloreados.

6- Contenido:

Relacionado más estrictamente con la narración gráfica, el argumento, los personajes. Es importante destacar aquí la posibilidad de construir una narración gráfica como signo de buen nivel intelectual y salud mental. En ese sentido se observa que todas las niñas pueden hacerlo de alguna manera aunque sea en forma muy primitiva y con escasos personajes.

Por el contrario entre los varones hay 7 trabajos que no representan ninguna escena, solo una casa o algún personaje en copia diferida de algún dibujo animado o historieta. En el otro extremo son también minoritarios los dibujos de ambos sexos que se destacan por el rico contenido.

Si bien el tema de la casa tiene una presencia importante en casi todos, es en los trabajos de las niñas donde la casa es la principal protagonista.

En los dibujos de los varones, en cambio, aparece el juego y el deporte (sobre todo el fútbol) como tema que se repite con frecuencia. También el automóvil en distintas variantes: auto de carrera, camión, camioneta, colectivo, etc.

7- Representación del cuerpo:

Así como las primeras exploraciones con las que el niño asume la propiedad de su mano las realiza sobre el cuerpo propio y materno (que en esos momentos son indiferenciables), así también desde sus primeros garabatos lo que representa es su propio cuerpo.

El cuerpo del niño latente es un cuerpo sexuado, identificado con el progenitor de igual sexo y que se representa con los rasgos y emblemas que lo distinguen.

El cuerpo representado, sede de los conflictos y emociones, es el cuerpo de la imagen inconsciente, que habla por lo que muestra y por lo que omite, por lo que remarca o lo que sustrae.

Las figuras humanas realizadas por nuestros autores, exceptuando las de tamaño más o menos adecuado al contexto de la hoja, son tan diminutas que no tienen la posibilidad de expresar vivencias o emociones, a veces tampoco diferenciación sexual (F) (G) (H).

Las imágenes son planas, no solamente las humanas sino también las representaciones de la casa: planas con una o ninguna fachada, sin contenido, sin profundidad ni espesor.

Muchas veces el camino no coincide con la entrada o la puerta no se apoya en el piso. Del mismo modo las figuras humanas carecen de manos, los brazos se muestran como amputados.

Todo el conjunto aparece como la representación de la carencia de intercambios emocionales, escasa representación de contacto interpersonal.

Distintas formas de evasión se muestran también en algunos dibujos de cuerpos filiformes que dan cuenta de la inhibición sobre todo ante la posibilidad de representar la diferencia sexual.

Escaso protagonismo de figuras humanas que muchas veces se encuentran también sin cara o de espaldas.

8- Base de sustentación:

Representa la base sobre la que el ser humano se yergue, el piso sobre el que construye su experiencia vital y humana. Tiene relación por tanto con el sentimiento de seguridad, sensación de piso firme otorgada por las primeras experiencias libidinales.

Sobre el total de trabajos aparece expresamente dibujada en escasa proporción:
base dibujada 18 trabajos (6 varones y 12 mujeres)

Observando además que en el caso de las niñas, aquellas que no dibujan la base en forma de calle, césped o alguna otra variante, utilizan el borde de la hoja como piso. De tal manera que sobre los 25 trabajos de las niñas, solamente 4 dibujos se visualizan con las figuras sin ningún sustento.

Esta cifra inversamente proporcional a la de los varones merecerá alguna interpretación.

9- Organización de los elementos:

Relacionada con la posibilidad de expresar o narrar en forma completa y armónica, con los elementos ubicados espacialmente en forma proporcionada y con un orden adecuado.

Está directamente relacionado con la simplicidad o complejidad del dibujo.

Se dice que un dibujo es simple cuando la puesta en visibilidad del sentido se realiza en la forma más armónica; cuando en la estructura de la obra cada cosa está necesariamente donde debe estar.

Por lo tanto esta organización está directamente relacionada con el buen funcionamiento psíquico, en el que prima el proceso secundario y sus funciones: juicio, razonamiento, acción coherente y controlada. Por el contrario, cuando el dibujo pierde la posibilidad de representar con simplicidad es por irrupción del

proceso primario que carga determinadas imágenes según el principio del placer. Denota un fracaso de la represión cuyo efecto se manifiesta en las dificultades en el uso de símbolos y el proceso sublimatorio.

Sobre el total de trabajos se destacan algunos muy armónicos, simples, de muy buena calidad en cuanto a la organización de los elementos y unos cuatro dibujos bastante complejos por la cantidad de detalles incluidos (I). En el otro extremo algunos pocos muy desorganizados con claros trastornos narcisistas que se manifiestan en el desorden espacial (J).

Casi todos los dibujos de las niñas son armónicos, con mayor abundancia de detalles que los de los varones (K).

10-Falta de elementos significativos:

El pensar en tanto función se localiza en la cabeza y es representado por el humo que asciende emergiendo de techos y chimeneas. Como línea enroscada en espiral ascendente también Dolto describía la representación del intelecto.

En el pasaje hacia arriba, hacia el espacio superior de la hoja, se representa el desarrollo de sublimaciones, proceso psíquico que prepara el camino para las realizaciones intelectuales.

Aquellos elementos que marcan la tendencia hacia lo alto en todos los dibujos infantiles tienen una ausencia muy significativa en estos trabajos.

A pesar de que la casa es la protagonista principal carecen de chimeneas y humo. Todos tienen aberturas pero en varios casos sin puerta, lugar de pasaje interno-externo sin cerramiento donde suele representarse la falta de control de esfínteres.

Significativa en el grupo de niñas es la escasez de aberturas que se relaciona con la dificultad de comunicación y conexión con el exterior (L) (M).

11- Discordancia y desproporción entre partes del dibujo:

Formas variadas en el tratamiento del tema dentro de un mismo trabajo, desproporciones o discordancias en un mismo dibujo son elementos de representación de lo sintomático que allí se muestra.

En unos pocos se advierten discordancias muy significativas: distinto nivel en la representación de las figuras, el movimiento, el color, etc. (B) (F) (N).

Otra forma de irrupción de lo inconsciente es el borrado reiterado, las zonas remarcadas o sombreadas junto a áreas muy claras. Lo tachado o encerrado en perímetros que representan lagos, fuentes, etc. son otras variantes de la representación de posiciones que se destacan del resto.

Interpretación

Como se observa en los elementos individualizados y aislados previamente, es lo que insiste a modo de repetición lo que otorga cualidad distintiva a este universo gráfico.

Más allá de las características singulares que permitirían determinar un estilo para cada niño y en algunos casos una ubicación psicopatológica hay elementos que por su incidencia en esta población permiten una primera generalización.

La mirada del conjunto podría decirse que es capturada por la carencia. En primer lugar la carencia más radical : el deseo del dibujante. Están ausentes la vivacidad, la espontaneidad, el entusiasmo, la alegría por representar, en relación a lo que suelen transmitir los dibujos de otros niños de la misma edad con que el investigador se encuentra en la clínica. En realidad es la misma subjetividad del niño la que se escamotea de su producción. Vale como ejemplo más concreto el hecho de que tanto en las entrevistas con los niños como con sus madres aparece el fútbol como centro de los intereses infantiles y familiares sin que se plasme en la representación gráfica el movimiento del que dice el discurso verbal.

Algo tan generalizado como la pasión por el fútbol en los varones aparece más como un juego ajeno, distante, disfrutado por otros y observado como desde el aire sin posibilidad de apropiarse de él (Ñ) (O).

Los niños representan la cancha poblada de muñequitos desvitalizados, inmóviles, y en la mayoría de los casos no poseen ninguna pelota. Ausente el elemento fundamental del juego y el movimiento de apropiación del mismo.

El despliegue motor que familiares y docentes describen como obstáculo al buen comportamiento y buen aprendizaje es en realidad un movimiento estéril, pura descarga motriz que no conduce a la ocupación de espacios para la creación.

Asociándolo con la falta de base de sustentación que también señalábamos en el capítulo anterior se puede relacionar la dificultad de estos niños con la construcción de un edificio al que se le mezquina el material de los cimientos. Algo del sostén inicial que deben proporcionar las figuras parentales impidieron para estos niños una base firme sobre la cual construir su relación con el mundo, su pensamiento, su juicio crítico.

