

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ENFERMERÍA

**“HOGAR CONIN Y SU TRABAJO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR”**

Tesis presentada como parte de los  
requisitos para optar al grado de  
Licenciado en Enfermería.

Scarlette Daniela Guzmán Betanzo.  
Rocío Loreto Monje Zaror.

**VALDIVIA-CHILE  
2009**

**Patrocinante:**

Nombre: Srta. Cecilia Molina D.  
Profesión: Enfermera.  
Grado: Magíster en Enfermería, mención en médico quirúrgica.  
Instituto: Enfermería.  
Facultad: Medicina.  
Firma :

**Profesores Informantes:**

Nombre: Sra. Gema Santander Manríquez.  
Profesión: Enfermera.  
Grado: Magíster en Salud Pública mención Epidemiología.  
Instituto: Enfermería.  
Facultad: Medicina.  
Firma :

Nombre: Sr. Fredy Seguel Palma.  
Profesión: Enfermero.  
Grado: Magíster en Salud Pública mención Salud Ocupacional.  
Instituto: Enfermería.  
Facultad: Medicina.  
Firma :

Fecha examen de grado: 9 Abril 2009.

## INDICE

<b>CAPÍTULO</b>	<b>PÁGINA</b>
1. RESUMEN	4
2. SUMMARY	5
3. INTRODUCCION	6
4. MARCO TEORICO	8
5. OBJETIVOS	20
6. MATERIAL Y METODO	21
7. RESULTADOS	28
8. DISCUSIONES	45
9. CONCLUSIONES	51
10. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	54
ANEXO:	
ANEXO 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	57
ANEXO 2: PERFIL DE LOS MENORES DE CONIN	58

ANEXO 3: PERFIL DE LOS PADRES	59
ANEXO 4: PERFIL DE CONIN	60
ANEXO 5: ENTREVISTA DE PREGUNTAS ABIERTAS DIRIGIDAS A PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES.	67

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El Desarrollo Psicomotor forma parte de un proceso normal del crecimiento de todos los individuos, dictaminando la aparición de conductas esperadas para la edad, sin embargo, su ausencia o retraso en la aparición de estas nos manifiesta la presencia de alteraciones neurológicas o déficit en la estimulación. El hogar CONIN consta con determinadas características que permiten que los menores logren alcanzar lo más cercanamente posible su desarrollo normal, combatiendo las diversas dificultades que pueda presentar el niño ya sea problemas nutricionales, patológicas o familiares.

**OBJETIVO:** Caracterizar el Hogar CONIN estableciendo un perfil tanto de los menores como de los padres y los profesionales de la institución, además de describir el trabajo de estimulación que se realiza.

**MATERIALES Y METODOS:** Estudio descriptivo, corte transversal. Este estudio está conformado por una población 20 niños menores de 3 años y en casos especiales niños que no superan los 5 años de edad, pertenecientes a la institución CONIN de Valdivia en la Región de los Ríos. Se valoró toda la población durante el mes de Noviembre excluyendo niños que tenían menos de un mes institucionalizados. Se entrevistó a la directora y a profesionales de la institución para la elaboración de un perfil y al mismo tiempo obtener una descripción del trabajo de estimulación que se realiza. A su vez se revisaron fichas clínicas de los menores para la recopilación de información y elaboración del perfil de los menores y de las familias.

**RESULTADOS:** CONIN es la única institución en Valdivia que atiende a niños desnutridos y en riesgo social, enfatizando la estimulación del desarrollo psicomotor. Cuenta con profesionales capacitados en el manejo y control de los menores, trabajando en conjunto con los padres para brindar una reinserción efectiva en las familias. Se observó que un 30% de los padres eran adolescentes y con 10% de consumo de drogas y alcohol relacionadas a VIF; un 55% con escolaridad básica incompleta pertenecientes al sector rural dificultando las posibilidades para una buena estimulación de los menores y un 35% son casos sociales asociado a retraso del desarrollo psicomotor. Un 15% de las madres sobrepasan los 40 años, factor ligado a alteraciones genéticas como Síndrome de Down (20%). En relación a los antecedentes perinatales el 50% corresponde a cesáreas con un 15% de sufrimiento fetal, y un 10% a partos normales con 5% de sufrimiento fetal. En relación a las patologías, el 60% de los menores presenta problemas respiratorias a repetición, 35% neurológicas y un 10% genéticas. Un 50% de los menores presenta desnutrición confirmada sea leve, moderada o severa y un 75% de ellos presenta diagnóstico del Desarrollo Psicomotor de ingreso con retraso. Los últimos controles muestran que un 55% permanece con el mismo diagnóstico, un 70% presenta retraso mixto, un 25% retraso del lenguaje asociado a familias disfuncionales y padres de baja escolaridad y sólo un 5% del área motora. Estas evaluaciones del Desarrollo Psicomotor eran generadas en un 70% cada mes y un 20% cada 2 meses.

**CONCLUSION:** CONIN realiza una labor integral con sus niños, recuperando en un 100% el aspecto nutricional, mejorando el desarrollo psicomotor de ellos y demostrando la importancia de un ambiente adecuado para el normal desarrollo del infante.

## SUMMARY

**INTRODUCTION:** The Psicomotor Development take part in the normal process of growth of every person. This aspect of individuals show us the appearance of waiting conducts for the child's age. However the absence or delay of this appearance determine neurologic alteration or deficit in the stimulation. The institution CONIN has programs that help children to reach a closer normality in their development, fighting various difficulties associated with nutritional, pathologies or family problems.

**OBJECTIVE:** Characterize the institution CONIN by making a profile of the children, parents and the professionals that work here. Also describe the stimulation's work that the institution does.

**MATERIAL AND METHOD:** Descriptive study, transverse cut. The study talks about a population of 20 kids that belong to the institution CONIN of Valdivia in "Región de los Ríos". They are younger than 3 years of age and in certain cases they are not more than 5 years old. We evaluate the population in the month of November with an institutional time of over one month. We interview the Director and Professionals to create a profile of them and at the same time a description of the stimulation work. Also we do a revision of the clinics files and compile information and produce a profile of the kids and their parents too.

**RESULTS:** CONIN is the only institution in Valdivia that works with malnutrition and at risk kids, giving them a good stimulation of Psicomotor Development. It has experience professionals with abilities for handling and control of infants, working as a team with the parents to give an effective reunification in the family. We see 30% of the parents were adolescent and 10% with problems of alcohol and drugs linking to violence and 55% of parents with basic incomplete studies and who belong to the rural sector which makes it difficult to provide positive stimulation to the minors and 35% are social cases joining a delay in the Psicomotor Development. And 15% of the mothers are older than 40 years old which is an important factor linking to genetic alterations like Down Syndrome (20%). The perinatales preceding show us a 50% that correspond to caesarea section with a 15% with fetal suffering, and 10% of normal childbirth with a 5% of fetal suffering. In relation to pathologies the 60% of the minors have repeatings respiratory problems, a 35% neurology and 10% genetic. We have 50% of the children with confirming malnutrition. It can be light, moderate or severe and 75% of them have a Psicomotor Development Diagnosis with delay. The last control in the month of November shows 55% stay with the same diagnosis and 50% have mixed delay, a 25% with delay in language linking to disfunctional families and parents with poor studies, and 5% have motor area delay. These evaluations of Psicomotor Development are generated in 70% of the cases every month and in 20% every 2 months.

**CONCLUSION:** CONIN does excellent work with minors, recovering a 100% of the malnutrition cases and achieving greater results in Psicomotor Development. Also show us the important of good environment in a normal development.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano es un ente que se forma a través de sus vivencias y experiencias de vida, adquiriendo y extrayendo del medio que lo rodea las herramientas necesarias para la sobrevivencia en el mundo. Dichas habilidades se adquieren desde los primeros minutos de vida, es decir, desde el momento que el niño deja de ser uno con la madre y se libera para comenzar a influenciarse por el medio que lo rodea y de este modo construir su propia trayectoria.

El desarrollo psicomotor constituye un proceso natural de la evolución de cada individuo, dictaminando conductas esperadas para la edad que puede manifestar la presencia de alguna alteración neurológica del desarrollo o la presencia de deprivaciones, falencias o déficit de la estimulación, siendo el medio que rodea al niño el factor fundamental que influirá en el logro de un adecuado desarrollo psicomotor. Las condiciones ideales de crecimiento del infante serían que el niño creciera inserto en un entorno familiar que posea un ambiente afectivo y de respeto, preocupados de estimular, educar y formar al menor para enfrentarse a las adversidades del mundo que lo envuelve.

El desarrollo infantil es clave para la salud y el desarrollo humano. Evidencias científicas muestran la relación entre retrasos del desarrollo psicomotor con enfermedades crónicas, problemas de salud mental y problemas sociales como delincuencia, desempleo y pobreza. Existen pocos estudios poblacionales latinoamericanos que den cuenta del panorama al respecto (Bedregal, 2007).

Sabemos que en la medida que descienden las tasas de mortalidad infantil, sobreviven más niños, pero al mismo tiempo y con las tecnologías y nuevos estudios que se han incorporado a nuestras vidas, sobreviven mayor cantidad de menores con problemas de salud, especialmente del sistema nervioso central, que pueden producir déficit en el desarrollo psicomotor. En Chile, el déficit del desarrollo psicomotor en niños de sectores pobres empieza a manifestarse ya a los 18 meses de vida, de modo que se debe acentuar la prevención de este problema en forma precoz. Los logros de los programas de estimulación temprana se dan no sólo en el área del desarrollo cognitivo y psíquico de los niños, sino que pueden presenciar además los resultados de otros programas relacionados con nutrición y salud (MINSAL, 2004. Programa Chile Crece Contigo).

Por ello en el año 1979, se incorpora al Programa Nacional de Salud del Niño las evaluaciones del desarrollo psicomotor, aplicada a menores de 2 años. Posteriormente en el año 1993 en adelante, este aspecto del Programa se orientará hacia una pesquisa temprana de los trastornos más severos y a la concentración de los esfuerzos en la enseñanza de técnicas sencillas de estimulación según edades y a una disminución de los hitos de evaluación. En la actualidad el programa de salud infantil consta de 2 herramientas para la evaluación del desarrollo psicomotor, el cual se encarga de cubrir y pesquisar las alteraciones desde el nacimiento hasta los 5 años de vida del menor, es decir, cubre todo el periodo de mayor vulnerabilidad. El **EEDP** (Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor) evalúa a niños desde los 0 a 24 meses (Rodríguez et al,

1973); **TEPSI** (Test de Desarrollo Psicomotor) valora desde los 2 a 5 años (Heussler IM, Marchant T, 2003).

A raíz de esto nace el interés de valorar el medio que rodea al menor institucionalizado en CONIN, ya que se trata de niños altamente vulnerables, los cuales habitan en un ambiente donde existe una gran cantidad de niños que presentan una alta demanda en tiempo y afecto, los cuales reciben un mayor grado de estimulación, cuidado y atención que un niño que se desarrolla en un ambiente familiar normal debido a las condiciones en que se encuentra el menor.

Es por este motivo que nos surge la inquietud de investigar cómo es la labor que se realiza en el Hogar CONIN y cuál es el trabajo de estimulación del Desarrollo Psicomotor que se lleva a cabo en estos menores por parte de la institución.



## 1. MARCO TEORICO

En la práctica clínica diaria la valoración del desarrollo psicomotor constituye una de las actividades básicas del control de niños menores de 6 años, pues nos ayuda no sólo a determinar si el niño presenta alguna alteración sino a confirmar que es un niño sano. Es por ello fundamental que se sepa valorar adecuadamente, puesto que una alteración del mismo, puede ser la única manifestación de un trastorno del sistema nervioso. La detección precoz de cualquier disfunción contribuye a un posible tratamiento temprano y a minimizar la aparición de secuelas. Enfermería cumple un rol fundamental en este sentido, ya que es el profesional encargado de pesquisar en forma temprana posibles alteraciones en las revisiones que se llevaran a cabo en los controles de niño sano, así por igual de otros profesionales del área de la Salud como médicos y matronas que participan de gestación y evaluación del RN (Recién Nacido) al momento del parto y sus primeros días de vida.

El desarrollo psicomotor, o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC). Esta maduración del SNC tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia de presentación predecible: el progreso es en sentido céfalocaudal y de proximal a distal. Este patrón ha definido hitos básicos, fáciles de medir, que nos permiten saber cuándo un niño va progresando adecuadamente. Esta maduración requiere que el niño esté provisto de un ambiente adecuado (Purves, 2004).

El desarrollo psicomotor es un fenómeno cualitativo que se expresa tanto en lo corporal como en lo cognitivo y emocional, además de ser la forma natural de ir adquiriendo habilidades durante la infancia. Este ocurre en forma secuencial y progresiva, es decir, que para alcanzar nuevas etapas es necesario haber logrado las anteriores. Esta secuencia del desarrollo es igual para todos los niños, sin embargo, el ritmo con que cada niño logra las distintas etapas varía. Las herramientas de evaluación que se describirán a continuación se basan en las Teorías Madurativas del S.N.C., publicadas principalmente por Arnold Gesell en las décadas de 1920-1930. Estas plantean que la universalidad y uniformidad de la secuencia de patrones exhibidas por niños se debe en gran parte al desarrollo del S.N.C. y que este mismo llevaría a nuevas conductas. Sin embargo, hoy en día se sabe que este desarrollo psicomotor además de depender de la maduración de las estructuras nerviosas (Sistema Nervioso Central y Sistema Nervioso Parasimpático) y el crecimiento adecuado, depende también del aprendizaje, el ambiente, las tareas y de la experiencia. Esta mirada del desarrollo psicomotor estaría mejor fundamentada por la Teoría de los Sistemas Dinámicos, la cual sugiere que la conducta surge de la interacción abierta, activa y termo-dinámica de múltiples subsistemas, en la cual ninguno es prioritario. (Carrillo y col., 2005).

En las primeras etapas de vida, la tarea fundamental del sistema nervioso es la evolución madurativa y progresiva de la adquisición de habilidades, denominando a este proceso como desarrollo, siendo causas de debates continuos. En la actualidad se consideran dos modelos: el interaccional, que se relaciona directamente con el trabajo en conjunto de los factores genéticos y ambientales, en tanto el modelo transaccional

plantea los mismos factores de riesgo pero que se modifican mutuamente. (Iceta. A y Yoldi. ME, 2002).

Un individuo sano a lo largo de su vida sigue un patrón de desarrollo y habilidades, el cual define hitos básicos que nos permiten medir el avance y normal desarrollo de la persona. Para poder medir dicha progresión se han diseñado múltiples instrumentos destinados a evaluar 4 áreas fundamentales, las cuales son: motricidad gruesa, motricidad fina, sociabilidad y lenguaje. Entre estos instrumentos se pueden encontrar pautas de “screening” de rápida aplicación que ayuda a diferenciar a niños con riesgo o retraso, sin distinguir áreas o magnitud del retraso. Algunas pruebas destacadas de estos son el Test de Denver (USA) y el EEDP utilizado en Chile.

A partir del año 70 se incorpora en Chile la primera pauta denominada Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), que permitía evaluar a niños menores de 2 años en el desarrollo psicomotor al momento del control de salud del niño, incorporándose formalmente al programa de atención primaria a comienzo de los 90. En la actualidad se utilizan dos instrumentos dirigidos a cubrir la evaluación del desarrollo psicomotor durante la infancia, siendo estos el EEDP y Test de desarrollo psicomotor (TEPSI).

El **EEDP** es el primer instrumento de medición del desarrollo psicomotor estandarizado en lactantes chilenos, el cual utiliza una metodología que se ajusta a medidas estrictas de normativas científicas, garantizando su validez. Posee méritos relevantes, por su simplicidad y factibilidad de ser administrado por personas o profesionales no especialistas. (Montenegro, H. 1974, citado por Rodríguez et al. 1973). Tiene sus inicios en Binet y Simon (1911) quienes inician la investigación de la inteligencia. Al igual de los estudios de Gessell (1958), que se refería a observaciones de niños en sus primeras edades y su crecimiento genético. El **EEDP** se basa además del trabajo de Gessell (1958) en la revisión de tres escalas: una francesa y dos americanas.

La escala francesa evalúa 10 ítems por cada nivel de edad, 6 son pruebas de situaciones para el niño y 4 son para los padres o cuidador, agrupándolos en 4 áreas:

- 1) “P” control de postura y motricidad
- 2) “C” coordinación óculo - motriz o conducta de adaptación ante los objetos
- 3) “L” Lenguaje
- 4) “S” relaciones sociales y personales.