Sin duda fue escaso el aporte de material significativo por pertenecer a familias en las que los intercambios verbales son pobres y la expresión de los afectos se realiza a través de acciones concretas tendientes a lograr la supervivencia : evitar la enfermedad y la muerte no siempre equivalen a construir para la salud. La falta de intercambios verbales a veces recubre una pobreza afectiva que implica una ausencia de reconocimiento del niño.

Carencia original que otorga ese carácter de globalidad a la opacidad en la representación gráfica.

No es un elemento el que aparece deficitario, es todo lo relacionado con el dinamismo, con la ideación, lo que aparece opacado, como difuso. No es una característica deficitaria, como se observa en el único dibujo que muestra un retardo intelectual.(P) No se muestran estos niños del lado de la deficiencia sino del lado de lo banal, lo convencional, lo estático, el potencial congelado y empobrecido. Así lo expresan tanto la forma como el contenido, el trazo como el color. Como si hubiera un espacio infinito imposible de ser investido más allá de la realidad cotidiana (Q) (R) (S) (T).

Ya en trabajos anteriores se veía como característica del jugar de estos niños la pasividad, debilidad, lo que tradicionalmente se asociaba a la desnutrición.

A través de lo que hoy ellos mismos muestran está claro que la desnutrición que más compromete su desarrollo es la del movimiento deseante. No es la debilidad de la mano en tanto debilidad motriz sino debilidad en la función que la mano representa. Función de agarrar, dibujar, proyectar. Falla de la función de la agresividad que catapulta hacia los objetos y se manifiesta en el deseo de explorar y conocer.

Por el contrario, quien aquí se muestra es un niño que se margina del mundo, se diluye o se mantiene en disyunción respecto de los objetos (U) (V) (X).

Las sucesivas separaciones (destete, heces, separación de la madre) no han dado lugar a procesos de construcción simbólica sino a incorporar lo extraño como persecutorio, favoreciendo el miedo, la inhibición o la sumisión. No es sino su consecuencia lo que aparece como inhibición en el aprender y engloba a todos los niños bajo la etiqueta de los trastornos de aprendizaje.

Así como las figuras en los dibujos no logran profundidad ni perspectiva así también el pensamiento se mantiene en un nivel de concreción que lo muestra pobre, repetitivo, imposibilitado del despliegue imaginario que en otros niños escolares se metaforiza en el humo de las chimeneas, las naves espaciales, la lucha con los extraterrestres, etc.

Llama la atención que siendo todos niños muy "televisivos" nada de la identificación al héroe aparece en los dibujos. Lo cotidiano de la casa y la escuela ¿ocupará también el espacio de los ideales y los sueños?

Hay una represión tan notoria del nivel imaginario que se puede ubicar en cada detalle: amputaciones en las figuras, falta de relato, inversiones del movimiento, mayor vitalidad en los objetos que en las personas.

Muestran la inhibición como un acto de suspensión cercano a la parálisis del movimiento y del pensamiento: figuras quietas, como atadas, sin volumen ni color.

Como si a poco de andar, en los primeros años de la vida, la investigación infantil hubiera sido abortada. Freud dice que la pulsión de saber no está totalmente bajo el dominio de la sexualidad sino que corresponde en parte a una "aprehensión sublimada". Se puede relacionar entonces la inhibición intelectual con la carencia de material significativo que en su momento ha dificultado el proceso de sublimación. Los trabajos de la investigación infantil, lejos de encontrar su cauce en la producción cultural a través de procesos simbólicos han sufrido una interrupción duradera de la pulsión de saber. Se propone entonces interpretar estos trastornos por la vertiente de la inhibición y no del déficit. Tal como lo revelan los dibujos el buen potencial existe tanto del lado del nivel intelectual como del espacio a ocupar pero, el entramado de las relaciones intersubjetivas precoces no ha sido suficiente para diagramar un piso firme sobre el que el niño pueda autonomizarse adquiriendo seguridad. Por el contrario todo se horizontaliza, nada hacia arriba sino diluido en la horizontal. Probablemente en el momento en que el niño pudo erguirse, lo familiar se volvió extraño en su mandato de quietud. De la misma manera lo escolar fue luego extraño y ajeno en la propuesta de sus ideales. Espacio del que no puede apropiarse y en el que como reacción a veces se genera la conducta antisocial.

Otra línea de interpretación no excluyente pasa por la identificación al género masculino-femenino que el niño latente expresa con todos los atributos de la cultura.

No es casual la diferencia significativa encontrada entre los dibujos de los niños y las niñas que se anticipaba ya en las respuestas de las madres.

Son las niñas las que se encuentran casi siempre dentro del espacio doméstico y amputadas en su movimiento. Replegadas sobre lo familiar sin posibilidad de investir otros espacios, se las ve, al mismo tiempo, siempre sobre base firme.

Determinada culturalmente la niña se identifica precozmente con lo cotidiano, lo inmediato. No hay ofertas alternativas que desestabilicen su base. En cambio los varones, destinados a ser "libres", trabajadores o vagos pero siempre dueños de sus movimientos por mandato superyoico, adolescerán de la falta de cimientos que los someterán a la repetición de sus fracasos.

Las alternativas para estos niños aparecen polarizadas: identificación al sometimiento, manifiesta en la inhibición o reacción violenta, manifiesta en los trastornos de conducta. Lo primero se ve fundamentalmente en las niñas y tiene una carga cultural evidente en la falta de reconocimiento de su potencial creador en aras de su potencial reproductor.

En cada línea interpretativa la falta de base de sustentación aparece como paradigmática: fallido sostén de base que deja al niño librado tanto a los embates de lo pulsional como a la violencia y la miseria de su medio.

B -UNA EXPERIENCIA RETROSPECTIVA

La continuidad en la investigación sobre familias de alto riesgo permitió vincular las conclusiones de todas y cada una de las etapas, relacionando los resultados actuales con los obtenidos durante 10 años de labor. Esta continuidad significó también, conocer los verdaderos déficits nutricionales de la población que consultaba al hospital a través de estos 10 años, para introducirse en las similitudes y diferencias de la desnutrición y la pobreza.

En el año en curso y sobre datos relevados en la provincia, el Programa Materno-infantil del Ministerio de Salud dió a conocer cifras, publicando que sobre 16.981 encuestas realizadas a menores de 24 meses en 1995, un 12,5 % de los niños de la provincia se encuentra por debajo del percentilo 10 , según PESO/EDAD. Al remitirse a la Región Sanitaria XI (La Plata, Berisso, Ensenada) ese porcentaje asciende a un 13,3 %.

Esta publicación oficial ofrece datos de una población que demanda atención. Los mismos por lo tanto, presentan un sesgo, ya que son producto de una encuesta nutricional materno-infantil de población que asiste a instituciones públicas provinciales y municipales, no ingresando en esta evaluación una franja importante de la población no demandante y que engrosa los porcentajes de desnutridos y demás carencias. Relativizan los porcentajes hallados de niños con desnutrición aguda en los primeros años de vida a partir de esas cifras , proritando la desnutrición crónica de los niños mayores. Es sabido que los datos de tipo transversal no permiten hacer mayores inferencias causales sobre los procesos que llevan a los cambios en el estado nutricional. Haber tenido la posibilidad de realizar un seguimiento a familias en riesgo permitió la observación del crecimiento de una población de niños y su interrelación con factores socio- familiares.

Los datos de los niños que ingresaron al P.A.C. durante estos años expresaron valores mucho más altos que los oficiales, observando que la población marginal sigue ofreciendo altos porcentajes de desnutridos en las primeras etapas del crecimiento y es en estas poblaciones donde hay que buscarlos ya que inexorablemente, engrosarán las cifras de los desnutridos crónicos en edades más tardías.

Utilizar entre las variables de ingreso al P .A. C ., el estado nutricional de los niños como una de las variables de mayor riesgo , permitió en la actualidad otorgar cifras que si bien no pretenden ser extrapolables a toda la población de Villa Elvira expresan déficits cuantificables de un período prolongado de asistencia sustentado en la investigación.

A los fines de este trabajo se presentan datos de la situación nutricional de los niños que ingresaban al Programa en el período 1984-1996 en 3 cortes transversales, otorgando un marco a la tarea realizada en todo este período.

1º AÑO 1984. (1º Etapa de Investigación).

2º AÑO 1989. (2º Etapa de Investigación).

3º AÑO 1996. (3º Etapa de Investigación)

1º ETAPA.

AÑO 1984. DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN PESO/EDAD AL INGRESO AL P.A.C.

	Cantidad	Porcentaje
NIÑOS EUTRÓFICOS	33	55%
NIÑOS DESNUTRIDOS	27	45%
TOTAL	60	100%
DESNUTRIDOS 1º GRADO	20	74%
DESNUTRIDOS 2º GRADO	4	15%
DESNUTRIDOS 3º GRADO	3	11%
TOTAL	27	100%

A los fines de este trabajo interesa jerarquizar:

*Altos porcentajes de desnutrición .

*Carencia de programas alimentarios en el país.

*Equipo en etapa de formación .

*Familias con escasa adaptación a la metodología de trabajo interdisciplinaria .

2º ETAPA

AÑO 1989. DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN PESO/EDAD AL INGRESO AL P.A.C.

	Cantidad	Porcentaje
NIÑOS EUTRÓFICOS	76	79%
NIÑOS DESNUTRIDOS	20	21%
TOTAL	96	100%
DESNUTRIDOS 1º GRADO	11	55%
DESNUTRIDOS 2º GRADO	8	40%
DESNUTRIDOS 3º GRADO	1	5%
TOTAL	20	100%

A los fines de este trabajo interesa jerarquizar:

*Menor cantidad de desnutridos .

*Programas alimentarios en plena ejecución .

*Tareas de un equipo consolidado .

*Familias adaptadas a la metodología de trabajo interdisciplinaria .

3º ETAPA

AÑO 1996. DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN PESO/EDAD AL INGRESO AL P.A.C.

	Cantidad	Porcentaje
NIÑOS EUTRÓFICOS	65	68%
NIÑOS DESNUTRIDOS	31	32%
TOTAL	96	100%
DESNUTRIDOS 1º GRADO	17	55%
DESNUTRIDOS 2º GRADO	13	42%
DESNUTRIDOS 3º GRADO	1	3%
TOTAL	31	100%

La situación nutricional de los niños ingresantes al Programa, en 1996, presenta las características observadas en el cuadro .

A los fines de este trabajo interesa jerarquizar:

- *Incremento de desnutridos .
- *Ingresos de lactantes pertenecientes a familias nuevas.
- *Programas alimentarios varios en ejecución .
- *Condiciones sociales muy adversas.
- *Familias que ingresan al Programa sin adaptación al trabajo interdisciplinario.
- *Nº importante de madres adolescentes.

Un 43 % de niños menores de dos años, con déficit de peso para la edad y muchos de ellos con signos clínicos de desnutrición eran los datos con los que se iniciaba la primera etapa de la investigación. Estas altas cifras disminuían pues estos niños presentaban una marcada recuperación a partir del ingreso y durante su permanencia en el P.A.C .En forma paralela se observaba como el dividir a los niños carenciados en dos grupos según sean ó no desnutridos podía opacar otras carencias quizás más relevantes, pues también los niños eutróficos pertenecientes a familias pobres mejoraban sus problemas de salud , su crecimiento y su desarrollo con la oferta del Programa.

Estas observaciones indujeron al equipo a jerarquizar las causales de la desnutrición y el abordaje de la misma, pero sosteniendo desde el principio, no hacer del diagnóstico desnutrición un diagnóstico reduccionista sino realizarlo en función de todo lo que el niño expresa desde la marginalidad.

En trabajos anteriores (16) se expresaban dudas por prioritar el ingreso de niños pertenecientes a las mismas familias, jerarquizando extremadamente su estado nutricional frente a otras variables de riesgo, si bien se reconocían resultados positivos sobre su salud, al mejorar su alimentación en los dos primeros años de vida. Es de hacer notar que en este enfoque no se soslayaba el diagnóstico de desnutrición, por lo que se consideró conveniente seleccionar otras variables de ingreso (madre adolescente o sola, debilidad mental materna, presencia de patología, etc.) , para poder abordar también otras carencias asociadas a la marginalidad que no son motivo de consulta ni de inclusión en programas.

Se sostuvo que proveer alimentos y suplementos nutritivos por sí solos y sin un tratamiento interdisciplinario no revertirían esta situación y en el largo plazo los efectos de la desnutrición temprana .

6- DISCUSIÓN

El análisis realizado en la experiencia retrospectiva articulado con los resultados actuales, permitió reflexionar sobre algunos factores limitantes del crecimiento y desarrollo en una población infantil asistida en los primeros años de vida.

Esta situación, que es poco frecuente, permitió la posibilidad de comparar la misma en un "antes y un después", relacionando su crecimiento con su calidad de vida.

Las tallas de estos niños sin ser expresión de patología hacen referencia a carencias prolongadas que exceden lo alimentario y nutricional.

Tal como se ven y se muestran hoy estos niños parecen desarrollarse en las fronteras: de la salud y la nutrición; de la construcción psíquica; de la participación social.

Trabajos anteriores sobre crecimiento y desarrollo del niño daban cuenta de los avatares de su breve historia a través de lo que podía objetivar la mirada del especialista: el médico, el psicólogo, el docente.

En el devenir humano el niño es hablado por discursos que lo anteceden y le dan vida en el nido familiar. El niño del crecimiento y desarrollo es hablado por el discurso de distintas disciplinas. Pero así como en un momento de la historia, al pequeño sujeto le es cedida la palabra para que pueda tener la propia, en el presente trabajo -a nuestro niño- le fue cedida la palabra para que también pudiera mostrarse, aún sin saberlo, a través de la expresión gráfica.

Es su imagen inconsciente proyectada que nos ha develado la multiplicidad de la carencia:

***Carencia prolongada de alimentos y nutrientes que perjudica los procesos cognoscitivos al alterar la estructura del cerebro.**

***Carencia de aporte libidinal o material significativo que en los primeros tiempos construyera su base.**

***Carencia de intercambios emocionales que favorezcan el reconocimiento del niño como tal y sobretodo su capacidad de crear.**

Pero también carencia de la oferta que desde el medio social llega a estos niños con objetivos de educación, de ayuda y de cura.

Tradicionalmente esta oferta está dirigida a aquellos niños en donde sus déficits se cuantifican, (ser o no desnutrido, estar o no enfermo), no alcanzando la misma a niños donde los déficits sociales y educacionales son incorporados como propios. Al punto de mostrarse con la debilidad de un desnutrido, la estereotipia del débil mental o la

violencia del antisocial. Las distintas modalidades de adaptación en función de la supervivencia en las fronteras, expresada en tallas bajas, fracasos escolares, y a costa de la subjetividad constituye también el costo social de una comunidad y de un país.

Queda la experiencia vivida por un equipo, que a través de diez años acompañó las instancias de vida de niños marginales observando los efectos positivos, aunque no suficientes, desde un Programa que a través de la clínica del Crecimiento y Desarrollo intenta paliar al máximo las carencias anotadas.

7- BIBLIOGRAFÍA CITADA

- 1.- INDEC. CEPA. Mapas de la pobreza en la Argentina. Documento n° 4 . Bs. As. 1994.
- 2.- INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. Resultados definitivos. Buenos Aires, 1994.
- 3.- KLIKSBERG, B. Pobreza, un tema impostergable. CLAD, FCE, PNUD; Caracas: 1993.
- 4.- UNICEF. INDEC. Infancia y pobreza en la Argentina. Bs. As, 1990.
- 5.- MINUJIN, A. La nueva pobreza en la Argentina. Buenos Aires, 1995.
- 6.- Seminario sobre estado nutricional de los niños en Argentina. Pub. CESNI-SAP. Bs. As. 1984.
- 7.- RAMALINGASWAMI, V ; JONSSON, U ; ROHDE, J. El enigma asiático. El progreso de las naciones. 1995, p : 10-19.
- 8.- UNICEF. Pobreza crítica en la niñez. Bs. As. 1990.
- 9.- FLIER, P. y col. En los márgenes. C.I.S.H.- U.N.L.P. 1995.
- 10.- TANNER, JM. Growth at adolescence, Blackwell, Oxford, 1969.
- 11.- EVELETH, P; TANNER, JM. World-wide variation in human growth, 2nd. ed; Cambridge University Press, London, 1990.
- 12.- VOJKOVIC, MC. y col. Conductas anticipatorias en la prevención de accidentes. Biblioteca Hospital Noel H. Sbarra. La Plata, 1996.
- 13.- GERSHANIK, A. Prevención de accidentes en la infancia. En: Sociedad Argentina de Pediatría. PRONAP 96: módulo 2. Bs. As: SAP. 1996. p: 9-33.
- 14.- KANDINSKY, V. Punto y línea sobre el plano. Labor, 1994
- 15.- RODULFO, M. El niño del dibujo. Bs.As. Paidós, 1992
- 16.- VOJKOVIC, MC. y col. Reflexiones sobre casos clínicos en la recuperación ambulatoria de niños desnutridos. Revista de Nutrición Clínica. 4 (1) p: 14-17.