Luego se incorpora la escala americana de Nancy Bayley (1933) que perfecciona la escala de desarrollo infantil, que consta de 163 ítem mentales y 81 motores. Que comprende 14 grupos de edad de los 2 a los 30 meses. Esta escala fue diseñada para detectar habilidades senso-perceptivas y la escala motora para medir el grado de control corporal.

El “Infant Behavior Record” es el tercer elemento que complementa la escala mental y motora, ayudando a detectar la naturaleza social y orientación objetiva que el niño tiene hacia su medio.

Estos tres elementos sumados a la prueba de Lezine- Brunet (1971) se adopta la modalidad de incluir ciertos ítems consistentes en preguntas efectuadas por el examinador a la madre o acompañante del niño, sobre comportamientos imposibles de provocar artificialmente en el tiempo reducido y que, sin embargo, son de enorme importancia para evaluar el desarrollo psicomotor del niño.

En base a los antecedentes expuestos se seleccionaron para la estandarización, 150 ítem, distribuidos de a 10 en cada uno de los quince grupos de edad establecidos, seleccionados en 4 áreas de desarrollo: Motora, Coordinación, Lenguaje y Social. Conformando finalmente una escala constituida por 75 ítems, designado 5 ítems por cada edad, considerando 15 grupos de edad entre los 0 y 24 meses, contemplándolas como las más significativas en la adquisición y desarrollo de habilidades. Dicha puntuación permite valorar el éxito o fracaso frente a la tarea propuesta.

Las áreas del desarrollo psicomotor evaluadas por el **EEDP** miden el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor.

#### **Motora (M):**

Comprende motilidad gruesa. Coordinación corporal general y específica: reacciones posturales y locomoción.

#### **Lenguaje (L):**

Lenguaje verbal, como no verbal: reacciones al sonido, soliloquio, vocalización, comprensión y emisiones verbales.

#### **Social (S):**

Se refiere a las habilidades del niño para reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación.

#### **Coordinación (C):**

Comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones.

**EEDP** permite medir el grado de desarrollo psicomotor en los menores a través de la observación de conductas del niño frente a situaciones específicas directamente provocadas por el examinador y las preguntas dirigidas a la madre o acompañante del infante ante la presencia de conductas específicas que presenta el niño en su hogar y que no pueden ser vistas directamente por el examinador.

Los materiales requeridos para la administración del **EEDP** son una batería de prueba con once objetos, simples y de bajo costo y, el manual de administración que contiene instrucciones específicas para cada uno de los 75 ítems. Se distribuye en 6 columnas:

1. Edad: mes que corresponde el ítem.
2. Número del ítem.
3. Ítem. Descripción de la tarea a realizar.
4. Ubicación del niño.
5. Administración: especificación de la actividad a realizar e indicación del crédito a otorgar.
6. Materiales: elemento (s) necesario para la prueba y las hojas de registro.
7. Este a su vez contiene el protocolo referido a las respuestas del niño para cada ítem. Incluye los 75 ítems y se desarrolla en sentido vertical conteniendo la siguiente información distribuida en 5 columnas: Edad, ítem, puntaje, ponderación y observación. Y el perfil de desarrollo que permite advertir el rendimiento de un niño en cada una de las áreas evaluadas. La primera columna indica el área a medir, las restantes, los quince grupos de edades. Los casilleros incluyen los ítems clasificados según el área de desarrollo que miden y según el mes de edad en que aparecen en la prueba. Estos se representan por el número que les corresponde en el protocolo u hoja de registro. Los casilleros sombreados indican ausencia de ítem para esa área en ese mes de edad.

Además contiene el gráfico de desarrollo psicomotor que proporciona una forma rápida para visualizar el rendimiento de un niño, requiriendo solamente la suma de puntaje obtenido en la prueba de acuerdo a la edad del niño en el momento de la evaluación. El gráfico posee un eje vertical, que es la escala de puntaje y el eje horizontal, donde se ubican las edades cronológicas en días. Esto se lleva a una tabla de Puntajes para convertir el resultado de la prueba a puntaje estándar y así, para obtener el coeficiente de Desarrollo.

En relación al **TEPSI**, éste fue elaborado en 1980. La primera aplicación experimental destinada al análisis de ítems y al estudio de las características psicométricas, fue realizada durante 1981 y 1982 en una muestra de 144 niños evaluados individualmente. La segunda aplicación experimental, referida a la obtención de normas, fue efectuada en 1983 en una muestra de 540 niños, también evaluados en forma individual.

El **TEPSI** es un instrumento destinado a niños entre 2 y 5 años, que tiene como finalidad detectar el riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor, basándose en tres áreas básicas: Motricidad, Coordinación y Lenguaje.

El test de Desarrollo Psicomotor fue elaborado en base a 3 pruebas de desarrollo ya existentes, entre las cuales destacan las pruebas de Gesell (1958), principalmente el de Denver, Frankenburg y otros (1971, 1975); y el de Brunet y Lézine (1971), basándose en varios de los ítems de estas pruebas, los cuales fueron modificadas a situaciones del escenario local, poniendo énfasis en el área del lenguaje. Dichas modificaciones se llevaron a cabo para que fuera un instrumento simple, de fácil y rápida aplicación, bajo

costo, poco material y de resultados fidedignos para cada área del desarrollo. Además su aplicación puede ser realizada por cualquier profesional, y por otro lado nos otorgará puntajes para cada niño permitiendo comparar en el futuro estos resultados bajo normas estandarizadas.

El **TEPSI** es un test estandarizado en Chile que tiene normas elaboradas en puntaje T, en rangos de edad de seis meses desde los 2 años, 0 meses, 0 días a los 5 años, 0 meses, 0 días, tanto para el test total como para cada uno de los subtests.

El TEPSI evalúa a través de 52 ítems, repartidos en tres subtests, conformándose en un test de desarrollo psicomotor.

El **subtest Motricidad** consta de 12 ítems y mide movimientos y control del cuerpo o partes del cuerpo en un acto breve o largo, o en una secuencia de acciones y también equilibrio.

El **subtest Coordinación** consta de 16 ítems que miden básicamente motricidad fina y respuesta grafomotrices, en situaciones variadas donde incide el control y la coordinación de movimientos finos en la manipulación de objetos y también factores perceptivos y representacionales.

El **subtest Lenguaje** consta de 24 ítems y mide lenguaje expresivo y comprensivo: capacidad de comprender y ejecutar ciertas órdenes, manejo de conceptos básicos, vocabulario, capacidad de describir y verbalizar.

Utiliza la observación y registro de la conducta del niño frente a situaciones específicas proporcionadas por el examinador, permitiendo la posibilidad de éxito o fracaso ante dicha situación, otorgando 1 punto si realiza la prueba y 0 puntos si no lleva a cabo.

**Los materiales requeridos para su administración son:** una batería de prueba, un manual de administración y un protocolo u hoja de registros.

La batería consta de materiales de bajo costo y completa para la administración de la prueba.

El manual de administración, que describe las instrucciones específicas para administrar cada ítem del test, contiene toda la información necesaria organizada en seis columnas:

1. Número del ítem y subtest al que corresponde.
2. Nombre del ítem: se describe la tarea a ser realizada por el niño.
3. Ubicación: se detalla la localización física en que debe estar el niño y el examinador.
4. Administración: se describe la situación que debe proponer el examinador al niño.

5. Material: se describe si se requiere o no algún material para la administración del ítem y si es así cuál.
6. Criterios de aprobación: se dan las indicaciones necesarias para reconocer las respuestas del niño y determinar si debe registrarse como éxito o fracaso.

Al analizar las implicancias que tiene la institucionalización de los niños en el desarrollo psicomotor encontramos que en Chile las principales causas de ingreso a hogares son abandono paterno o materno y la orfandad materna, lo cual suma el 50%, mientras el 35% de los niños ingresados lo hace ya sea por abandono de la figura paterna o por problemas socioeconómicos. Además del peligro físico y moral asociado a problemas socioeconómico constituyen el 14% (Servicio Nacional de Menores 1990). Generalmente son ingresados a estas instituciones desde el nacimiento o edades bastante tempranas, pasando un período que generalmente es prolongado hasta ser incorporados nuevamente en sus vidas familiares o en alguna familia que desee realizar el dificultoso proceso de adopción. La institucionalización no condena necesariamente a los niños a presentar psicopatologías, pero si conlleva un alto grado de vulnerabilidad en su desarrollo intelectual y físico, sus problemas conductuales, y sus relaciones de apego con sus cuidadores y pares.

En los hogares, los infantes, muchas veces no poseen las oportunidades de crecimiento y progreso que ofrece la familia. De este modo, los niños se ven expuestos a una privación de estímulos que podrían determinar posteriormente problemas en su desarrollo psicosocial y en un plazo no muy lejano puede dificultar la habilidad para recrearse o bien llevar a cabo una adecuada vida escolar.

Existen múltiples estudios que se han realizado en los últimos años donde se muestra como un evidente factor de riesgo para el desarrollo psicomotor el pertenecer a una institución y esto es directamente proporcional al tiempo que se habite en estos lugares. (Jury, 2007).

En el año 1998, SENAME realiza un estudio de permanencia de los menores en las instituciones, dando como resultado que el 38% de los niños permanece por más de dos años y un 70% de estos lo hace por más de 5 años.

Las instituciones instauran modos de actuar y de vincularse, diferentes a los practicados externas a éstas, por lo tanto, generan una realidad distinta a la que vivirían fuera de ella. Se crea un ambiente donde se debe mantenerlos en una visibilidad sin lagunas, formar en torno a ellos todo un aparato de observación, de registro y de anotaciones, construir sobre ellos un saber que se acumula y centraliza (Foucault, 1989 citado en Garbi, Grasso & Moure, 2004).

Viloria (2006), señala que la institucionalización es un estímulo altamente desencadenante de estrés y enfermedades que termina por somatizarse, ya que el niño no entiende por qué fue separado de sus padres o sólo interpreta el hecho como abandono y no acepta su ingreso a un ambiente extraño.

El ambiente institucional de los Hogares de Protección Simple, presentan características que pueden afectar el desarrollo normal del niño, niña o joven atendido (Ministerio de Planificación y Cooperación, 1997), entre ellos encontramos:

- a. **Uniformación o masificación:** El niño no es percibido como un individuo distinto del resto, y el ambiente no le ofrece un real reflejo de lo que él es. Esta característica puede afectar el desarrollo de las habilidades sociales, lo cual implicaría la perpetuación de las características presentadas por el niño al ingresar a la institución.
- b. **Carencia de privacidad:** Las instituciones carecen de privacidad, ya que son pocos los espacios propios o de los cuales se pueda disponer libremente. Por lo cual, los niños no aprenden a respetar los derechos propios de los ajenos.
- c. **Obligatoriedad:** Las normas transmitidas como obligatorias no son interiorizadas por los niños y por lo tanto, se producen deficiencias en el autocontrol. Por lo general, los funcionarios poseen ideas cerradas e improductivas al analizar los problemas de los niños, lo que no contribuye a su solución.
- d. **Inhibición de la iniciativa personal y de la motivación de logro:** Generalmente las decisiones que se toman en la institución son independientes del comportamiento o de las peticiones de los niños. Por lo tanto es el funcionario el que decide por ellos. Esto afecta el desarrollo de la habilidad de comunicación, liderazgo y resolución de conflictos.
- e. **Tendencia a generalizar el comportamiento:** Es frecuente que el comportamiento de los niños sea generalizado a partir de un hecho específico, por lo que se les asigna un estereotipo negativo, aumentando la probabilidad de que dicha conducta vuelva a ocurrir.
- f. **Inconsistencia:** El ambiente institucional no es planificado de forma consistente, es decir no existen estímulos discriminatorios claros. Los funcionarios reaccionan de forma diferente ante la misma situación o presentan rigidez frente a situaciones que requieren flexibilidad. Esto afecta el desarrollo de habilidades de liderazgo y resolución de conflictos.
- g. **Sobrevivencia institucional v/s aprendizaje normativo:** La educación de los niños no es planificada, por lo cual se enfatiza sólo su custodia y la educación queda sujeta a variables arbitrarias, provocando desarmonía y retardo en su desarrollo.
- h. **Doble pauta institucional:** Existen dos modelos de aprendizaje (Sobrevivencia institucional y aprendizaje normativo), con la contradicción entre lo que se dice y se hace. Además se plantea una doble pauta con relación a los modelos que se le presentan a los niños.
- i. **Falta de separación entre lo técnico y lo afectivo:** En las instituciones se suele castigar un comportamiento negativo con el retiro del afecto, en lugar de emplear medidas disciplinarias adecuadas, manteniendo la relación afectiva.
- j. **Manejo de conductas dependiendo del estado emocional:** Las medidas que se toman son aplicadas cuando la emoción está presente, con lo cual se dificulta que el niño asimile su contenido. Esto afecta el modelado y las habilidades de asertividad, empatía y comunicación (citado de protección de menores MIDEPLAN, 1997).

Como sabemos no todos los niños están en proceso de adopción, sino en proceso de recuperabilidad de la desnutrición primaria, secundaria o terciaria en alguno de los casos, además de la asociación a componentes de índole judicial que ponen en riesgo la integridad de los menores perteneciente a CONIN, existiendo en su mayoría el alta por parte del equipo médico/técnico para la reincorporados a sus familias de origen. Generalmente, las principales causas de ingreso de los niños a estas instituciones son debido a desnutrición primaria y desnutrición secundaria asociada a otros factores, como enfermedades genéticas, metabólicas, trastornos inmunológicos y malformaciones congénitas y alteraciones del desarrollo psicomotor, entre otras. Por este mismo motivo, se fomenta que el niño no pierda contacto con la familia y de este modo se mantenga la relación entre estos, para su posterior reinserción familiar. Dicha acción debe ser supervisada y dirigida por la institución. El mantener a la familia cerca del niño favorece el apego madre e hijo que es fundamental en la vida de éste. Estos niños presentan fuertes sentimientos de angustia, soledad y tristeza, lo cual se agudiza cuando se encuentran en una situación de contacto con algunas cuidadoras, que por la cantidad de menores reclusos, no prestan la atención necesaria para atenderlos efectiva y afectivamente. Esta carencia afectiva es la que genera los sentimientos de ansiedad. En CONIN el personal está dedicado a cubrir este aspecto, pero a pesar de esto, no se logra en su totalidad, ya que no deben cuidar a uno o dos niños, sino que hablamos de instituciones con más de 20 niños que demandan cuidados y tiempo, donde no se cuenta con las cantidad de personas necesarias para cubrir todas estas peticiones afectivas o biológicas necesarias para los infantes es insuficiente. (Lecannelier, 2006).

La inclusión de niños en instituciones que fungen como casa-hogar, genera consecuencias negativas en la formación psicológica y social de los mismos, lo cual se ha calificado como "síndrome de carencia afectiva" (Viloria, 2006). Este trastorno es denominado según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte del comportamiento social de inicio en la infancia y por este mismo motivo constituye la consecuencia directa de la carencia de parientes, principalmente las figuras paternas, los abusos emocionales continuos y el maltrato grave.

La afectividad destruida se manifiesta en el plano conductual, mediante alteraciones en la capacidad de relacionarse afectivamente con otros, se observa a través de la desconfianza, indiferencia afectiva, labilidad emocional y dificultad para la expresión de las emociones (Valverde, 1986, citado en Cortes, 1988).

La idea primordial de mantener este vínculo es hacer sentir al niño más seguro y querido, y al mismo tiempo que la familia comprenda lo importancia que tiene para éste el estar incorporado en una familia.

Por otro lado, en niños mayores que ya están más despiertos frente a lo que ocurre a su alrededor, las visitas pueden transformarse en algo negativo en el caso de que no acuda la persona que esperaban, permitiendo reacciones que pueden ser de frustración, rabia y/o depresión y esto en visitas posteriores llevará a conductas ambivalentes del niño, ya sea alegría, indiferencia, evitación de la visita o llanto lo que dificultará más aún la inserción en la familia y en un adecuado desarrollo como persona. (Jury, 2007).



Con respecto a la autoimagen de estos niños se observa distorsionada o empobrecida, con sentimientos de minusvalía personal, lo que obstaculiza que el niño proyecte acciones positivas y de capacidad resolutive. Comportándose bajo el estigma del conformismo, resignación y fatalismo (Cortes, 1988).

Estos niños son muy vulnerables a presentar trastornos reactivos emocionales presente desde el momento de la lactancia y permaneciendo durante toda la infancia, este trastorno se caracteriza por una desvinculación del menor con el entorno social, el cual se acompaña de alteraciones emocionales que varían dependiendo del ambiente. Sus características principales son:

- Temor y preocupación inconsolables.
- Empobrecimiento de las relaciones del niño con sus pares y/o adultos.
- Autoagresiones y/o agresiones a sus pares o adultos cuidadores.
- Tristeza.
- Retardo en el crecimiento y desarrollo.