8-BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ATALAH, E; REBOLLEDO, A; BUSTOS, P; EDWARDS, M; DE AMESTI, A. Factores de riesgo en el crecimiento y desarrollo del pcescolar pobre que no asiste a jardín infantil. *Rev. chilena ped.* 1993, 64(2), p: 142-7.

ABERASTURY, A. Teoría y técnica del Psicoanálisis de Niños, Bs.As. Paidós, 1972.

BENJAMIN, J. Padre e hija : identificación con diferencia. Ficha Fundación Estudios Clínicos.

BLEICHMAR, S. La Fundación de lo inconciente. Bs.As. Amorrortu,1993.

BEHM, H.; BEHM, I. Las diferencias sociales ante la muerte infantil en América Latina. *Salud y cambio. Revista chilena de Medicina laboral.* 1995, 6 (19) p: 5-11.

BURIN, M. (comp.) Género, Psicoanálisis y Subjetividad. Paidós, 1996.

COMITÉ EJECUTIVO PARA EL ESTUDIO DE LA POBREZA EN LA ARGENTINA (CEPA). Estudio sobre medición de la pobreza. Bs. As.: 1995.

CORDIE, A. Los retrasados no existen. Bs.As. Nueva Visión, 1994.

CUSMINSKY, M. El pediatra ante la crisis. Conferencia Jornadas del NOA. 1996.

CUSMINSKY, M; VOJKOVIC´, MC; ZORZOLI, MC; MARINI, MA ; MASSON, MA. Asistencia del desnutrido : una experiencia interdisciplinaria. *Medicina y sociedad.* Buenos Aires, 11 (5/6) 1988. p: 119-126.

CUSMINSKY, M; MORENO, EM; SUÁREZ OJEDA, EN. Crecimiento y desarrollo: hechos y tendencias. Washington: OPS/OMS (Publicación científica 510) 1988.

DOLTO, F. La imagen inconciente del cuerpo. Paidós, 1986.

DOLTO, F. En el juego del deseo. México, Siglo XXI, 1983.

DOLTO-NASSIO. El niño del espejo. Barcelona. Gedisa, 1992.

ELICHIRRY, N. El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio.

- FREUD, S. Obras Completas. Biblioteca Nueva, Madrid, 1968.
- IRIART, C. et. al. Tecnoburocracia sanitaria. Bs. As. 1994.
- KANDINSKY, V. De lo espiritual en el arte. Labor, 1992.
- KOFMAN, S. El nacimiento del arte. S XXI, 1973.
- MERA, J; SIBBALD, A. La pesquisa de enfermedades inaparentes (screening) en la edad escolar. Medicina y Sociedad. 1980, 3 (2) p: 92-102.
- MINUJIN, A. Cuesta abajo. Bs. As. UNICEF, 1992.
- MURILLO MARQUES R, YUNES, MARCONDES. Crecimiento de niños brasileros: peso y altura en relación con edad y sexo y la influencia de factores socio-económicos. Washington : OPS.(Pub. Científica 309). 1975.
- MYERS, R. Los 12 que sobreviven. Washington : OPS (Pub. científica 545) 1993.
- NEJAMKIS, J. Los estilos del dibujo en el Psicoanálisis de niños. Bs.As. Alex, 1977.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Las condiciones de salud en las Américas. Pub. científica 549. Vol. 1, 1994.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual de Medicina de la adolescencia. Serie Paltex para ejecutores de Programas de salud n° 20. 1992.
- POLITT, E. El escolar. Desnutrición y rendimiento escolar. OPS. 1987.
- RODULFO, R. Trastornos narcisistas no psicóticos. Bs.As. Paidós 1995.
- SAMI-ALI, M. Cuerpo real, cuerpo imaginario. Bs.As. Paidós 1979
- TENTI FANFANI, E. La escuela vacía. Bs As. UNICEF, 1993.
- TESTA , M. et. al. Pensar en salud. OPS. (Pub. científica 21).1989
- TORRADO, S. Estructura social de la argentina. 1945-1983. Bs. As. 1992.
- UNICEF. La infancia argentina en cifras. Bs. As , 1990.

UNICEF. Argentina en cifras. Informe agosto, 1990.

UNICEF. Menores en circunstancias especialmente difíciles en Argentina. Pub. n° 10. 1992.

VALENZUELA, C.; AVENDAÑO, B. Antropometría y maduración sexual de escolares en Chile. EN: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1979, 87 (2) p: 123-9.

VOJKOVIC, MC. Identificación de factores de riesgo de patología crónica en el escolar. Tesis doctoral. U.N.L.P. 1992.

ZORZOLI, MC; VOJKOVIC, MC. Maduración y desarrollo en atención primaria. Comisión de Investigaciones Científicas de la Pcia. de Bs. As.(CIC) Ponencia en 30º Congreso Argentino de Pediatría. Santa Fe, 1994.

ANEXO 1

ENCUESTA SOCIAL.

- 1) Número de personas que habitan el hogar:-----
- 2) Actividad del jefe del hogar: 1- Obrero calificado estable.
2- Obrero calificado inestable.
3- Vendedor ambulante, cartonero, albañil, changas.
4- Jubilado/pensionado.
5- Desocupado.
- 3) Trabajo de la madre: 1- Trabaja más de 20 horas semanales.
2- Trabaja menos de 20 horas semanales.
3- No trabaja.
- 4) Ayuda familiar: 1- En dinero.
2- En comida.
3- Ropa u otros elementos.
4- Cuidado de los niños.
5- No recibe ayuda.
- 5) Ayuda oficial: 1- Subvención estatal.
2- Comedor escolar.
3- Ropa u otros elementos.
4- No recibe ayuda.
- 6) Control del ingreso hogareño:
1- Controla todo el dinero.
2- Controla parcialmente.
3- No controla.
- 7) Acceso a la vivienda: 1- Propietario de la vivienda y terreno.
2- Propietario de la vivienda solamente.
3- Alquilan la vivienda.
4- Vivienda prestada.
5- Intrusos.
- 8) Tipo de casa: A. Material.
B. Chapa o madera.
C. Cartones, deshechos.

9) Promiscuidad: (2 camas menos que el total del grupo familiar)

si no

10) Abastecimiento de agua: 1- Agua corriente.
2- Bomba.
3- Préstamo de vecino.

11) Acceso a luz eléctrica:
Posee No posee

12) Eliminación de excretas:
Posee baño instalado Letrina

13) Cocina independiente:
Posee No posee

14) Equipamiento del hogar:
Televisor
Lavarropas
Heladera
Cocina a gas

DATOS MÉDICOS

15) Dónde concurre por control de salud?

16) Dónde concurre por enfermedad?

17) Vacunación al día. si no

18) Patologías presentadas: - infecciosas
- digestivas
- respiratorias
- otras

19) Internaciones
si no

20) Accidentes
si no

ANEXO 2

FICHA DE DATOS CLÍNICOS.

Nombre y Apellido:

Antecedentes nutricionales:

Fecha de nacimiento:

Peso y Talla :

Caracteres sexuales secundarios:

Examen clínico: **cardiovascular.**
 respiratorio.
 ortopédico.
 salud bucal.
 endoparasitosis.
 ectoparasitosis.

Prueba de agudeza visual

Prueba de agudeza auditiva

Estrabismo:

Observaciones:

Se decide Interconsulta a:

ANEXO 3

ENCUESTA A LAS DOCENTES.

Escuela

Alumno

Para ser respondido por docentes o miembros del gabinete escolar:

A) El fracaso (repetencia de más de un grado) o el éxito (promoción año tras año) del niño en la escuela se debe a:.....

B) La situación observada este año es similar y constante desde primer grado o se pueden diferenciar etapas?

C) El fracaso o el éxito en lo intelectual se corresponde con un fracaso en las actividades estéticas y físicas y en las relaciones sociales? Si no es así por favor describa la situación del niño.

D)Cuál es la posición de este alumno en relación a sus compañeros (relaciones amistosas, de dependencia, de liderazgo, falta de integración, etc.)?

E) Ud. observa que tiene intereses ajenos a las propuestas escolares? Cuáles?

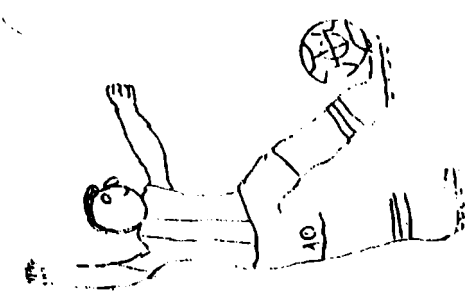
F) El niño trabaja o asume responsabilidades familiares delegadas por sus padres?

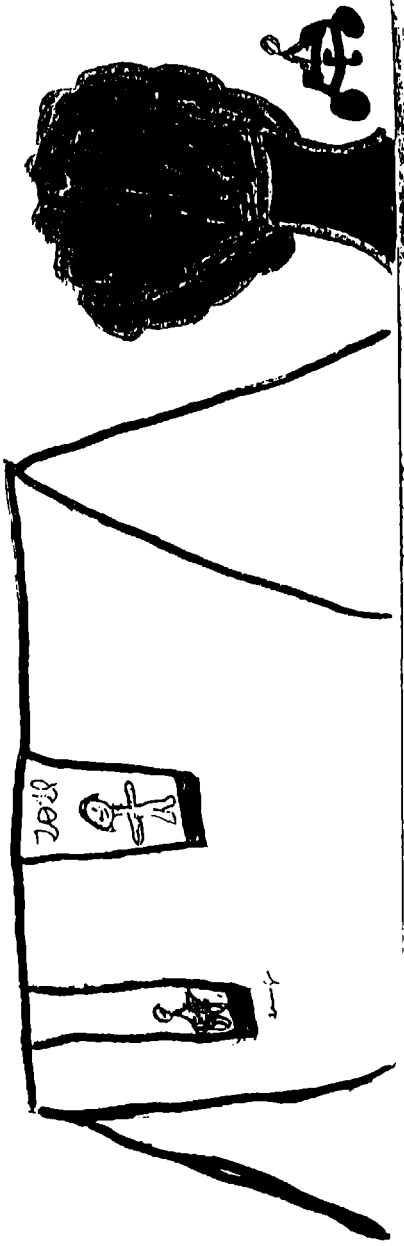
Comentarios: (agregar lo que Ud. considere importante)

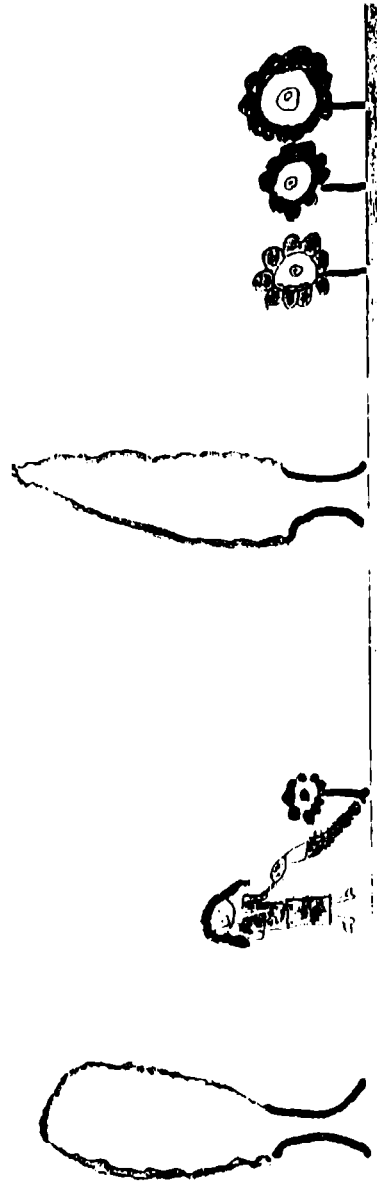
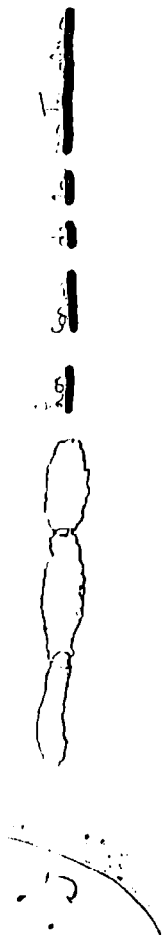
Nº del niño	Pregunta A	B	C	D	E	F
001	F. socio-culturales	si	si	amistoso	-	no
002	F. personales	si	si	escasas amistades.	si	si
009	Esfuerzo, empeño. F. personales	si	si	retraído	-	-
010	F. personales	si	si	amistosas	-	no
011	(Maestra con licencia)					
013	F. fliares. Ausentismo	si	si	amistosas	-	no
014	F. fliares y personales	si	no	líder si (fútbol)		no
015	Ausentismo	si	no	amistosas	si	no
016	F. familiares	si	si	amistosas	-	no
017	F. socio-económicos	2 etapas	si	no integrado	-	no
019	Ausentismo	-	-	amistoso	no	no
027	Ausentismo. Trastornos de conducta.		-	si liderazgo negativo.		si
020	F. socio-culturales	2 etapas	-	- si (fútbol)		no
021	F. familiares, inmadurez. F. personales.	2 etapas	no	líder	no	no
022	Responsable, buen desempeño.	-	-	amistosas	no	no
024	Adaptación personal	2 etapas	si	amistosas	-	si
026	Ausentismo	-	-	amistosas introvertido	-	si

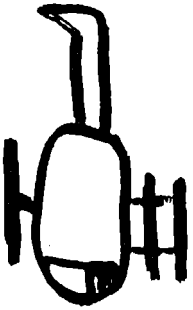
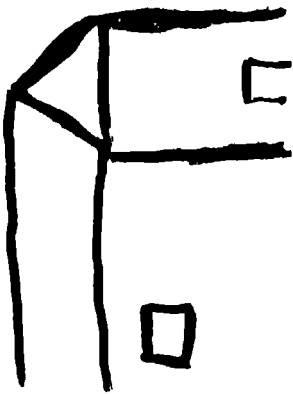
025	F. fliares y personales.	si	si	líder de banda	si (calle)	no
028	Asistencia externa	si	-	no integrada	-	-
032	F. ambientales y sociales	si	no	amistosas	-	no
034	F. familiares. Contención	si	si	amistosas	-	no
037	F. personales y fliares.	si	-	amistosas	si (fútbol)	no
038	F. familiares. Empeño.	si	-	dependiente	si (T.V.)	no
040	F. ambientales y pers.	si	Rebeldía total por la situación en su hogar.			
042	-	si	si	retraída	no	si
043	Ausentismo F. fliares	-	si	liderazgo negativo	si	no
046	Inteligencia F. pers.	si	si	amistosas	-	no
048	F. familiares. Inmadurez	si	no	amistosas	si(deporte)	no
051	F. personales Ausentismo	si	si	retraído, dependiente	no	no
057	Ausentismo	si	si	falta de integración	no	no
059	F. personales y fliares.	Muy carente y dependiente.				
060	F. socio-culturales	si	no	dependiente	-	-