De esto cabe destacar que el ambiente juega un papel preponderante en el desarrollo de los niños en edades tempranas, por lo cual es esperable que distintos medios sociales y culturales produzcan diferentes logros, los que incidirían en las posibilidades ulteriores del desarrollo humano. En ello destaca la extrema pobreza coexisten diversas causas que interactúan potenciando los efectos negativos que esta ejerce sobre el desarrollo de los individuos. Variables tales como nutrición, cuidados maternos, nivel de educación, carencias materiales y culturales, nivel de ingresos, generalmente se encuentran íntimamente asociadas, siendo muy difícil establecer el peso independiente de cada una. (Di Iorio, Urrutia y Rodrigo, 2000).

En la ciudad de Valdivia existen instituciones que se preocupan de niños menores de 6 años, entre las cuales se encuentra **CONIN (Corporación para la Nutrición Infantil)**, que presenta niños entre 0 y 3 años con desnutrición primaria o secundaria, siendo una institución privada sin fines de lucro. Se encuentra dirigida en la ciudad de Valdivia por su Directora, quien se encarga del área administrativa de la institución desde el año 1985 y además de ser Nutricionista de la institución desde su fundación en Valdivia en el año 1982. Fundada hace ya 30 años y que ha recuperado sobre 80.000 menores, en estrecha colaboración con el Ministerio de Salud. Esta institución se rige de las características sociales y familiares que presente el menor, tales como pobreza y vulneración de los derechos infantiles.

En Chile, los centros de salud estatal y municipal son los encargados de recibir y evaluar a estos menores, determinando su derivación a centros de recuperación como CONIN, el cual consta con 11 centros a lo largo del país. El ingreso a la institución esta determinado por el perfil sociodemográfico, médico y nutricional del niño, ligados a factores de riesgo como deprivación sociocultural, drogadicción y alcoholismo de los padres, vinculados a la pobreza, violencia intrafamiliar y trato negligente, condicionando a un infante con un alto grado de vulnerabilidad biopsicosocial.

Son por tanto, las características multifactoriales las que determinan el perfil de los menores, donde asociado a problemas médicos y nutricionales, persisten condiciones de vida deficitarias que involucradas a deprivación socio cultural, drogadicción, alcoholismo, violencia intrafamiliar, trato negligente, abandono y todos aquellos factores de la pobreza que se asocian a patrones socio- culturales arraigados y cuyo ejercicio por parte de los padres de los lactantes atendidos, sitúa a éstos en condición de alta vulnerabilidad biopsicosocial.

CONIN es considerada una institución muy organizada, donde se realiza una tarea multidisciplinaria, la cual se encuentra a cargo de Médicos, Matronas, Nutricionistas, Kinesiólogos, Educadoras de Párvulos, Asistentes Sociales y Educadoras de Diferencial.

Esta institución se preocupa en gran medida de que la relación familia-niño se mantenga lo más afiatada posible y cuando los padres no pueden asistir lo hace el grupo de voluntarias de CONIN.

CONIN Valdivia tiene sus inicio gracias al esfuerzo de 34 miembros fundadores, entre ellos, Damas Árabes, Rotary Club Valdivia, Club de Leones Valdivia, siendo fundada el 12 de Mayo de 1977 y abriendo sus puertas como CONIN Valdivia el 9 de Septiembre de 1982. Contribuyendo a solucionar problemas de nutrición, atendiendo niños (as) procedentes del sector urbano y rural de la provincia de Valdivia. Sin embargo, con la implementación de nuevas políticas públicas de Salud en Chile y el trabajo de CONIN, se observo una disminución de la desnutrición en nuestro país, lo cual obligó a la institución a reestructurar su quehacer, reduciendo la capacidad de atenciones, sin embargo, la disminución de la desnutrición primaria puso en evidencia la aparición de la desnutrición secundaria la cual se suma a patologías de base congénita.

Actualmente la institución atiende a menores de 0 a 3 años de edad, con diagnósticos clínicos de desnutrición (primaria y secundaria) y otras enfermedades.

El objetivo de CONIN es “Otorgar atención integral en la recuperación de niños (as) altamente vulnerados para que se transformen en generaciones sanas y con un potencial intelectual adecuado” (CONIN, 2008).

Siempre se ha señalado que la desnutrición afectaría directamente sobre el desarrollo psicomotor y este a su vez influiría en el desarrollo psicológico del menor. Existen estudios donde se ha analizado la relación existente entre el coeficiente de desarrollo (CD) de los lactantes y el grado de desnutrición que presentan en niños que ingresaron a CONIN, donde el 30% de la población estudiada poseía un CD bajo lo normal. (Álvarez M° Luz; Concha Ximena y cols, 1991). De aquí es que el crecimiento y desarrollo de un niño está determinado por la interacción de factores genéticos y ambientales. Una constitución genética adecuada es condición necesaria para el crecimiento y desarrollo normal. Sin embargo, para la expresión total del potencial genético, es preciso satisfacer todos los requerimientos reales en forma proporcionada y continua.

En poblaciones con un elevado nivel de vida en que, generalmente, el ambiente satisface las necesidades, los factores genéticos contribuyen a explicar en mayor proporción las diferencias observables entre individuos (crecimiento, desarrollo, etc). Al mismo tiempo, la disminución de las patologías medio ambientales, produce un aumento relativo de las patologías de origen genético, adquiriendo esta relevancia como problema de salud.

En países subdesarrollados, sectores importantes de la población se ven afectados por múltiples e intensas restricciones ambientales. Esta situación de privación constituye la principal determinante de la patología prevalente y de las diferencias observadas en crecimiento y desarrollo.(*Monckeberg, F. , 1976*)

En la década de los 60 y 70 Chile tenía una alta prevalencia de las patologías infecciosas y nutricionales, por lo cual la Pediatría y la Salud Pública se orientaron preferentemente a su tratamiento y prevención, dándole una primera prioridad a la desnutrición infantil. Aunque la principal etiología es la falta de aporte de nutrientes (desnutrición primaria), existe una variedad de causas (hormonales, metabólicas, genéticas, etc.) que, interfiriendo el normal crecimiento y desarrollo del niño, pueden originar secundariamente una desnutrición. (*Beas, F.; Contreras, I.; Maccioni, A.; Lacassie, Y.; Monckeberg, F.; Muzzo, S., 1968.*)

Cuando la desnutrición secundaria se presenta en niños de nivel socioeconómico alto esta se sospecha precozmente. No sucede lo mismo cuando se presenta en nivel socioeconómico bajo donde puede coexistir con una ingesta insuficiente, dando lugar a una desnutrición mixta. La Corporation para la Nutrición Infantil (CONIN) tiene por objeto la rehabilitación integral (nutricional, psicomotora y social) de lactantes con desnutrición calórico-proteica severa primaria.

De estas cifras da cuenta que en Chile en la actualidad presenta estadísticas de erradicación de la desnutrición bastante positivas y significativas las cuales corresponden al 0,3% para el año 2006, de acuerdo a los datos obtenidos de PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). Siendo el segundo objetivo del Programa Desarrollo Milenio del Ministerio de Planificación, cuya meta para el año 2015 es de erradicar en un 0,5% la desnutrición en nuestro país, demostrando el impacto positivo que han tenido los programas de gobiernos instaurados hace tres décadas para combatir y paliar la desnutrición en Chile (PNUD, 2007). A esto se le agrega que el grupo de mayor riesgo son los menores de 3 años quienes además poseen mayor riesgo de muerte y secuelas graves a causa de este problema.

Aquellos lactantes que no progresan en su recuperación nutricional y/o psicomotora en los Centros de CONIN y cuya causa no ha podido establecerse a nivel local, son referidos para su estudio al Centro de Diagnostico e Investigación Pediátrica (CDIP) del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile. Los primeros casos estudiados demostraron la importancia de investigar sistemáticamente las causas secundarias de desnutrición en estos niños. El presente trabajo tiene entre sus objetivos determinar el impacto de esta patología, especialmente

de las afecciones genéticas, metabólicas y neurológicas en este grupo e identificar variables que pudieran facilitar la detección precoz de estos casos.

Se decide realizar el estudio en CONIN, ya que reúne las características del perfil de menores con el cual se desea trabajar, además es la institución de la cual recibimos una respuesta de acogida para el trabajo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVOS GENERALES**

- 2.1.1. Identificar el perfil de la población en estudio en base a variables sociodemográficas del niño, la familia y sus riesgos en salud.
- 2.1.2. Caracterizar el medio institucional donde se encuentran inmersos los menores.
- 2.1.3. Describir el trabajo de estimulación del Desarrollo Psicomotor de los niños institucionalizados en CONIN.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 2.2.1. Caracterizar antecedentes perinatales de riesgo del niño: presencia de sufrimiento fetal, tipo de parto, edad gestacional y APGAR.
- 2.2.2. Caracterizar el tipo de familia de procedencia y riesgo de desarrollo psicomotor de los niños.
- 2.2.3. Identificar la proporción de menores clasificados como caso social.
- 2.2.4. Determinar las patologías y clasificación del estado nutricional de los menores al nacer y al ingreso a CONIN.
- 2.2.5. Caracterizar antecedentes de los padres: edad, escolaridad, ruralidad, consumo de alcohol y drogas y violencia intrafamiliar.
- 2.2.6. Comparar el DSM de ingreso y actual de los niños de CONIN.
- 2.2.7. Conocer áreas afectadas del desarrollo psicomotor.
- 2.2.8. Conocer diagnóstico nutricional de los niños que ingresaron a CONIN con retraso del desarrollo psicomotor.
- 2.2.9. Identificar periodicidad de evaluaciones del desarrollo psicomotor del menor de CONIN.
- 2.2.10. Identificar las competencias/cuidados del personal que trabaja con los niños institucionalizados.

### 3. MATERIAL Y MÉTODO.

#### 3.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. Se decidió realizar el estudio descriptivo con el fin de dar a conocer el trabajo de estimulación del Desarrollo Psicomotor del Hogar CONIN Valdivia. Es de corte transversal, ya que se realizó en un período de tiempo determinado la revisión de fichas clínicas.

#### 3.2. POBLACION OBJETIVO

La población estudiada corresponde a un universo de 20 niños institucionalizados en el Hogar “CONIN”, en la ciudad de Valdivia durante el mes de Noviembre del año 2008.

##### Criterios de elegibilidad:

###### Criterios de Inclusión:

- Todo los niños menores de 3 años y en caso especiales que superen esta edad, no mayor de 5 años, que se encuentren institucionalizados en el Hogar “CONIN” Valdivia durante el mes de Noviembre.
- Consentimiento libre, informado y por escrito de la institución para participar.

###### Criterios de exclusión:

- Niños institucionalizados con período de ingreso menor a un mes.

Este estudio estuvo conformado por una población de 20 niños pertenecientes a la institución “CONIN” menores de 3 años y en algunos casos especiales que no superen los 5 años de edad. Se valoró el total de la población que se encontró a la fecha, de acuerdo a los datos de inclusión en un período sustentable de 5 semanas.

Este hogar fue seleccionado ya que en Valdivia es el único lugar que presenta una población de niños desde los primeros días de vida hasta los 3 años o cercano a los 3 años de edad. La institución accedió a participar activamente del estudio.

Inicialmente este estudio estaba contemplado con una población de niños menores de 6 años, pertenecientes a todos los hogares de Valdivia, sin embargo, debido a no disponibilidad de tiempo y personal para participar del estudio, se excluyeron como población, lo cual redujo a un universo de 20 infantes.

### **3.3. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Las técnicas de recolección de datos consideraron:

- Entrevista a la Directora de la institución y profesionales para obtención de datos del funcionamiento administrativo del organismo.
- Observación dirigida del trabajo cotidiano que se lleva a cabo por parte de los profesionales y no profesionales.
- Revisión de fichas clínicas y carpetas de antecedentes de los menores a estudiar, con el fin de obtener datos de caracterización de las familias y menores.
- Revisión en fichas clínicas de los niños para evaluar el tiempo transcurrido entre cada evaluación del Desarrollo Psicomotor y determinar el compromiso que tiene la institución con los menores.

La información se obtuvo en 4 fases:

- La primera fase consistió en la entrevista con la directora Técnica de la institución, donde se registró los aspectos asociados al funcionamiento administrativo de la organización, denominación de las características de ingreso de los menores, manejo de controles de Salud de estos, afiliación a programas ministeriales, personal a cargo de los infantes, capacitaciones del personal.
- La segunda fase constó de entrevistas a todos los Profesionales y no Profesionales con el fin de obtener información sobre sus labores en la institución, horarios, vacaciones entre otros.
- La tercera fase fue una etapa observacional dirigida, donde se acompañó al equipo en sus labores cotidianas con el fin de conocer la relación que tenían con los menores y entender mejor el trabajo que ellos desempeñaban en la institución.
- La cuarta fase estuvo destinada a la revisión de fichas clínicas de uso interno de la institución.

### 3.4. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<b>DEPENDIENTE</b>		
1.- <i>Diagnóstico de Desarrollo Psicomotor</i>	Nivel y Puntaje obtenidos por los menores en la evaluación del Desarrollo Psicomotor.	Variable Categórica Ordinal: Normal: 0. Riesgo: 1. Retraso: 2.
<b>INDEPENDIENTES</b>		
1.- <i>Edad del menor</i>	Tiempo de vida transcurrido hasta el momento del estudio	Variable cuantitativa numérica Continua: Unidades expresadas en meses y años. Ej.: 2,5 meses; 3 años.
2.- <i>Edad del menor al ingreso al Hogar</i>	Tiempo de vida transcurrido hasta el momento del ingreso al Hogar CONIN	Variable cuantitativa Numérica Continua: Unidades expresadas en meses y años. Ej.: 2,5 meses; 3 años.
3.- <i>APGAR</i>	Examen realizado a los neonatos para tener una primera valoración simple sobre su estado general después del parto. El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La palabra APGAR, puede usarse como acrónimo o regla nemotécnica recordando los criterios evaluados: <b>A</b> pariencia, <b>P</b> ulso, <b>G</b> esticulación, <b>A</b> ctividad y <b>R</b> espiración. Se considerara APGAR a los cinco minutos, dado sus fines pronósticos.	Variable Cualitativa Ordinal: 7 a 10 puntos: 0. 4 a 6 puntos: 1. < 4 puntos: 2. Sin información: 3.



4.- <i>Edad gestacional</i>	Tiempo de vida transcurrido en el medio intrauterino y diagnóstico de acuerdo a clasificación de edad gestacional.	Variable cualitativa ordinal: RNT (Recién nacido de término): 38-42 sem. de gestación. RNPR (Recién nacido pretérmino): < 38 semanas de gestación. RNPT (Recién nacido postérmino): > 42 semanas de gestación.
5.- <i>Parto</i>	Tipo de parto.	Variable Cualitativa Ordinal: Normal: 0. Cesárea: 1. Fórceps: 2. No asistido: 3. Sin información: 4.
6.- <i>Presencia de sufrimiento fetal.</i>	Complicaciones asociadas al parto que repercuten en el feto.	Variable cualitativa Ordinal: Si: 0. No: 1. Sin información. 2.
7.- <i>Diagnóstico nutricional</i>	Nivel y Puntaje obtenidos por los menores en el área nutricional al momento de nacer y al momento de ingresar a CONIN.	Variable Categórica Ordinal: Normal: 0 Riesgo: -1. Desnutrición: -2. Desnutrido severa: -3
8.- <i>Peso al nacer</i>	Valor en gramos al momento del nacimiento.	Variable Numérica Continua: Expresada en gamos. Ej.: 1300 grs. 600grs.
9.- <i>Peso al ingreso</i>	Valor en gramos al momento del ingreso a CONIN	Variable Numérica Continua: Expresada en gamos. Ej.: 1300 grs. 600grs.
10.- <i>Patologías asociadas del menor</i>	Patologías crónicas, congénitas o adquiridas del menor.	Variable Nominal ordinal: Gástricas: 1. Neurológicas: 2.