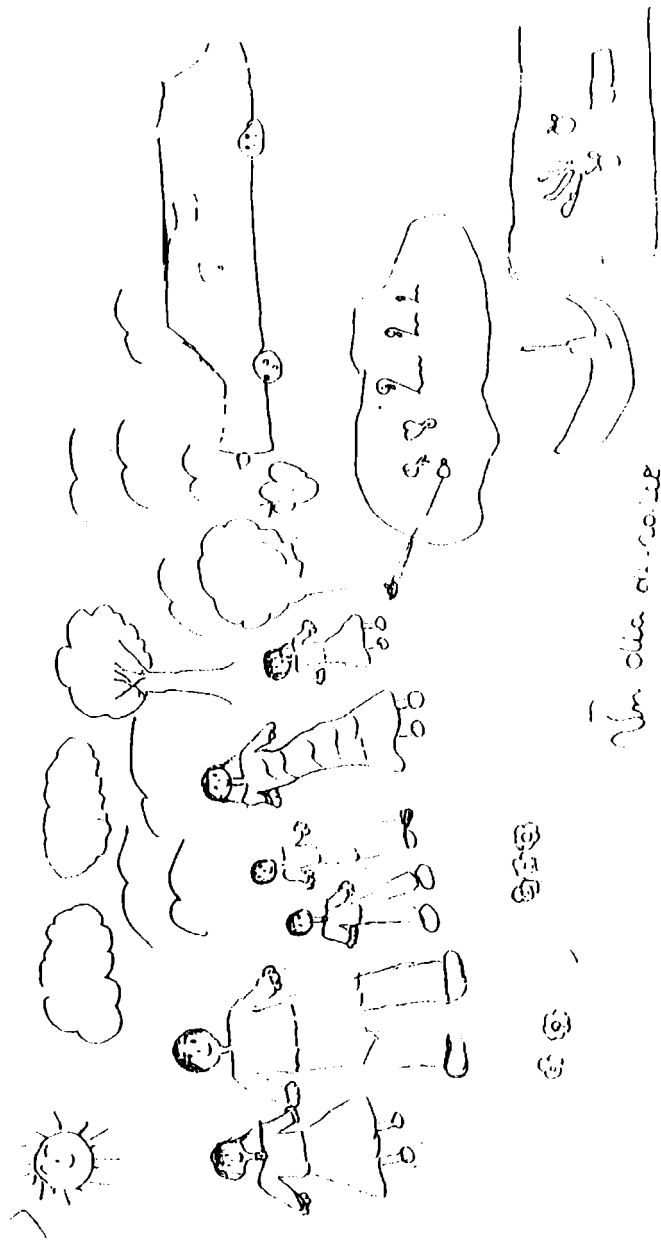
ANEXO 4. DIBUJOS











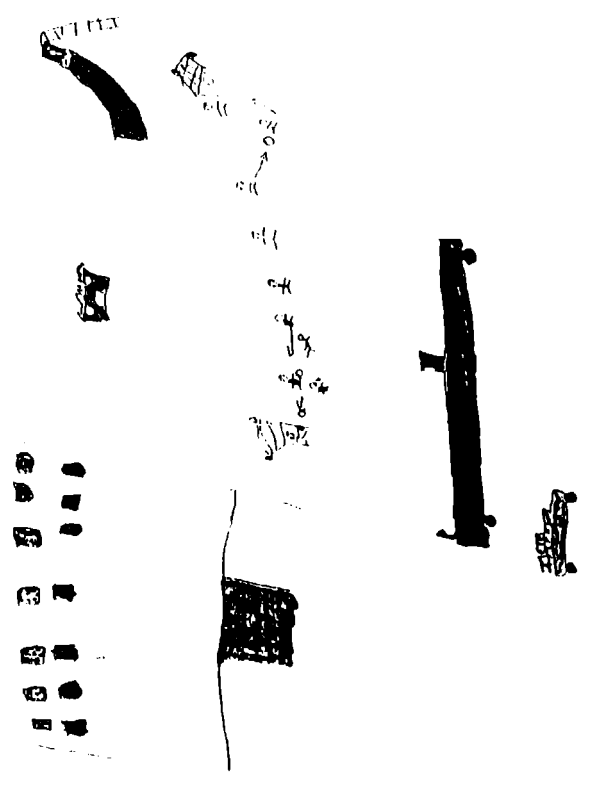
Am oia si noie

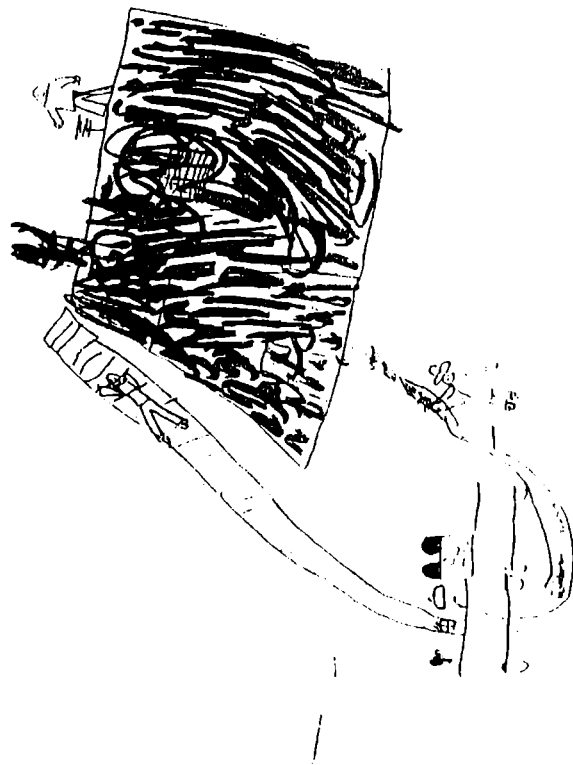
Am oia

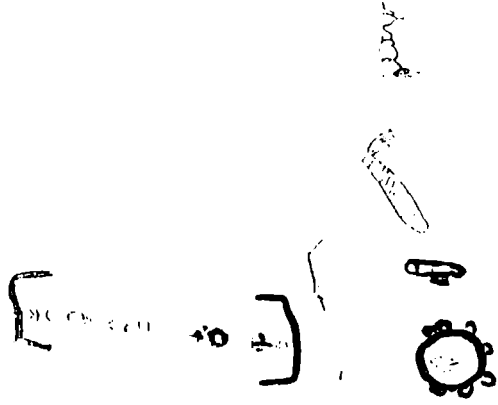
Am oia

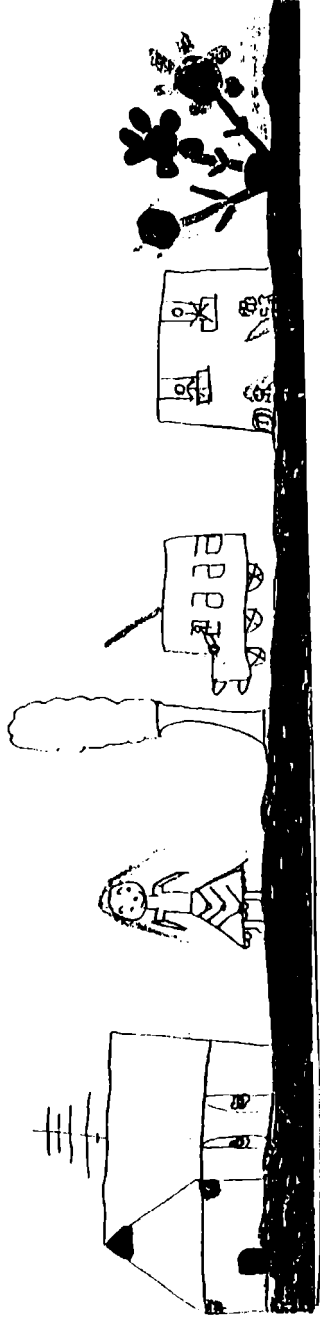
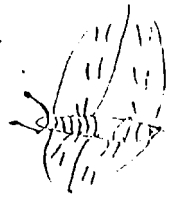
景
景
景