		Respiratorias: 3. Endocrinas: 4. Renales: 5. Genéticas: 6. Cardiacas:7 Nutricionales:8.
<i>11.- Área alterada o posiblemente alterada del desarrollo psicomotor</i>	Área del desarrollo psicomotor en que el menor se encuentra falente o en riesgo de presentar alguna alteración.	Variable categórica ordinal: Lenguaje: 0. Motor: 1. Mixto: 2.
<i>12.- Periodo entre cada evaluación</i>	Tiempo que transcurría en meses entre cada evaluación del desarrollo psicomotor a los menores, omitiendo el periodo de vacaciones donde se interrumpía este trabajo.	Variable cualitativa ordinal: Una vez: 0. Cada 15 días: 1. Cada mes: 2. Cada 2 meses: 3.
<i>13.- Tipo de familia</i>	Característica la familia de acuerdo a sus integrantes	Variable Cualitativa nominal: Nuclear biparental: 1. Nuclear monoparental: 2. Extensa biparental: 3. Extensa monoparental: 4. Reconstituida: 5. Caso social: 6.
<i>14.- Escolaridad de los padres.</i>	Último año de escolaridad aprobado en la educación tradicional por parte de la madre o padres.	Variable cualitativa ordinal: Básica incompleta: 0. Básica completa: 1. Media incompleta: 2. Media completa: 3. Estudios superiores: 4. Analfabeto: 5.
<i>15.- Consumo de alcohol.</i>	Presencia de consumo de alcohol por parte de alguno de los padres.	Variable Nominal: No: 0. Si: 1. Sin información: 2.

<i>16.- Consumo de Drogas.</i>	Presencia de consumo de drogas por parte de alguno de los padres.	Variable Nominal: No: 0. Si: 1. Sin información. 2.
<i>17.- Antecedentes de maltrato familiar.</i>	Presencia de Violencia intrafamiliar al interior del núcleo de origen de los menores, ya sea psicológica o física.	Variable Nominal Ordinal: No: 0. Si: 1. Sin información: 2.
<i>18.- Ruralidad</i>	Procedencia de la madre mientras estuvo embarazada	Variable Nominal Ordinal: Sí: 1. No: 0.
<i>19.- Edad de los padres</i>	Edad de los padres al momento del nacimiento del menor	Variable Numérica Continua: cuantitativa. Unidades expresadas en meses y años. Ej.: 2,5 meses; 3 años.
<i>20.- Entrevista</i>	Entrevista de preguntas abiertas a profesionales y no profesionales de CONIN.	Variable Nominal
<i>21.- Personal</i>	Profesionales y no profesionales, rol que desempeñan, vinculación con el menor, competencias y capacitación.	Variable Nominal

### **3.5. ADMINISTRACION Y ANALISIS DE DATOS**

El estudio de tipo descriptivo y el análisis de los datos obtenidos se distribuyeron en cuatro fases comenzando con la recolección de información a través de entrevistas a la Directora, Profesionales y no Profesionales de CONIN utilizando preguntas abiertas dirigidas a la obtención de datos organizacionales de la institución y del trabajo que se realiza. Posteriormente se acompañó al equipo de trabajo entrevistado en sus labores diarias para conocer más íntimamente la labor que ellos llevan a cabo y finalmente se revisaron las fichas clínicas de los menores con el fin de obtener información y poder caracterizar definitivamente a los niños.

Los datos provenientes de los tres instrumentos, previamente codificados, fueron transferidos y almacenados en planillas usando el programa Microsoft® Office Excel 2003 (MS Office 2003, Microsoft Corporation, USA, 2003). Los datos obtenidos son presentados en tablas y gráficos de distribución de frecuencias.

### **3.6. ASPECTOS ETICOS**

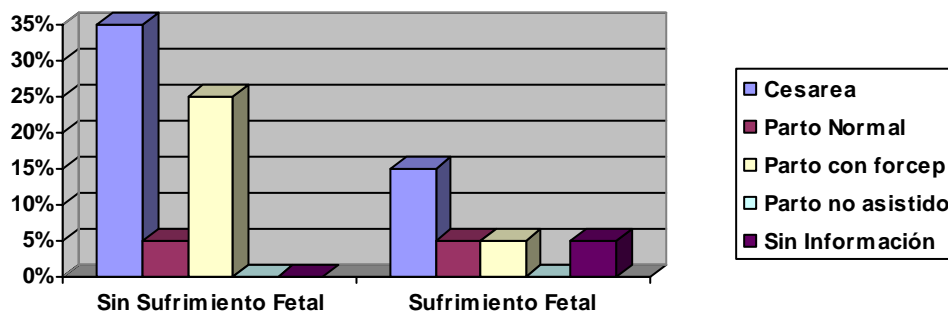
El estudio no presume crear una disputa ética, ya que va en pro de los menores que se encuentran en esta institución y procurando ser un aporte para la investigación en Enfermería y para la sociedad. Nuestra idea fue contribuir a la institución detectando posibles deficiencias en la atención a los niños que puedan ser conocidas y corregidas para mejorar y elevar la calidad de los cuidados de los infantes.

En el transcurso de la investigación no se realizaron intervenciones directas con los menores, ni familiares de estos.

#### 4. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos del estudio según los objetivos específicos planteados.

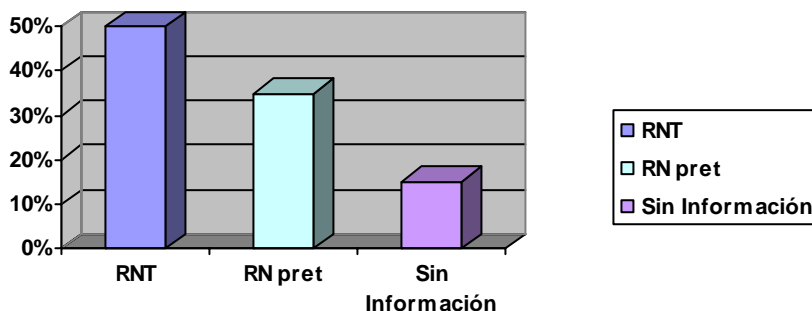
**Gráfico N° 1: Distribución porcentual de los niños internados en CONIN, según tipo de parto y presencia de sufrimiento fetal, año 2008.**



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

Del total de los 20 casos, el 50% de los partos totales corresponde a cesárea, de este un 15% presentó sufrimiento fetal y 35% de los casos no lo presentó. Del total de los casos, un 10% corresponde a partos normales, habiendo un 5% con presencia de sufrimiento fetal, el restante son partos normales con fórceps (30%), de los cuales el 5% de los menores tuvo sufrimiento fetal y un 25% no, en relación al otro 5% corresponde a un caso de parto natural no asistido, quedándonos un 5% correspondiente a un sólo caso en donde se desconocen los antecedentes perinatales.

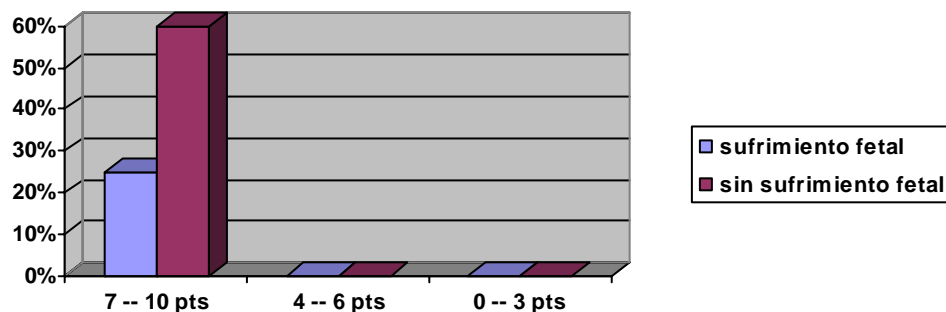
**Gráfico N° 2: Distribución porcentual de niños internados en CONIN, según edad gestacional, año 2008.**



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

El 50% de los 20 casos son recién nacidos de término, en tanto el 35% corresponde a recién nacidos de pretérmino. Un 15% de éstos no posee esta información en la ficha.

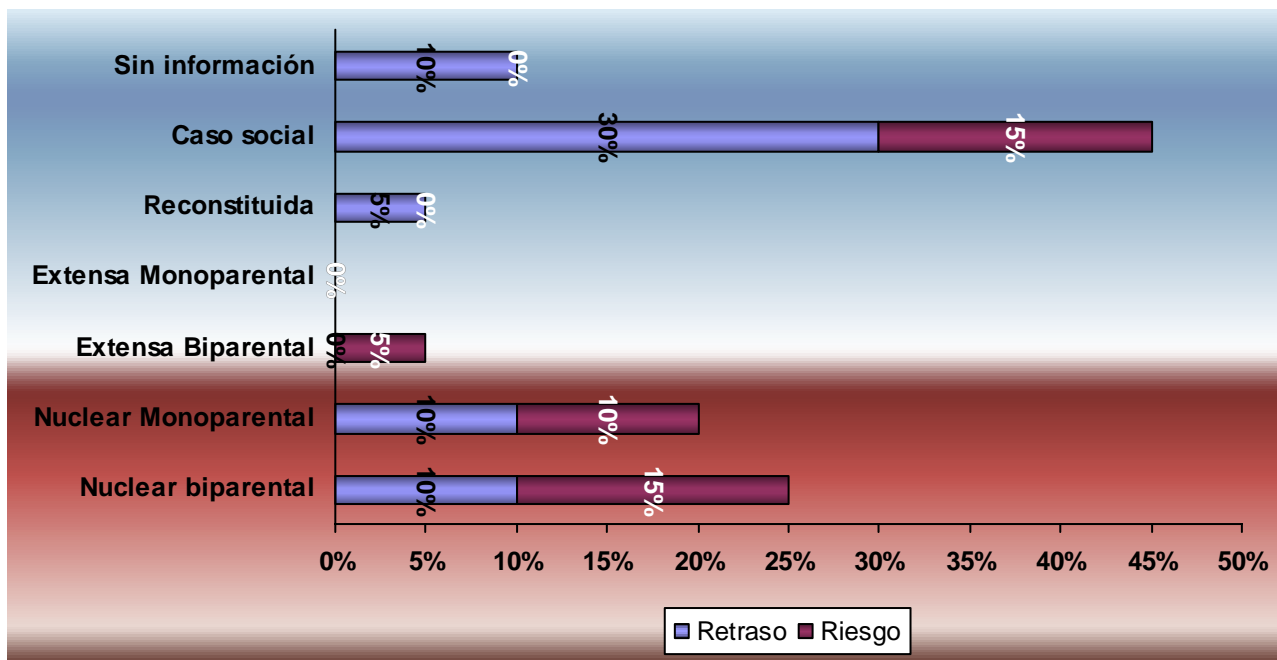
**Gráfico N° 3: Distribución porcentual de niños internados en CONIN, según APGAR a los 5 minutos y presencia de sufrimiento fetal, año 2008.**



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

El 60% de los niños con APGAR normal (7-10 puntos) no presentaron sufrimiento fetal. Un 25% de los menores nacidos con APGAR normal tienen como antecedente sufrimiento fetal y en un 15% de los casos no tenía registros en la ficha de un total de 20 fichas estudiadas.

**Gráfico N° 4: Distribución porcentual de niños internados en CONIN, según su tipo de familia y riesgo y retraso del desarrollo psicomotor, año 2008.**

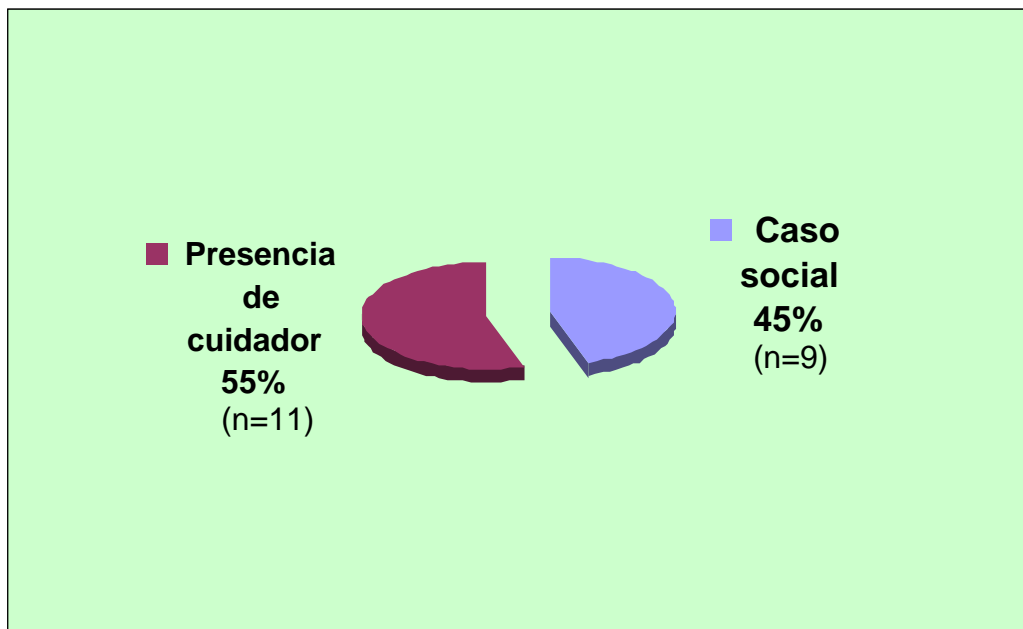


**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

De un total de 20 casos, se aprecia que el 25% de los menores institucionalizados provienen de familias Nucleares Biparentales y un 5% de familias Extensas Biparental en tanto un 20% de familias Nucleares Monoparentales, con presencia sólo de la madre. El resto de los casos (35%) fueron catalogados como casos sociales, existiendo un 10% sin información en la ficha.

A su vez se observa la influencia de las características de la familia en el desarrollo del menor, indicando un alto porcentaje para los niños con riesgo social que presentan retraso en su desarrollo psicomotor, alcanzando un 30% de los casos y un 15% presentando riesgo. Además destaca en familias nucleares monoparentales un 10% de riesgo y retraso respectivamente.

**Gráfico N° 5: Distribución porcentual de los menores pertenecientes al Hogar CONIN, según casos sociales que existen en la institución, año 2008.**

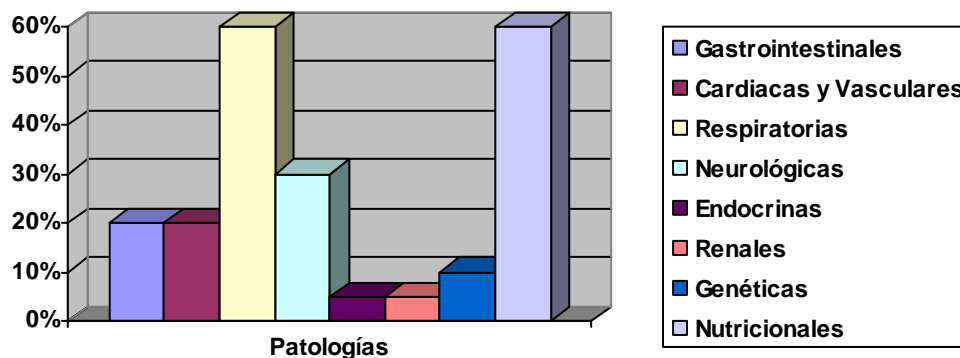


**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

El gráfico N° 5 nos muestra un alto porcentaje de los 20 menores que forman parte del grupo de casos sociales alcanzando el 45% de los niños. Dentro de este grupo englobamos a menores que han sido abandonados y/o que necesitan ser incorporados en alguna familia adoptiva, o bien menores que no pueden regresar a sus hogares porque estos lugares no tienen lo necesario para desarrollarse en forma adecuada. El 55% de los menores tienen un hogar donde acudir, sin embargo, debemos tener claro que esto siempre es susceptible a cambios debido a las características que presentan las familias de los niños.



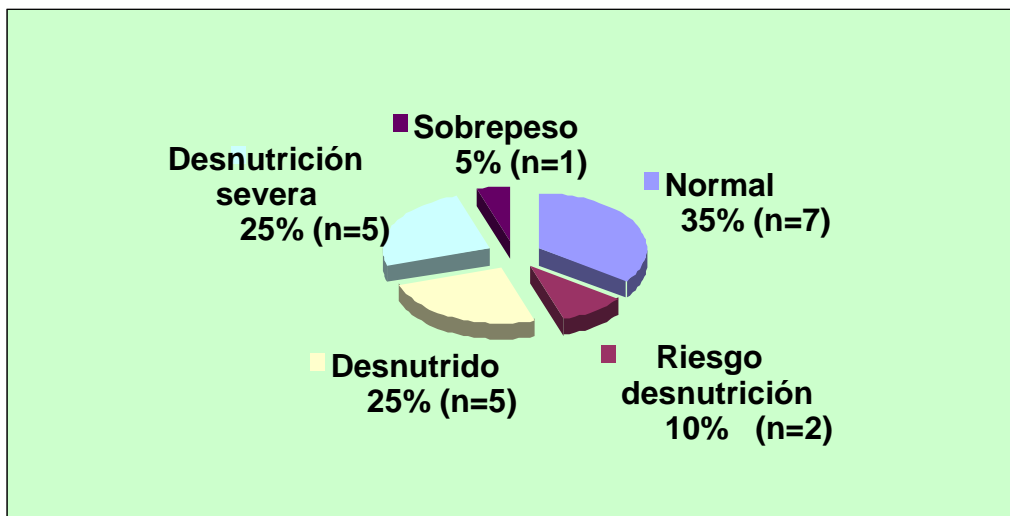
**Gráfico N° 6: Distribución porcentual de niños internados en CONIN, según patología de los menores, año 2008.**



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

El 60% de los 20 menores presenta algún grado de desnutrición, el cual se encuentra directamente ligado a algún tipo patología gastrointestinal que corresponde al 20% de los casos, en tanto que otro 20% de estos menores presentan patologías cardiacas y vasculares. El 60% del total de niños presentaron, además patologías respiratorias persistentes, un 30% de ellos patologías neurológicas, un 10% presentan patologías renales y endocrinas y un 10% patologías genéticas.

**Gráfico N° 7: Distribución porcentual de los menores pertenecientes al Hogar CONIN, según diagnóstico nutricional, año 2008.**

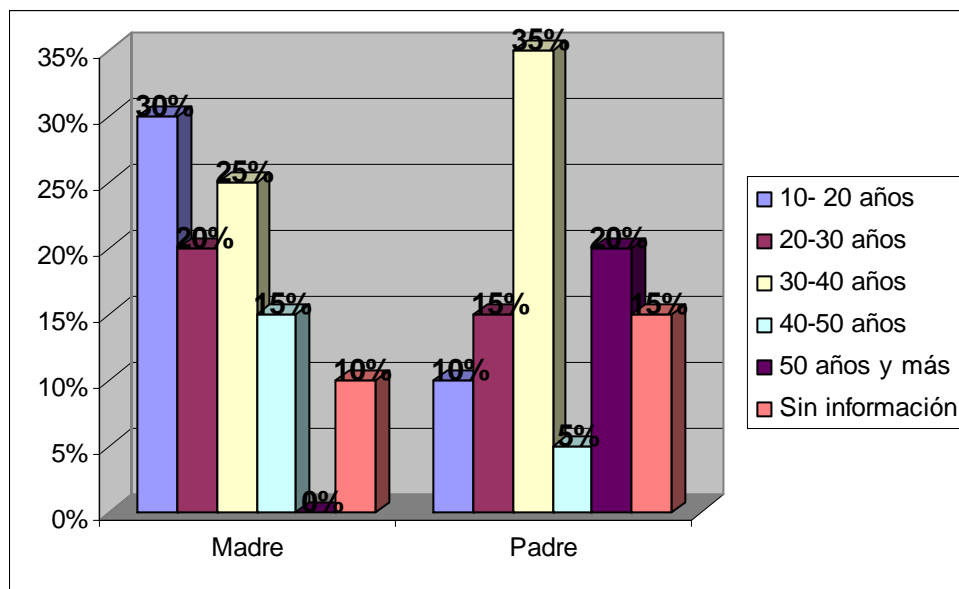


**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

Como podemos observar en el gráfico, se puede identificar porcentualmente los diagnósticos nutricionales que presentan los niños del Hogar CONIN. Estos datos pertenecen al diagnóstico de ingreso de los niños y como se puede percibir, existe un gran porcentaje, el cual es de un 50%, que manifiesta desnutrición ya confirmada, sea leve o severa. Además existe un 10% de los menores que presenta un riesgo de desnutrición, es decir, que están en el límite entre normalidad y desnutrición. Por otro lado, existe un sólo caso que ingresó a CONIN con diagnóstico de sobrepeso perteneciente a una familia con riesgo social (5%).

También es muy destacable mencionar que existe un alto porcentaje de los niños, un 35%, que mantiene pesos dentro de la normalidad, lo que nos indica que estos menores han ingresado al hogar no por problemas nutricionales sino que para protección de estos mismos.

**Gráfico N° 8: Distribución porcentual de los padres que poseen menores en el Hogar CONIN, según edades, año 2008.**

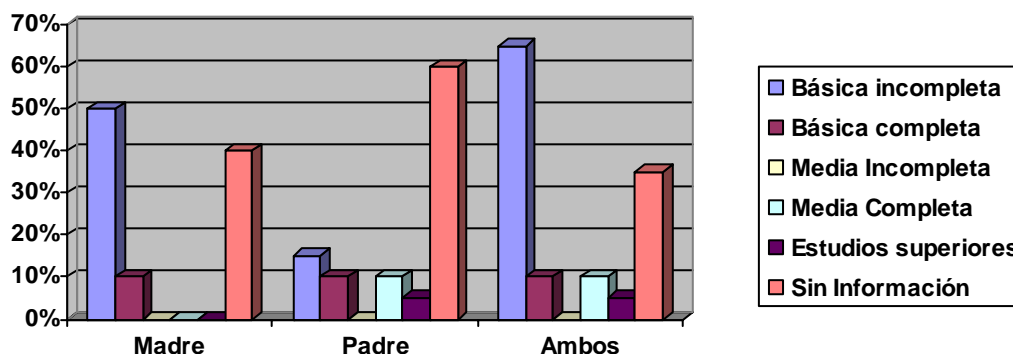


**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

Como se ve reflejado en este gráfico, de los 20 casos el 30% de las madres fueron adolescentes, lo que constituye un gran riesgo para los menores, debido a la falta de experiencia, el posible abuso de sustancias como alcohol y/o drogas y además un factor muy común en familias de bajo nivel socioeconómico que es el abuso sexual por parte de los familiares, sólo se conoce 1 caso definido como violación. Por otro lado, un punto destacable es el porcentaje de madres que superan los 40 años, alcanzando el 15%, lo cual como es sabido y evidenciado científicamente, supone un riesgo para los niños, ya que hay mayor posibilidad de que presenten enfermedades genéticas tales como Síndrome de Down. No se tienen cifras exactas de cuantos niños existen con madres sobre los 40 años, ya que muchas de las fichas no tienen el dato de la edad registrado.

En cuanto a los padres el 35% de ellos se encuentra entre las edades de 30 y 40 años, edades estándares para tener hijos. Sólo un 10% de ellos fueron padres adolescentes. También es destacable que en un 20% los padres tiene sobre 50 años.

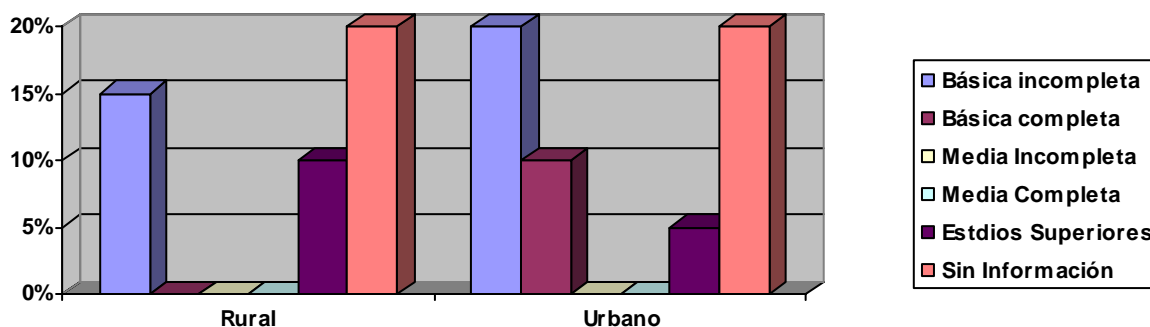
**Gráfico N° 9: Distribución porcentual de los padres de niños internados en CONIN según escolaridad de la madre y el padre, año 2008.**



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

En el gráfico podemos observar que de los 20 casos, el nivel de educación de los padres de los menores no supera la básica completa en su mayoría y que de los datos obtenidos de la revisión de fichas se puede ver que las madres en un 50% poseen estudios básicos incompletos y sólo un 15% de los padres. Sin embargo, muchos de estos no aparecen como dato descrito en las fichas de CONIN, existiendo 35% de ellos sin información sobre su escolaridad.

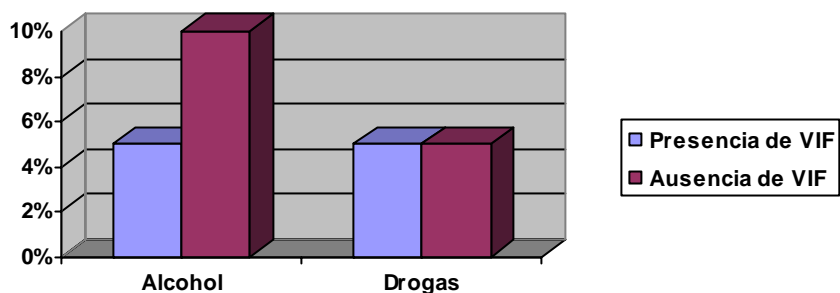
**Gráfico N° 10: Distribución porcentual de los padres de niños internados en CONIN según escolaridad y ruralidad de los padres, año 2008.**



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

De los datos obtenidos de las 20 fichas se puede observar que para ambos sectores poblacionales el nivel de escolaridad no supera los 8 años de estudio, el cual corresponde al 55% de la población total de padres, no existiendo ninguno de los dos padres con escolaridad media, ya sea completa o incompleta. Sin embargo, un 10% de los casos estudiados que corresponde a uno de los padres del sector rural, progenitor de gemelos, posee estudios Técnicos, contrastando con un 5% de padres del sector urbano que poseen esta condición. Mientras tanto, existe un total de 40% de los padres de ambos sectores de los cuales no se cuenta con información de la escolaridad.

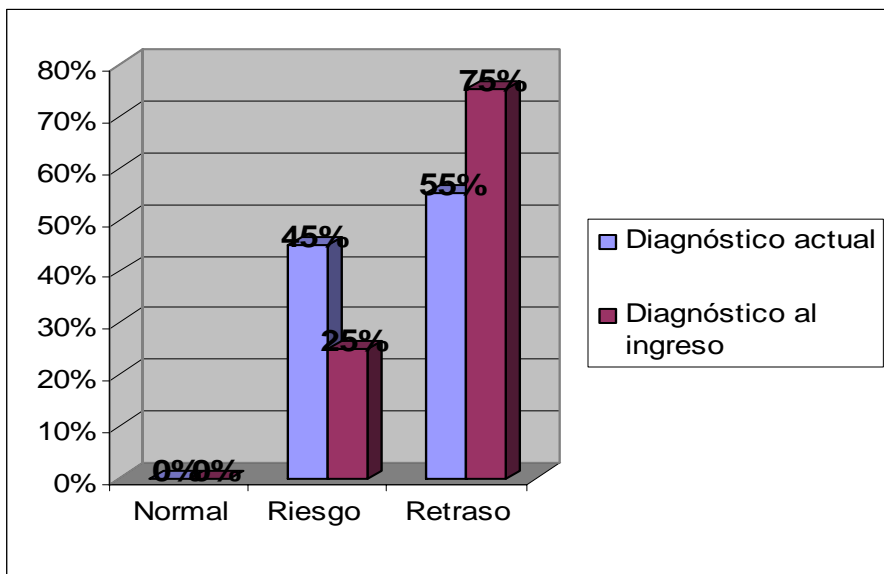
**Gráfico N° 11: Distribución porcentual de padres de niños internados en CONIN, según consumo de alcohol y drogas y la presencia de violencia intrafamiliar, año 2008.**



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

De los 20 casos existe un 15% de consumo de Alcohol por uno de los padres, con un 5% ligado a violencia intrafamiliar. Un 10% de los menores evidencia consumo de drogas por parte de uno de los padres y un 5% se encuentra asociado a violencia al interior del núcleo familiar, en contraposición existe un 15% de consumo de alcohol y drogas, sin evidencia de la existencia de violencia intrafamiliar. Dicha información se ve afectada por la falta de datos que se ve en la mayoría de los casos que fueron revisados, al igual que la presencia de información sólo de la madre y en algunos casos del padre. Además se suma el estigma social que implica el consumo de alcohol y drogas pudiendo haber sido causa de omisión de dicha información.

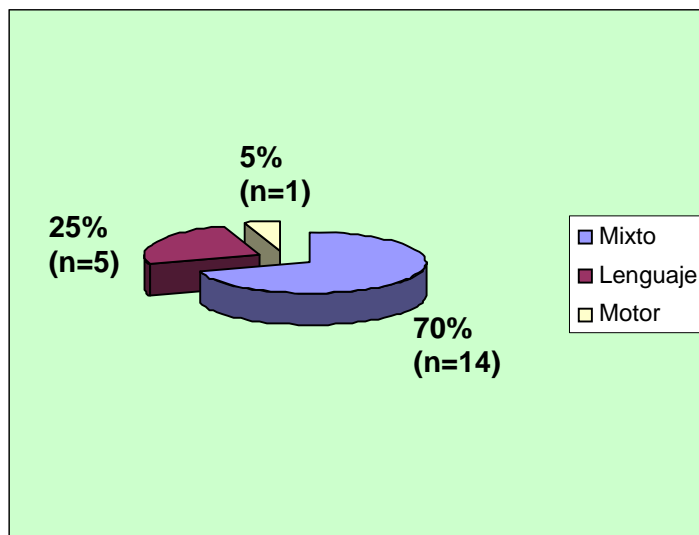
**Gráfico N° 12: Distribución porcentual de los menores pertenecientes al Hogar CONIN, según diagnósticos del desarrollo psicomotor al momento de su ingreso a la institución y diagnóstico actual, año 2008.**



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

Este gráfico muestra el diagnóstico al ingreso y actual de los 20 menores que forman parte de la institución, pudiéndose observar que existen muchos casos que presentan mejoría. Al ingreso de los menores un 75% son diagnosticados con retraso en el desarrollo psicomotor y actualmente sólo un 55% es diagnosticado de esta manera. Por otro lado, la cantidad de niños que actualmente se encuentra con riesgo de presentar alguna alteración del desarrollo psicomotor ha aumentado, pero esto se puede atribuir a dos factores, los cuales son que por un lado los menores con retraso han pasado a ser niños con riesgo y por otro lado los niños por encontrarse viviendo en una institución como ésta están en riesgo de presentar alguna menoscabo en su desarrollo psicomotor, siendo este un factor de riesgo condicionante. Es por este mismo motivo que no existe ningún niño que presente normalidad al respecto.

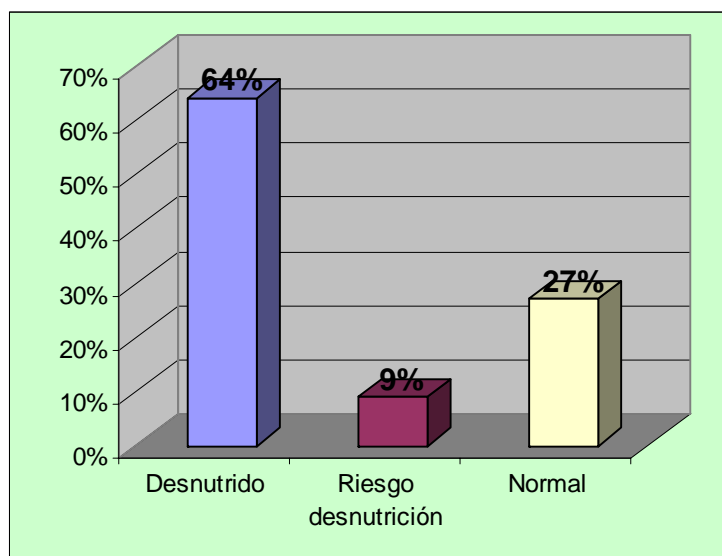
**Gráfico N° 13: Distribución porcentual de los menores pertenecientes al Hogar CONIN, según área alterada del desarrollo psicomotor, año 2008.**



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

El gráfico N° 13 muestra las áreas afectadas del desarrollo psicomotor en los menores pertenecientes al Hogar CONIN. Estos datos son antecedentes actuales, es decir, es el último diagnóstico que se tiene de ellos al respecto. Se puede observar que un 70% de los niños presenta un retraso de tipo mixto, es decir, que presentan el área del lenguaje y el área motora con alteraciones. Por otro lado, tenemos que en un 25% de los menores se presenta una alteración del área del lenguaje, siendo esto muy común en niños pertenecientes a familias disfuncionales y niños que habitan en hogares o instituciones. Por último sólo un 5% de los menores presenta alteración del área motora, siendo esta recuperada con mayor facilidad que las otras áreas.