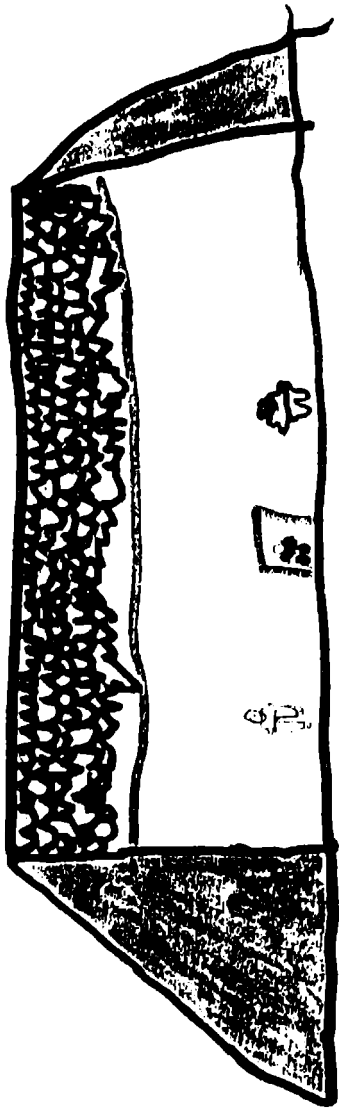


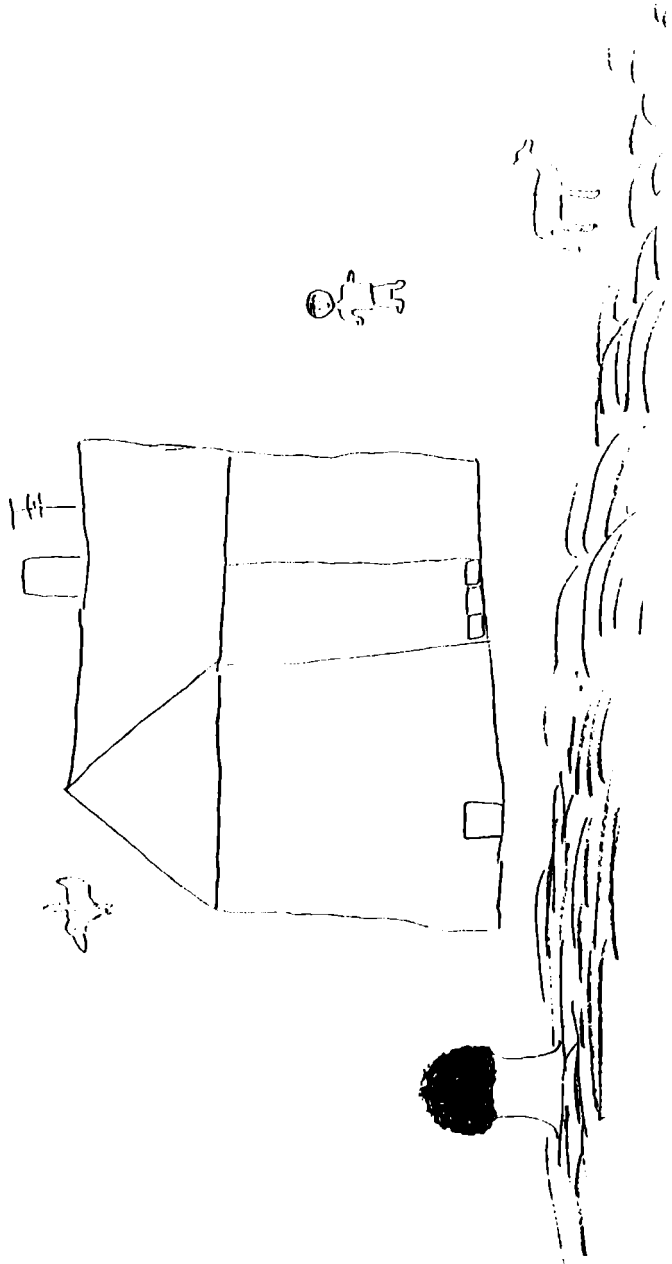


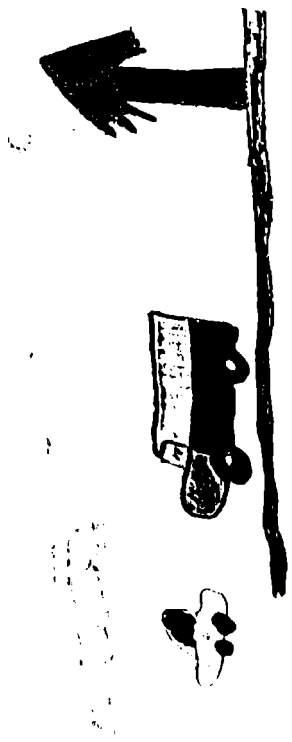


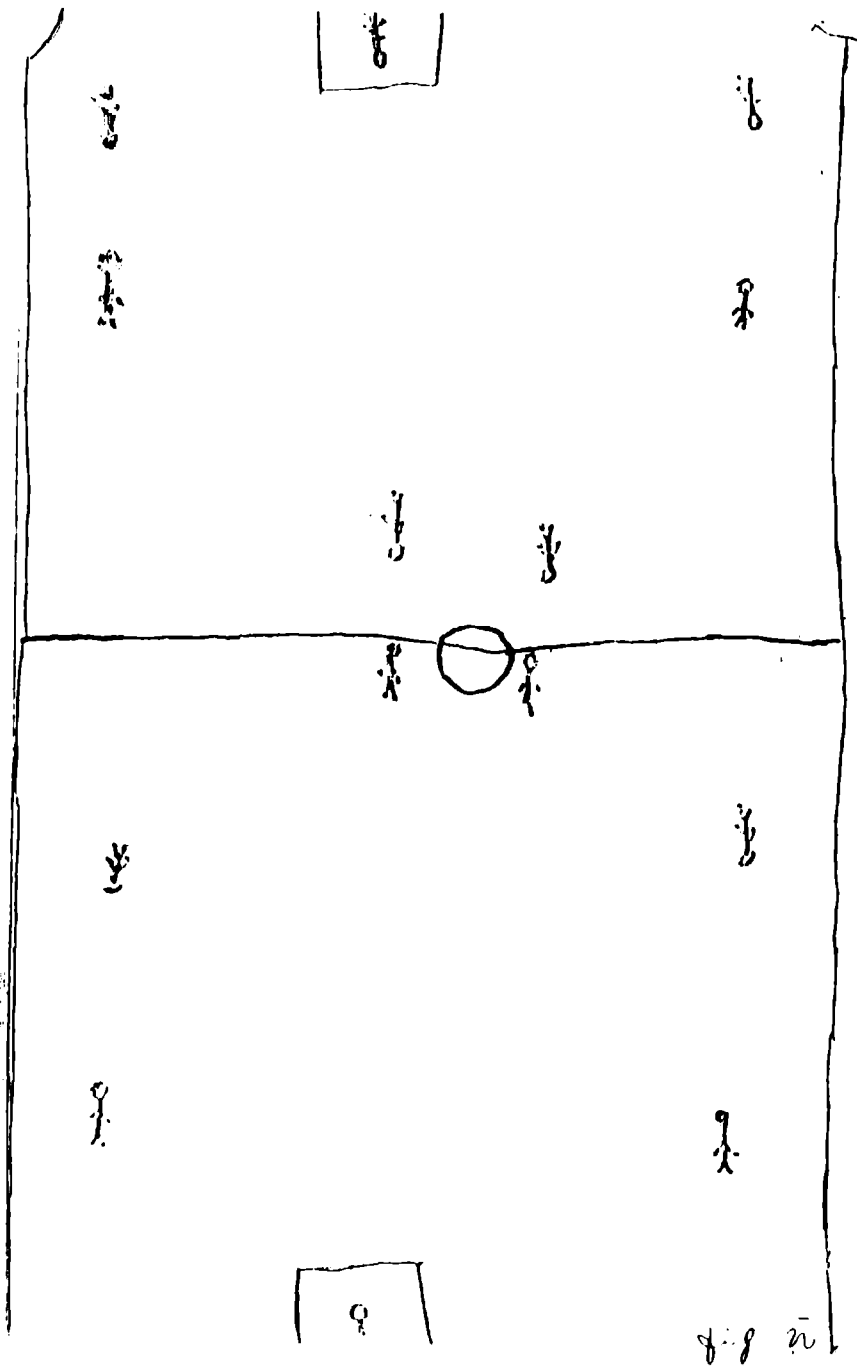












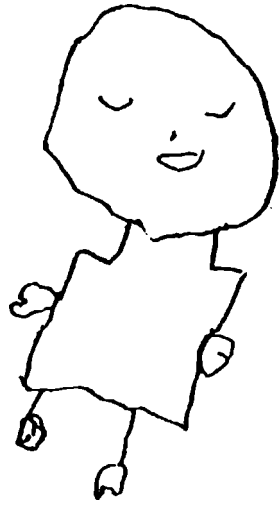
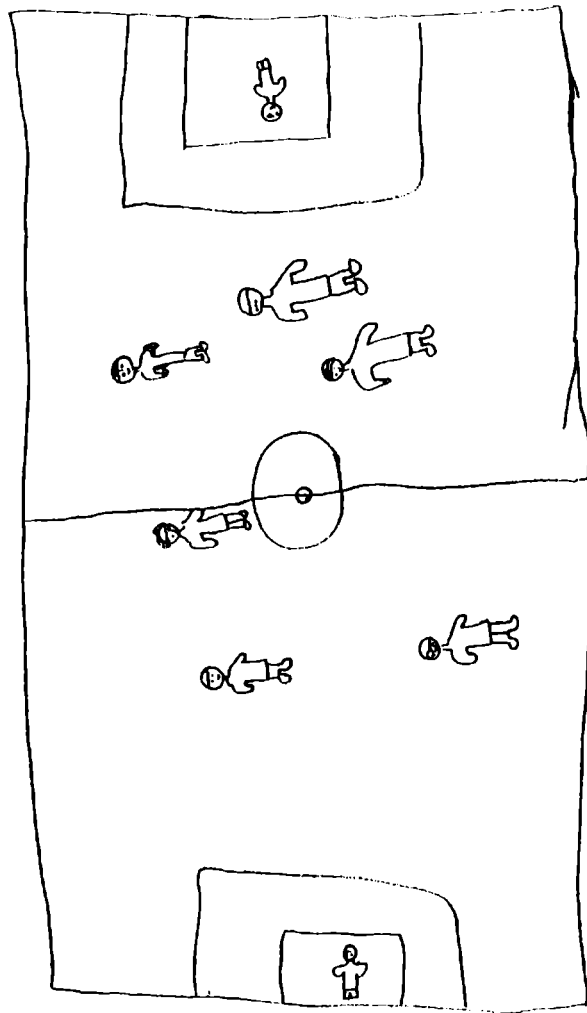