**Gráfico N° 14: Distribución porcentual de los menores pertenecientes al Hogar CONIN que presentaban retraso en su diagnóstico de desarrollo psicomotor al ingreso y el estado nutricional con el que ingresaban, año 2008.**



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

El gráfico muestra el total de 20 niños que ingresaron con diagnóstico de retraso del Desarrollo Psicomotor a la institución indicando un alto porcentaje para los niños que presentaban desnutrición ya definida, alcanzando la cifra de 64%. Además el 27% presentaba un estado nutricional normal pero con presencia de retraso del Desarrollo Psicomotor.

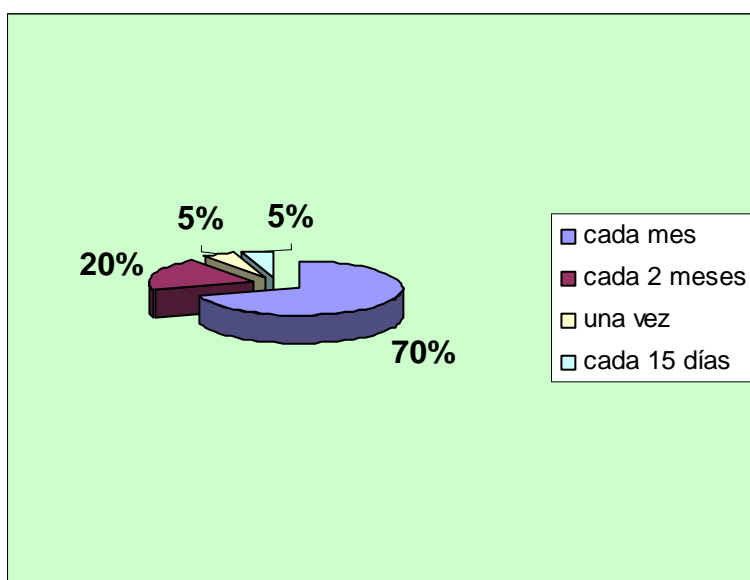


## Observación de registros de evaluaciones del Desarrollo Psicomotor

El fin de este estudio era determinar la continuidad del trabajo con los niños es por este motivo que se llevó a cabo una revisión de los registros de las fichas clínicas del Hogar. Se observaron dos aspectos para evaluar a los técnicos y profesionales. Por un lado, se examinó la periodicidad de evaluación de los menores, omitiendo las vacaciones de verano y de invierno, época de vacaciones de las profesionales. Por otro lado, se verificó que estas evaluaciones fueran efectuadas, de acuerdo a las programaciones de la institución.

Los resultados que obtuvimos fueron los siguientes:

### Gráfico N° 15: Distribución porcentual de periodicidad de evaluación de los menores pertenecientes al hogar CONIN año 2008.



**Fuente:** Fichas clínicas de los menores de CONIN Valdivia año 2008.

En este gráfico se puede observar claramente que los 20 niños son evaluados en forma periódica. El 70% de los menores son evaluados cada mes con el fin de llevar un control estricto de su desarrollo psicomotor. Esto demuestra que los profesionales y técnicos a cargo de los niños demuestran una responsabilidad para con ellos y desean que se recuperen lo antes posible. Por otro lado, un 20% de los niños son evaluados cada dos meses. Generalmente estos niños presentan patologías neurológicas como por ejemplo Síndrome de Down. Esto se debe a que tienen un progreso más lento que los otros menores y se les da más tiempo para ser evaluados. Además se muestra que un 5% de los niños fueron evaluados sólo una vez. Esto se debió a que o venían ingresando al Hogar o están hospitalizados por algún motivo. También cabe destacar que existe un 5% de los niños que son evaluados cada 15 días. Estos son casos muy específicos y se debe a que se intenta estimular más a estos niños ya que demuestran una evolución más eficaz que otros. Generalmente estos menores corresponden a niños que han crecido en hogares

disfuncionales y que sólo necesitan una adecuada estimulación para desarrollarse como niños normales. Estos infantes son menores que habitualmente estarán un tiempo prolongado, debido a que no es posible encontrarles un hogar donde vivir o la familia aún no está preparada para recibirlo.

Estas evaluaciones eran realizadas en forma periódica. Se revisó cada ficha clínica y se verificó que todas las evaluaciones eran generadas en forma ordenada, continua y en los periodos correspondientes. Sin embargo, pudimos observar que posterior al período de vacaciones de verano, período en que las profesionales encargadas directamente de estimular a los niños no se encontraban trabajando, alguno de los niños mostraban una leve involución en relación a su desarrollo psicomotor. Esta involución muchas veces era recuperada rápidamente, pero en otros casos tomaba hasta 3 meses casi volver a obtener los resultados esperados.

**TABLA N°1: CUADRO DE CUIDADOS, HORARIOS Y COMPETENCIAS DEL PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL.**

<b>ACTIVIDA</b>	<b>CUIDADOS/HORARIOS</b>	<b>COMPETENCIAS</b>
<b>DIRECTORA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación de los casos.</li> <li>-Evaluación de los ingresos y egresos.</li> <li>-Evaluación del personal.</li> <li>- Trabajo de 9 a 13 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Administración.</li> <li>-Coordinación con CONIN a nivel Nacional y otras instituciones.</li> <li>-Evaluación de profesionales.</li> <li>-Supervisión.</li> <li>-Manejo de presupuestos.</li> <li>-Profesionales.</li> <li>-Manejo de niños institucionalizados.</li> </ul>
<b>NUTRICIONISTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación nutricional al ingreso.</li> <li>-Manejo de CEDILE.</li> <li>-Evolución y control nutricional de los menores.</li> <li>-Control de IIH.</li> <li>-Trabajo de 9 a 13 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Supervisión y capacitación del personal del CEDILE.</li> <li>-Derivación de los menores.</li> <li>-Administrativas.</li> <li>-Profesionales.</li> <li>-Manejo de niños institucionalizados.</li> </ul>
<b>EDUCADORAS DIFERENCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación del desarrollo psicomotor al ingreso.</li> <li>-Valoración cognitiva del menor a través de diferentes instrumentos.</li> <li>-Trabajo individualizado con los menores y focalizado con grupos pequeños de menores.</li> <li>-Estimulación del desarrollo psicomotor.</li> <li>-Trabajo conjunto con el equipo de salud.</li> <li>-Evaluaciones de aspecto psicopedagógicos los menores.</li> <li>-Trabajo con los padres.</li> <li>-Trabajo de 9 a 13 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dependencia técnico administrativo escuela Walter Schmidt, prestando servicio a CONIN.</li> <li>-Capacitadas en la aplicación de instrumentos validados por el ministerio de Salud.</li> <li>-Profesionales.</li> <li>-Manejo de niños institucionalizados.</li> </ul>

<b>MATRONA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación de salud del menor al ingreso.</li> <li>-Evaluación periódica CNS.</li> <li>-Derivación de casos a médico y kinesióloga.</li> <li>-Evolución de los menores.</li> <li>-Seguimiento de evolución de menores hospitalizados.</li> <li>-Coordinación con hospitales y consultorios.</li> <li>-Derivación de menores a servicio de atención especializada.</li> <li>-Manejo de salas de menores.</li> <li>-Trabajo de 9 a 13 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Supervisión del personal de sala.</li> <li>-Coordinación con equipo de salud.</li> <li>-Profesional del área de la Salud con actividades de enfermería.</li> <li>-Supervisión y cumplimiento de normas de infecciones cruzadas.</li> <li>-Manejo de niños institucionalizados.</li> </ul>
<b>MÉDICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación de los menores al ingreso.</li> <li>-Control de Niño Sano.</li> <li>-Control de morbilidad.</li> <li>-Trabajo de 12 a 13 hrs. y llamada de urgencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacitación por CONIN para el trabajo de menores institucionalizados.</li> <li>-Profesional como Médico general.</li> </ul>
<b>KINESIOLOGA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación del DSM.</li> <li>-KNT respiratoria y motora.</li> <li>-Trabajo conjunto con Educadoras Diferenciales.</li> <li>-Trabajo de 12 a 13 hrs. y llamada de urgencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manejo de niños institucionalizados.</li> <li>-Profesional como kinesióloga.</li> </ul>
<b>EDUCADORA DE PARVULOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabajo con el grupo de menores, enfatizando la estimulación del DSM.</li> <li>-Recreación y vínculo del menor con el entorno.</li> <li>-Trabajo con los padres.</li> <li>-Trabaja de 9 a 15 hrs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Manejo de niños institucionalizados.</li> <li>-Profesional.</li> </ul>
<b>ASISTENTE SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluación del entorno familiar del menor.</li> <li>-Valoración redes de apoyo.</li> <li>-Coordinación para el alta exitosa.</li> <li>-Coordinación con instituciones, consultorios de origen del menor, hospitales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacitación de CONIN para el trabajo con menores institucionalizados.</li> <li>-Profesional.</li> </ul>

	<p>del área para el alta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Informes de evolución de los menores al SENAME y poder judicial.</li> <li>-Trabaja de 9 a 16 hrs.</li> </ul>	
<b>AUXILIARES DE SALA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuidados básicos del menor.</li> <li>-Aseo y confort.</li> <li>-Asistir alimentación.</li> <li>-Administración de medicamentos.</li> <li>-vigilancia de menores.</li> <li>-Asistir sesiones de estimulación psicomotoras.</li> <li>-Cuarto turno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacitación de CONIN para el trabajo con menores institucionalizados, con desnutrición, riesgo social y retraso del DSM.</li> <li>-Técnicos.</li> </ul>

**Fuente:** Entrevista realiza a personal profesional y no profesional, CONIN 2008.

## 5. DISCUSIONES

El Hogar CONIN como ya hemos mencionado anteriormente, es una institución donde se reciben niños con problemas nutricionales; menores que tienen problemas de desnutrición ya sea con riesgo de presentar esta alteración o bien exhibir el diagnóstico en sí en diferentes grados. Como hemos podido observar en los resultados obtenidos posteriormente al estudio realizado en esta institución, podemos señalar que sólo el 50% de los niños que ingresan al hogar lo hace realmente por problemas nutricionales ya definidos. Existe cerca del 50% de los niños, ya sea con diagnóstico nutricional normal, en riesgo o sobrepeso, que ingresa por un problema de riesgo social más que una alteración nutricional en sí, esto demuestra como el escenario local de nuestro país cambio gracias a la instauración de nuevas políticas en materia de salud en donde el crecimiento y desarrollo de los menores siempre ha sido materia de juicio, de esto debemos destacar que hace tres décadas el índice de morbimortalidad asociado a la desnutrición primaria eran elevados, sin embargo, hoy en día, ese escenario ha sido desplazado y ha tomado mayor relevancia la desnutrición secundaria, motivo por el cual CONIN ha tenido que instaurar nuevas estrategias para esto.

Estos datos concuerdan en cierta medida con los señalados por el SENAME en 1990, donde se mostraba que en su mayoría los niños ingresaban principalmente por problemas socioeconómicos y culturales y no así, por abandono por parte de los padres, siendo este porcentaje mínimo. Además existe un gran número de menores que ingresa a CONIN por desnutrición secundaria ya que como lo mencionó Beas, Contreras y cols. (1968), quienes señalan la presencia de una variedad de causas que pueden generar secundariamente una desnutrición y por lo mismo CONIN debió cambiar su misión como lo señaló el año 2008 a *“Otorgar atención integral en la recuperación de niños (as) altamente vulnerados para que se transformen en generaciones sanas y con un potencial intelectual adecuado”*

Esta institución es el único lugar en Valdivia donde se reciben niños tan pequeños, recibiendo infantes incluso desde su nacimiento hasta los 3 años de edad. Sin embargo esto ha variado con el tiempo debido a que existen múltiples casos en que los niños sobrepasan estas edades y se decide dejar en la institución debido a que son menores que han mejorado en forma evidente su desarrollo psicomotor y nutricional y se evita por un periodo enviarlos a otra institución ya que se corre un gran riesgo de retroceso para ellos. De esta manera los niños alargan su estadía en la institución como bien lo señalaba el estudio realizado por el SENAME en 1998. Otras instituciones están conformadas por mayor número de niños y una proporción igual o menor de funcionarios que están a cargo de los menores en CONIN, por lo que es muy probable que exista un retroceso en lo interiorizado por el niño, al no existir personal que realice la estimulación continua. La edad promedio de ingreso de los menores se ubica entre los 0- 12 meses, con 45% de los casos y un 25% de los menores ingresó entre los 2 y 3 años de vida. Existe un 30% de menores que ingresan por sobre esa edad debido a sus condiciones de riesgo social y vulnerabilidad.

De las patologías más relevantes y presentes entre los menores, destaca que el 60% de ellos poseen enfermedades respiratorias con hospitalizaciones recurrentes, y con enfermedades nutricionales asociadas. Además el 20% y el 30% de ellos presentan enfermedades gastrointestinales y neurológicas respectivamente. (Anexo 2).

Así como lo mencionaba Di Iorio y Rodrigo (2000) queda muy claro que los menores necesitan un ambiente adecuado para desarrollarse en forma normal, con padres responsables que sepan cuidarlos, ambientes libres de violencia y drogas, entre otros. Sin embargo, la mayoría de los menores proviene de un ambiente no adecuado para su desarrollo normal como individuo. En un 45% de los menores son niños de casos sociales, es decir, son menores que provienen de familias que no están aptas para cuidar al menor o bien han sido abandonados.

Cabe destacar que en su totalidad los menores del hogar CONIN presentan algún tipo de trastorno del desarrollo psicomotor, ya se entienda este como riesgo o retraso del mismo en su totalidad o en una o dos de sus áreas. Como bien lo señalaba Purves (2004) la maduración del niño debe estar provisto de un ambiente adecuado y es muy característico en estos niños encontrarse inmersos en familias donde existen un alto número de padres adolescentes. Cerca del 30% de los menores proviene de madres adolescentes al momento del parto (13 y 20 años) y por otro lado, un dato muy relevante es que en un 15% las madres superan los 40 años al momento de la gestación contribuyendo un nuevo riesgo para el menor, ya que como se ha demostrado científicamente, se corre mayor riesgo posterior a esta edad de que el niño nazca con enfermedades genéticas como Síndrome de Down por ejemplo. Sin embargo, este fenómeno no se ve de igual forma en relación a la edad de los padres quienes en gran porcentaje, representado por el 70% corresponde a edad entre 30- 50 años.

Un aspecto importante valorado en los casos sociales y que no fue considerado como objetivo en el estudio fue la presencia de abusos deshonestos en estas familias, por que no fue posible recopilar dicha información en las fichas clínicas de los menores, y sólo constatamos que existía un caso identificado como abuso por parte de un familiar, donde la niña sólo tenía 14 años. Sin embargo, existen varios datos que no pudieron ser completados.

Además podemos agregar que otra característica de las familias de estos menores es que pertenecen al estrato socioeconómico bajo y del sector rural, baja escolaridad de los padres, de esto se observa que el 25% son familias nucleares biparental y un 20% nuclear monoparental, constituida primordialmente por la figura materna. Esto nos permite asociarlo a la bibliografía de Di Iorio, Urrutia y Rodrigo en donde describe que existe una correlación entre la pobreza y la deprivación sociocultural manifestada por estos antecedentes de ruralidad y escolaridad de los padres.

En relación a esto Bedregal menciona en su estudio del 2007 en donde explica que el desarrollo infantil es clave para la salud y desarrollo humano, existiendo evidencia científica que muestra la relación entre retraso del desarrollo psicomotor con patologías crónicas, trastornos de salud mental y problemas sociales como la violencia, delincuencia y pobreza, factores presente en la mayoría de los casos estudiados.

También hace relevancia a los pocos estudios de este tipo dirigidos a poblaciones de infantes latinoamericanas con gran diversidad sociocultural y racial.

Podemos afirmar que existe una estrecha relación entre el medio ambiente del menor y su desarrollo psicomotor, como expuso Monckeberg (1976) que la expresión genética de niños normales se ve puede ver potenciada o menoscabada en su expresión ante la falta de estimulación necesaria, afectando el crecimiento y desarrollo. Esto se ve evidenciado en que el 55% de los padres de los menores no posee estudios superiores a 8 años y sólo un 5% posee estudios superiores técnicos, además de pertenecen al sector rural (45%) de la región y sectores marginados de la población, creando ambientes de privación de estímulos necesarios para explotar en su máximo potencial las facultades de los menores. (Anexo 3).

Otro dato importante de destacar es la asociación del consumo de alcohol y drogas y la presencia de violencia al interior del núcleo familiar, que se encuentran ligadas a condiciones de pobreza y baja escolaridad, sin embargo, los datos obtenidos sólo muestran un 10% de consumo de alcohol y drogas relacionado con violencia intrafamiliar y un 15% de consumo de alcohol y drogas sin evidencia de violencia.

Continuando con el aspecto familiar, el tipo de familia de procedencia influye también en el desarrollo y crecimiento de los niños, de esto se observa que el 25% proviene de familias nucleares biparental y en un 20% nuclear monoparental, constituida por la figura materna.

Los antecedentes perinatales constituyen un importante dato a la hora de evaluar el desarrollo psicomotor de los niños, como lo planteo Rodriguez, ya que dicha información puede darnos un pronóstico y visión general del estado de salud mental y física del infante, uno de los mas importante son la presencia de sufrimiento fetal y el tipo de parto que repercuten en la condición neurológica, de esto es relevante que el 50% de los partos corresponde a cesáreas y de estas un 15% presento sufrimiento fetal, equivalentes a 3 de los 20 casos estudiados, viéndose reflejado en los resultados de las evaluaciones de desarrollo psicomotor, en donde la totalidad tienen ya sea riesgo, retraso o alteración de una de las áreas. A esto se le suma el número de de nacimientos prematuros, lo cual representa corrección de la edad del menor al momento del examen y retraso en algunas áreas del desarrollo psicomotor, observándose un 35% de los casos como recién nacidos de pretérminos. También es importante mencionar que un 25% de los casos de recién nacidos con APGAR normal padeció sufrimiento fetal.

Di Iorio, Urrutia y Rodrigo (2000) hacen referencia a estas variables como un conjunto de factores que no se pueden medir por separado ya que ninguno tiene mayor o menor peso en cuanto a su impacto en el desarrollo y crecimiento del menor.

En tanto Álvarez y Concha en un estudio realizado en menores de CONIN en el año 1991, hacen referencia a la relación existente entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor, quienes planteaban que el retraso del desarrollo psicomotor no necesariamente está ligado a la desnutrición, sino también a factores ambientales y/o genéticos, lo que concuerda con nuestro estudio, obteniendo como resultado que del total



de niños que ingresaban con diagnóstico de retraso del desarrollo psicomotor presentaba desnutrición confirmada, en tanto un 27% presentaban estado nutricional normal asociados a factores psicosociales.

Los menores integrantes del Hogar CONIN al momento de su ingreso, en su mayoría por el tipo de familia de la cual preceden, sumado a las patologías que presentan al momento de nacer, manifiestan un déficit en el desarrollo psicomotor. Un 75% de los niños presenta a su ingreso un diagnóstico de retraso de desarrollo psicomotor ya definido, ya sea mixto o de algún área en particular (lenguaje o motora). Una de las tareas de nuestra investigación era revisar los registros que tenían las fichas clínicas de los menores, las que encontraban dentro de la institución. Como sabemos al momento del ingreso de los menores al hogar, debían ser evaluados durante todo un mes para obtener el diagnóstico correspondiente de cada menor. Posterior a esto, la institución señaló que se realizaban evaluaciones en forma periódica, por lo que nos llevó a la inquietud si esto se realizaba realmente. Se revisó cada ficha clínica y notamos que en un 70% de los casos se ejecutaban evaluaciones cada un mes a los menores. Y en algunos casos se llevaba a cabo esta actividad cada dos meses para niños que tenían una recuperación más lenta o bien tenían patologías neurológicas de base, como por ejemplo Síndrome de Down.

En el estudio se pudo observar que los menores poseían un diagnóstico de ingreso definido y se podía ver claramente en los registros que a medida que se avanzaba en el tiempo los niños iban presentando una mejoría notoria, ya que podían realizar actividades que antes les era dificultoso practicar. Además poseían un mayor vocabulario y tenían más seguridad en sí para decirlo frente a otros. En algunas ocasiones, sólo en una minoría, sobre todo en los niños que poseían patologías neurológicas asociadas, donde se presentaba en forma secundaria un déficit en el desarrollo psicomotor, los niños presentaban una leve involución en periodo de vacaciones de verano, donde la mayoría de los profesionales se ausentaba, especialmente las profesionales a cargo de la estimulación directa de los menores. Esta involución se vivenciaba siempre en la primera evaluación realizadas a comienzos de marzo y se mantenía durante los primeros meses. Sin embargo, los niños rápidamente recuperaban todo lo que habían aprendido e interiorizado y esto tardaba máximo dos meses.

Las áreas en la cuales se evaluó principalmente a los menores en el Hogar eran el área motora, donde se observó también la coordinación y la del lenguaje. Existía un 70% de los niños que presentaba déficit en ambas áreas. Esto se debe a dos factores principalmente; por un lado, el tipo de familia que rodea al menor. Como sabemos se puede observar claramente en los resultados que los menores que provienen de familias con riesgo social donde indudablemente no reciben la estimulación y los cuidados necesarios para desarrollarse en forma adecuada. Y por otro lado, mucha veces los menores presentan déficit del desarrollo psicomotor asociado a patologías de base y que visiblemente no se van a poder desenvolver en forma normal.

El área del lenguaje es más común que se vea afectada en los menores, ya que es fundamental una estimulación adecuada en este sentido. Los menores por instinto se van a intentar parar, gatear, caminar, etc. pero necesitan de una estimulación más específica para poder comunicarse adecuadamente con el medio. Cerca del 25% de los menores presenta déficit en esta área y es donde más énfasis se da en la institución para ser corregida.

Es muy común además que los niños provengan de familias donde los padres no han recibido una educación adecuada. Existe un 50% de las madres y un 15% de los padres que presentan escolaridad básica incompleta, siendo el porcentaje de los padres no muy preciso ya que en un 30% de los casos no se tenía información al respecto. Es por esta misma razón que en muchos de los casos, la familia no es capaz de brindarle una estimulación adecuada a sus hijos.

En el área motora un 5% de los menores presentó déficit. Este porcentaje es más bajo ya que por un lado, estos diagnósticos de los menores son los más recientes y esta es un área que es más fácil de estimular, ya que como mencionamos anteriormente, existe un instinto en cada persona que estimula en forma innata a la persona a desarrollar esta área y por ende es más común no presentar falencias en este sentido. Y por otro lado, los niños están siendo estimulados constantemente ya sea por la kinesióloga, los profesores de diferencial, de párvulos y un elemento muy importante que es el dinamismo del juego, el cual es muy útil para recuperar rápidamente este plano. (Anexo N°4).

En la mayoría de los casos los menores que presentan alterada esta área son niños con patologías de base asociadas como por ejemplo displasia de caderas, síndrome dismórfico entre otros. Por lo que estos menores necesitan un trabajo más específico y es más lenta su mejoría.

Es muy importante estar estimulando continuamente a los menores, ya que el sólo hecho de que sean parte de esta institución es un riesgo para ellos como lo señalaba el Ministerio de Planificación y Cooperación en 1997, donde manifestaba que el ambiente institucional de los Hogares de Protección Simple presentan características que pueden afectar al desarrollo normal del niño. Esto se debe netamente a que la institución no podrá brindarles los cuidados a los menores como lo puede llegar a hacer una familia adecuada. Por otro lado como bien lo planteaba Garbi Grasso y Moure (2004) las instituciones instauran modos de actuar y vincularse con el medio y crea conflictos internos en los menores ya que no existe individualidad en ellos, existen reglas de vida que son tomadas como obligatorias y van más allá de si es lo correcto o no; además es muy común que el castigo muchas veces se relaciona para los funcionarios con retiro de afecto y de este modo todo va funcionando como un factor de riesgo para los menores.

Esta estimulación continua que se debe generar en los menores se ve claramente deteriorada en las vacaciones de verano, donde la mayoría de los profesionales se va de vacaciones por dos meses y cuando regresan alguno de los menores presenta un leve retroceso. Es por este motivo como bien lo señala Iceta y Yoldi (2002) hay que reforzar

continuamente el desarrollo de los menores para que logren desenvolverse como entes normales.

CONIN se preocupa cuidadosamente de seleccionar un personal capacitado y adecuado para el trabajo, ya que se trata de niños vulnerados en sus derechos, que en su mayoría presenta patologías asociadas que los hace diferentes a un niño en condiciones normales de vida, sin mencionar el que se encuentran apartados de sus familias.

Podemos decir sin ningún temor que esta institución cumple con todos los requisitos necesarios, ya sea profesionales capacitados humana y técnicamente, infraestructura, apoyo financiero, responsabilidad para con los menores, para que estos logren alcanzar lo más cercanamente posible una vida normal y consigan formar una familia, trabajen y vivan lo más naturalmente posible.

CONIN ha logrado la recuperación de la desnutrición casi en un 100% de los casos de menores tratados, con excepción de los casos de menores que poseen desnutrición secundaria a algún trastorno gastrointestinal como síndrome de intestino corto en donde han logrado intervenir efectivamente para la mantención de estos menores. Sin embargo y pese a su intenso trabajo en la estimulación, el logro de niños con un desarrollo psicomotor normal no es una realidad, pero si podemos decir que las mejoras logradas permiten dar de altas a menores que alcanzan el máximo potencial de expresión de sus habilidades en el área del lenguaje, motora, coordinación y social, existiendo aun déficit en ella pero que permiten que éste se reintegre a una sociedad con las herramientas suficientes para coexistir en ella. Si bien en su mayoría los menores al alta de la institución presentan algún grado de riesgo en el desarrollo psicomotor total o en una de sus áreas, corresponde a la mayor recuperabilidad que puede obtener de éstos dado su condición de vulnerabilidad y secuelas de las patologías de base.

## 6. CONCLUSIONES

El desarrollo psicomotor es uno de los hitos más importante en el crecimiento y desarrollo de todos los menores, ya que este no sólo determina el lenguaje y motricidad sino que además ayuda a que los niños desplieguen un área fundamental en sus vidas que es el área social, donde pondrán a prueba en su totalidad sus capacidades para entender e involucrarse con el mundo, del cual a su vez recibirán los estímulos necesarios para el logro de todas sus destrezas.

Hoy en día el mundo es más competitivo y por ende exige mayores potenciales a quienes habitan en él, por esto es necesario proporcionar mejores herramientas a nuestros menores, que les permitan adaptarse a un entorno de constantes cambios y obstáculos.

Gracias al estudio que logramos realizar en CONIN pudimos comprobar la importancia que cumple el medio que rodea al menor en su desarrollo normal. La manera en como influye la nutrición del niño, las patologías que presenta, la madurez y capacidades de la familia, las actitudes propias del menor. Todo este conjunto de factores es de suma importancia para que tenga lo necesario para crecer como persona.

CONIN es muy conciente de que la familia es la encargada de proporcionar a los niños las herramientas necesarias para su sobrevivencia. Es la base fundamental donde los menores conocerán el cariño, creencias, costumbres, aprenderán el lenguaje, la marcha que utilizarán para explorar su mundo y además la capacidad de sociabilizar al interior del grupo familiar y con sus pares. Así también la familia provee de cuidados y afectos al menor, los cuales irán a favor del desarrollo de una buena autoestima y por ende, del desarrollo de una personalidad definida y segura. La familia será el núcleo principal en donde el niño crezca y se desarrolle a lo largo de sus años.

En relación a la familia podemos decir que esta institución se preocupa de que el menor no rompa vínculos con ésta. El hogar es muy riguroso en este sentido ya que a pesar de que las personas que trabajan en la institución desean dar el mayor cariño posible e intentan que el daño que se puede producir en este sentido sea mínimo, esto nunca va a ser tan perfecto como el amor que podría darle una familia. Es por este motivo que CONIN trata de incorporar a los padres a las actividades como lo son los trabajos de estimulación, juegos del niño entre otros. Sin embargo existe un gran obstáculo al respecto, ya que existen múltiples casos en que las familias son de origen rural y de escasos recursos para viajar en forma seguida o bien, por otro lado, algunos de los niños han sido abandonados o presentan riesgo social impidiéndoles a los familiares ver en forma continua a sus menores.

Los instrumentos utilizados hoy en día para la evaluación del desarrollo psicomotor exigen una reevaluación por parte de grupos expertos ya que su vigencia se puede poner en tela de juicio tanto el tiempo destinado a su aplicación como el modo de medir sus áreas, ya que en atención primaria el tiempo destinado a esta no permite al menor vincularse en una relación de confianza con el examinador para el logro de los objetivos y de este modo puede dar falsos positivos. A su vez el examinador no experto,

no cuenta con el criterio necesario para discernir o exponer al menor la prueba y sus ítems en todas las gamas necesarias para que éste logre presentar la conducta esperada. Además debido a estos mismos factores el examinador no logra muchas veces detectar alteraciones como lo son la sordera o bien alguna alteración neurológica que pueda presentar el niño y su diagnóstico se basa netamente es un retraso o bien una prueba incompleta por un menor que no coopera con la actividad, lo cual implica preparación y conocimiento en materia de análisis para la adaptación y aplicación del EEDP y TEPSI.

De aquí corresponde señalar la importancia de personal preparado y experto en materia de evaluación de los menores en los controles de niño sano, donde los profesionales sean capaces de distinguir si existe alguna causa que esté generando alguna alteración del desarrollo normal del niño. Además de considerar que las evaluaciones no deberían ser incluidas dentro del mismo control, sino como control anexo a los programados, lo cual permitirá mayor tiempo de interacción del menor con el examinador y por ende resultados más certeros.

Para nosotros era esperado de acuerdo a los estudios revisados, que los niños institucionalizados presenten déficit en el desarrollo psicomotor o de alguna de sus áreas, como lo son el área del lenguaje y social, debido a la falta de estimulación de éstos que como se mencionó con anterioridad está relacionado con un núcleo familiar privado socioculturalmente.

Dada la interacción del niño y el cuidador, es fundamental el explorar este punto en la investigación, ya que en él recae la labor de estimulación, educación y formación de los menores a cargo, el cual no se desliga del área afectiva asociada al cuidado y convivencia diaria. Por este motivo se enfatiza en las competencias adquiridas de éstos y se espera que su funcionamiento dentro de la localidad sea la adecuada para los menores.

Nuestras proyecciones como futuras profesionales de Enfermería son lograr intervenciones precoces y efectivas en las primeras etapas del desarrollo de los menores, siendo parte integrada del equipo multidisciplinario dirigido a la búsqueda de iguales oportunidades de estimulación para un normal crecimiento y desarrollo, por medio de la protección de la integridad biopsicosocial de la infancia.

Además contribuir a la investigación en Chile en materia de estudios dirigidos en el comportamiento, acción y quehacer de las instituciones que albergan a menores en riesgo social, ya que representan la base de la formación de nuevos ciudadanos y generaciones venideras, ya que existen pocos estudios de esta magnitud a nivel local y global que se preocupen de ver la relevancia de este grupo de individuos, además de incentivar el surgimiento de nuevos futuros profesionales que se interesen en temas tan relevantes como estos.