fig. P





KIA

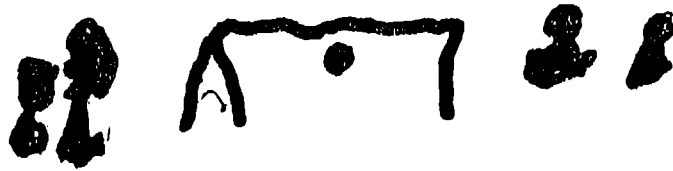
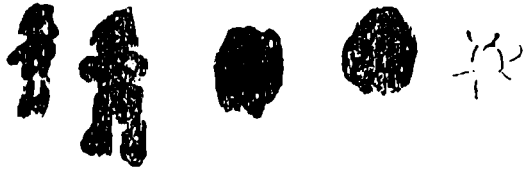


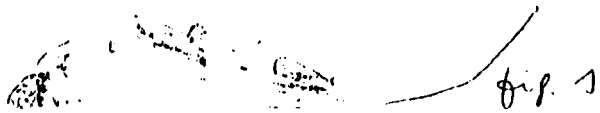
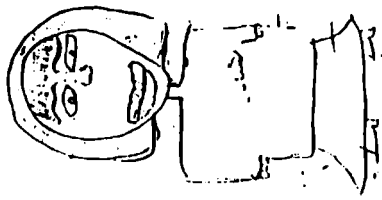
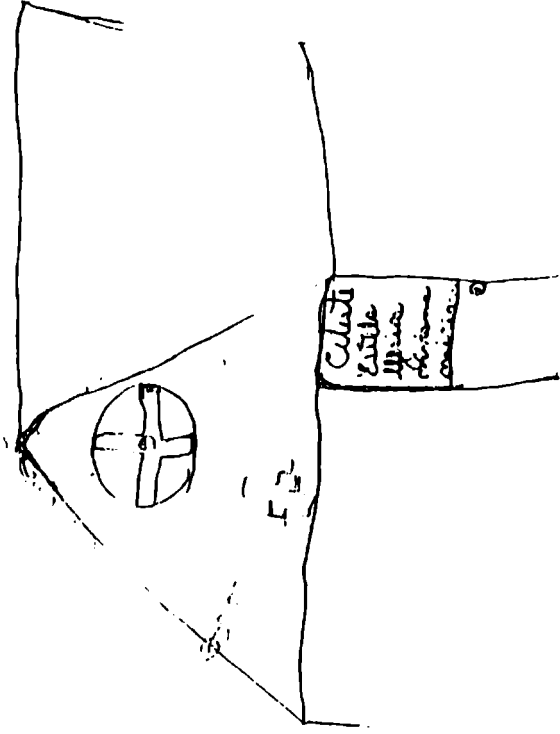
FARE

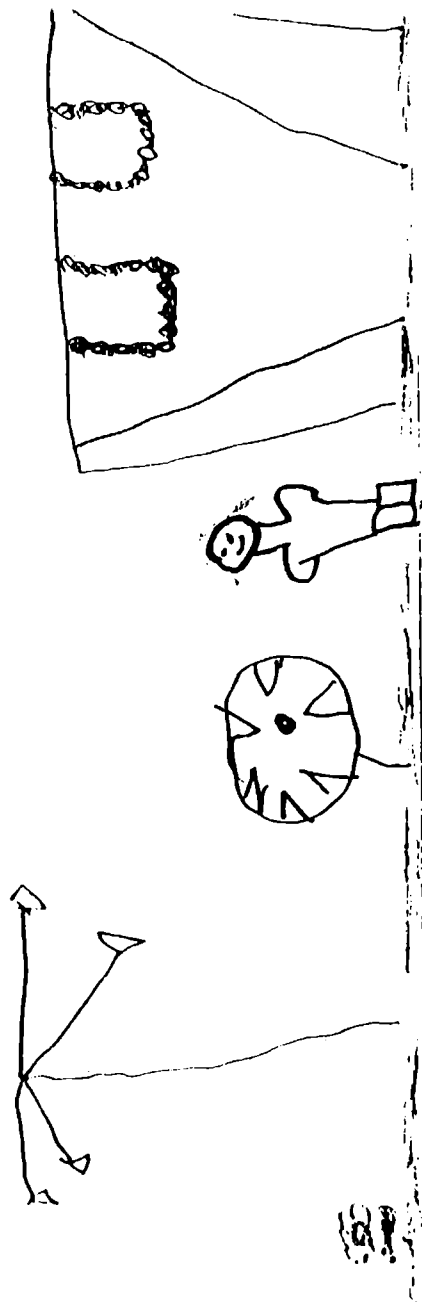


MIO

SILVANA

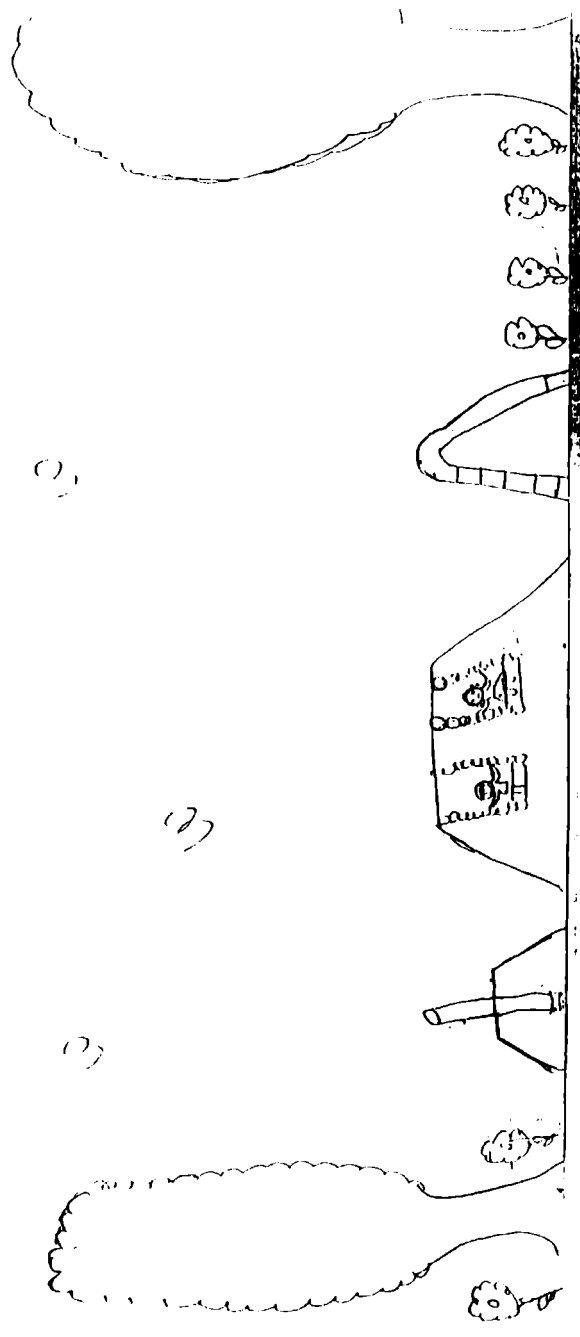








3



3

3

3

3

Handwritten musical notation, possibly a staff with notes and a treble clef.