La existencia de pocos estudios en relación a los niños institucionalizados no ha facilitado la investigación en este ámbito, sin embargo, hay gran disponibilidad de material sobre desarrollo psicomotor que se encuentra por Internet y en bibliotecas, donde se ve reflejado la alta demanda de estudios al respecto, al igual de constituir parte del Programa Nacional de Salud del Niño, lo que nos muestra la importancia que presenta este tema para los profesionales y los futuros profesionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarez M. de la Luz, Concha Ximena, Elordi Margarita, Lamilla Cecilia, Ramos Carolina, Perez Paulina: “*Desnutrición infantil, coeficiente de desarrollo y su relación con el medio ambiente: un estudio piloto*”. Rev. Saúde públ. S. Paulo, 25(4):282-8, 1991.
2. Beas, F.; Contreras, I.; Maccioni, A.; Lacassie, Y.; Monckeberg, F.; Muzzo, S. Diagnóstico del retardo de crecimiento en el niño. Rev. Chil. Ped. 8: 649, 1968.)
3. Bedregal, P, Sharager, J., et al., 2007. *El desarrollo de un modelo para la evaluación de rezagos del desarrollo infantil de Chile*. Rev. méd. Chile, vol.135, no.3, p.403-405.
4. Carrillo, M. y col, 2005. *El aprendizaje motor en la práctica clínica: Nuevos paradigmas de rehabilitación de individuos con lesiones del sistema nervioso*. Revista Kinesiología 76: 19-27
5. CONIN, *Nuestra Labor*. Obtenido el 26 de Septiembre 2008 desde: <https://www.conin.cl/index.asp?co=1&int=1#A>
6. Cortes, J., 1988. *Características psicosociales del menor en situación irregular*. Revista de Trabajo Social, 55, 19-28.
7. DI Iorio Susana, Urrutia María I. y Rodrigo María A. “*Desarrollo psicológico, nutrición y pobreza (Argentina)*”. Obtenido el 16 de Diciembre de 2008, desde: Rev. chil. pediatr. [online]. mayo 2000, vol.71, no.3 [citado 21 Diciembre 2008], p.263-274. Disponible en la World Wide Web: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S037041062000000300015&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062000000300015&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0370-4106.
8. Garbi, S., Grasso, C., Moure, A., 2004. *Infancia Institucionalizada: Representaciones y Prácticas profesionales* (proyecto UBAC y T P001). Buenos Aires: Universidad de Buenos
9. Heussler IM, Marchant T., 2003. *TEPSI, Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años*. Décima edición. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
10. Iceta, M.E. Yoldi, 2002. *Desarrollo Psicomotor del niño y su valoración en la atención primaria*. ANALES Sis. San Navarro 2002, Vol 25, Suplemento 2.
11. Jury, K., 2007. *Una mirada a los niños institucionalizados y a la zooterapia*. Obtenido el 16 de Septiembre de 2008, desde <http://www.monografias.com/trabajos55/infantes-institucionalizados-y-zooterapia/infantes-institucionalizados-y-zooterapia2.shtml>

12. Lecannelier, F. (2006). *Apego e institucionalización: un estudio empírico*. Presentado en Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Santiago, Chile.
13. Ministerio de Planificación y Cooperación, 1997. *Diagnóstico sobre el sistema de protección simple del SENAME*, Santiago, Chile.
14. Ministerio de Salud Chile, 2004. *Programa de Salud del Niño. Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación del desarrollo psicomotor del niño y la niña menor de 6 años*.
15. Monckeberg, F. Jaque al Subdesarrollo. 3° Ed., Editors Nacional Gabriela Mistral Ltda., Santiago, 1976.
16. Moore, R., 1999. Manual de Pediatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile: *Evaluación del Desarrollo Psicomotor* obtenido el 16 de Septiembre desde: [www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/EvalDessPs.html](http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/EvalDessPs.html)
17. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo PNUD, Objetivo número dos del Programa milenio de erradicación de la pobreza en Chile, visitado el 16 de Enero del 2009 desde [HTTP://WWW.PNUD.CL/ODM/PRIMER-INFORME/ODM-ESTADISTICAS/ODM1.ASP](http://www.pnud.cl/ODM/PRIMER-INFORME/ODM-ESTADISTICAS/ODM1.ASP)
18. Purves, D. 2004 *Invitación a la Neurociencia*. Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición. Buenos Aires, Argentina.
19. Rodríguez, S., Arancibia, V, Undurraga, C., 1976. *Escala de evaluación de desarrollo psicomotor para niños entre 0 y 2 años*. Santiago, Chile.
20. Servicio Nacional de Menores, 1990. *Evaluación de la atención a menores en situación irregular*. Santiago, Chile.
21. Unicef, Unidad de Estadísticas 2002. *Indicadores de la Infancia: Familia*. Obtenido el 25 de Septiembre desde: [http://www.unicef.cl/unicef/index.php?Itemid=51&id=34&option=com\\_content&task=view](http://www.unicef.cl/unicef/index.php?Itemid=51&id=34&option=com_content&task=view).
22. Vilorio, N., 2006. La protección integral constituye una alternativa para niños, niñas y adolescentes. Ponencia presentada en el Foro de Derecho a la Infancia y la Adolescencia, Caracas, Venezuela.



# **ANEXOS**

## ANEXO 1: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

### *FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

Estudio: “**Hogar CONIN y su trabajo en el Desarrollo Psicomotor**”.

He sido informada sobre una investigación de los alumnos de Enfermería de la UACH, que se está desarrollando CONIN de Valdivia.

Se me explicó que este estudio pretende describir el trabajo de estimulación del desarrollo psicomotor de los niños institucionalizados en CONIN y además caracterizar el medio institucional donde se encuentran inmersos los menores.

Nuestra participación como institución es voluntaria, la cual consistirá en dar acceso a información confidencial como la lectura de fichas clínicas y antecedentes del menor, dichos datos no serán de uso público, sino de sus investigadores, siendo utilizados sólo con fines investigativos y no con fines lucrativos. El estudio no representa ningún riesgo para los menores participantes del estudio, ya que todo se realizará en forma anónima.

Si rechazo participar no implica modificación alguna en la atención que recibo actualmente ni en futuras oportunidades.

Participar del estudio

NO participar del estudio

\_\_\_\_\_  
Directora CONIN

\_\_\_\_\_  
Firma Tesistas

Fecha: \_\_\_\_\_.

## **ANEXO 2: PERFIL DE LOS MENORES DE CONIN**

De acuerdo a los datos obtenidos de la revisión de fichas clínicas de los menores, se puede observar que en su mayoría se trata de menores con una serie de trastornos de la nutrición, no sólo desnutrición primaria, sino en un gran porcentaje menores con desnutrición secundaria, no habiendo ninguno de ellos que no tenga algún tipo de alteración psicomotora, ya sea total, parcial o de una de sus áreas, y directamente ligada a la deprivación sociocultural de la familia de origen, que en su totalidad pertenecen al estrato socioeconómico bajo y al área rural correspondiente al 45% de los casos estudiados y un 55% del sector urbano, en condiciones de extrema pobreza. Esta situación da una visión de las condiciones de estimulación recibida por los menores en el hogar de origen, siendo por tanto, niños con alto grado de riesgo social y vulnerabilidad.

La edad promedio de ingreso de los menores se ubica entre los 0- 12 meses, con 45% de los casos y un 25% de los menores ingresó entre los 2 y 3 años de vida. Existe un 30% de menores que ingresan por sobre esa edad debido a sus condiciones de riesgo social y vulnerabilidad.

De las patologías más relevantes y presentes entre los menores, destaca que el 60% de ellos poseen enfermedades respiratorias con hospitalizaciones recurrentes, y con enfermedades nutricionales asociadas. Además el 20% y el 30% de ellos presentan enfermedades gastrointestinales y neurológicas respectivamente.

Los niños que ingresan al hogar CONIN en un comienzo tienen la oportunidad de pasar un período de 120 días dentro de la institución, con el fin de ser diagnosticados y además dar solución a sus problemas deficitarios de desarrollo psicomotor y principalmente nutricional. Al término de este período se realiza una reunión técnica con todo el personal del hogar y se evalúa si el menor está apto para ser dado de alta. Si el niño no ha alcanzado un nivel adecuado para su alta, permanece un segundo periodo de evolución que tiene una duración máxima de 30 días, donde el niño nuevamente es evaluado y se trata de dar solución a sus problemas ya sean nutricionales, del desarrollo psicomotor u otros que permitan enviar al menor con familiares u otros hogares de acogida. Este periodo es llamado "*primera prórroga*".

El niño tiene la posibilidad de tres prórrogas en total, con una duración de cada una de ellas de 30 días. Posterior a esto, en caso de que el niño no haya podido ser dado de alta al término de la tercera prórroga, se reevalúa el caso y puede optar a un reingreso donde se trata como niño nuevo, es decir, se realizan todas las pruebas que se llevan a cabo a un menor que ingresa por primera vez. El menor tiene la opción de seguir optando por prórrogas y reingresos en el futuro hasta que sea dado de alta definitivamente o deba dirigirse a otra institución según su edad.

### **ANEXO 3: PERFIL DE LOS PADRES.**

Es sabido que el grado de desarrollo psicomotor logrado por el niño está directamente ligado al ambiente y antecedentes mórbidos propios del menor. Las características de las familias de origen, constituyen uno de los vectores esenciales de entrega de estimulación adecuada para el infante, por lo tanto, una familia con baja escolaridad y bajo estrato socioeconómico va a contribuir a un estado de deprivación sociocultural, influyendo en el diagnóstico del desarrollo psicomotor.

Estas familias pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y provenientes del área rural correspondiendo al 45% de los casos estudiados y un 55% del sector urbano, además presentan condiciones de extrema pobreza, lo cual da una visión de las condiciones de estimulación recibida por los menores en el hogar de origen.

También se observa que un 30% de las madres fueron adolescentes al momento de la gestación. En tanto un 15% corresponde a madres con edad sobre los 40 años, sin embargo, este fenómeno no se ve de igual forma en relación a la edad de los padres quienes en gran porcentaje, representado por el 70% corresponde a edad entre 30- 50 años.

La escolaridad promedio de los padres de los menores está representada por el 55% que poseen escolaridad básica incompleta y completa, existiendo sólo un 5% con estudios superiores, especialmente técnicos.

En relación a los datos recabados sobre las patologías de los padres podemos destacar la falta de información en las fichas de los menores, ya que en muchos casos sólo existían de la madre, de las cuales un gran porcentaje eran madres adolescentes sin conocimiento de patologías, existiendo sólo historia en relación a antecedentes perinatales y no así propios de los padres.

#### **ANEXO 4: PERFIL DE CONIN.**

CONIN es una institución que desde hace más de 20 años trabaja en la Ciudad de Valdivia en la recuperabilidad de los menores desnutridos y con patologías asociadas. Actualmente CONIN Valdivia atiende a 23 menores con desnutrición, trastornos del desarrollo psicomotor y casos de menores en riesgo social; en este estudio descriptivo se trabajó con 20 menores de acuerdo a los criterios de inclusión.

Los menores pertenecientes a la institución se ubican en un rango de edad de 10 meses y 3 años 6 meses en su mayoría, siendo la edad tope de ingreso la de 2 años 11 meses y 29 días en relación a las normativas internas de CONIN, el cual se puede ampliar en algunos casos especiales, cuyos casos son riesgo social.

Las causas de ingreso más comunes a la institución son:

- a) Desnutrición Primaria
- b) Desnutrición Secundaria
- c) Alteración grave de la ingesta alimentaria
- d) Otras Enfermedades: Patologías crónicas, agudas.

Los menores que aquí ingresan lo hacen por medio de 3 vías, las cuales son: por medio de solicitud del consultorio u Hospital de origen, mediante cupos asignados para SENAME (Servicio Nacional de Menores) y Poder Judicial cuando se trata de menores en Riesgo Social.

Como se mencionó con anterioridad, el equipo de trabajo se encuentra conformado por la directora de CONIN que al mismo tiempo desempeña el rol de Nutricionista de la institución. Además está compuesto por una Matrona, una Asistente Social, dos Profesoras de Diferencial, una Educadora de Párvulos, 8 auxiliares de sala, manipuladoras de alimentos y un chofer que al mismo tiempo hace el papel de conserje del hogar. El equipo médico y técnico se reúne dos veces por semana, donde todos los días martes, es utilizado para analizar algunos casos de los niños y para ver la evolución o los nuevos problemas que se puedan ir generando en el transcurso del tiempo y por otro lado, se realiza una reunión todos los jueves en las cuales se ven temas administrativos del hogar. Este sistema permite realizar evaluaciones cada 15 días de cada menor por cada uno de los integrantes del equipo médico con el fin de evaluar la evolución de éste y realizar los cambios correctivos del programa de estimulación y la reformulación de nuevos objetivos para cada menor, dicha acción permite mantener al equipo afiatado y a su vez la continuidad en la rehabilitación de los menores en el trabajo de los profesionales que lo conforman. De este mismo modo se logra una atención integral y de calidad para los menores.

A su vez el trabajo en red realizado con los consultorios y hospitales del área y lugares de origen de los menores, permite a la institución conformar un trabajo efectivo y eficaz, con el consiguiente ingreso de casos nuevos o de seguimiento de los casos que han sido dados de alta de la institución, por medio de informes de los profesionales a cargo de la atención del niño en su lugar de procedencia.

En la actualidad vela por la rehabilitación no sólo de la desnutrición primaria, la cual ha sido desplazada para tomar mayor posicionamiento la desnutrición secundaria, dado el alto porcentaje de menores que padecen patologías asociadas y que secundaria a éstas sufren de desnutrición, sumado a una serie de alteraciones metabólicas, respiratorias, congénitas, genéticas, malformaciones y trastornos orgánicos severos que alteran el normal desarrollo de los menores institucionalizados en CONIN. Dicho impacto se debe principalmente a la incorporación de nuevas políticas de Salud que contrarrestaron el escenario epidemiológico de morbi mortalidad infantil de la población chilena.

Ante estas condiciones CONIN ha logrado la recuperabilidad total en algunos casos y parcial de los menores, considerando esta como la mayor recuperabilidad esperada y lograda dado las condicionantes de salud.

En relación al Desarrollo Psicomotor, CONIN cuenta con personal profesional especializado y capacitado para el trabajo con menores que tienen trastornos del desarrollo, en este sentido, el trabajo realizado es de alta calidad y eficacia, el cual consta de evaluación del Desarrollo Psicomotor al ingreso del menor realizado por Profesoras Diferencial y Educadora de Párvulos, quienes en conjunto y en un periodo de un mes evalúan con las pruebas estandarizadas de EEDP y TEPSI cuando corresponda, permitiéndoles a los niños el acercamiento y familiarización con el equipo de profesionales, a diferencia de la evaluación realizada en atención primaria, cuyo contacto es de alrededor de media hora, de acuerdo a las normativas de Control de Niño Sano. Este tipo de sistema de evaluación permite a los profesionales ver al menor en su máximo potencial sin la posibilidad de sesgos producidos por el desconocimiento del evaluador por parte del menor, además permite que este realice las pruebas en todas las formas que le sean posibles de presentar. También cabe destacar que la prueba no se efectúa en su totalidad en una sola oportunidad sino se le da el tiempo necesario al menor para que logre presentar la conducta esperada, considerándose como lograda.

Posteriormente se realiza la planificación anual del programa de estimulación general para todos los menores el cual es elaborado por las Profesoras de Diferencial y es evaluado y certificado por la Escuela Walter Schmidt (Escuela Especial) en un convenio con el Departamento de Educación Municipal. Luego y en conjunto con el resto del equipo de salud de CONIN, se planifica semestralmente para cada menor y acorde a sus falencias y necesidades de estimulación.

## **DESCRIPCION DE ROLES**

### **1. Directora Técnica y Nutricionista**

La directora de la institución posee dos roles fundamentales en el Hogar; por un lado, ella como profesional titulada de Nutrición y Dietética debe ejercer este cargo y preocuparse de todo lo que esté relacionado con este aspecto, es decir, llevar un registro de cada niño con sus pesos, estatura entre otros, e ir vivenciando la evolución de los menores. Además debe preocuparse del tipo de alimentación que recibirá cada niño y de supervisar el manejo del CEDILE (centro distribución de leche), bajo estricto cumplimiento de normas de infecciones intrahospitalarias.

Por otro lado, en calidad de directora de CONIN, debe realizar las múltiples tareas administrativas de la institución. La principal tarea consiste en coordinar, evaluar y supervisar al personal, ya sea a los profesionales que trabajan en esta institución como a los técnicos y auxiliares encargados del cuidado de los niños, del personal de aseo, manipuladores de alimentos, transporte de menores entre otros. Para esto la directora aplica una pauta de supervisión cada tres meses a cada uno de los integrantes del establecimiento. Además, realiza reuniones semanales, las cuales se llevan a cabo todos los días jueves y se realizan evaluaciones grupales. En casos que existan problemas interpersonales del equipo, se llevan a cabo reuniones extraordinarias para solucionarlos.

Esta profesional trabaja de lunes a viernes de 9 hrs. hasta las 13 hrs.

### **2. Profesoras de Diferencial**

Estas profesionales cumplen un rol fundamental en la institución, ya que son las encargadas de estimular en forma específica a cada niño. Ellas son parte del equipo pero no pertenecen directamente a la institución, es decir, que no están contratadas directamente por CONIN, si no que pertenecen a la Escuela especial Walter Schmidt, por lo tanto se rigen bajo los programas y reglas de dicho establecimiento. Ambas profesoras trabajan de lunes a viernes de 9 hrs. hasta las 13 hrs. y en el periodo de verano el trabajo de estimulación de los niños queda a cargo de la parvularia.

Para la evaluación del desarrollo psicomotor las profesionales a cargo, realizan las pruebas estandarizadas a nivel nacional, las cuales son: EEDP Y TEPSI, según sea el caso del menor ingresado y además realizan pruebas de desarrollo psicomotor que ellas mismas poseen y han ajustado para lograr un diagnóstico más fidedigno de los menores. Las profesionales tienen un plazo de un mes para diagnosticar a cada menor a diferencia de la atención primaria, ya que cuando se aplica este método en algún consultorio, se realiza en un periodo máximo de una hora. Esta prueba es adaptada para cada niño, ya que la mayoría de los niños que ingresan a CONIN presentan déficit del desarrollo psicomotor, generalmente por etiologías secundarias. Posterior a esto se genera un plan para cada niño, con objetivos específicos, planes que se generan a comienzo de cada año y que se van evaluando a fines de cada semestre para ver el grado de avance de los niños y de los objetivos planteados.

Estas profesionales generalmente realizan una serie de pruebas para evaluar a los niños cuando ingresan al hogar con el fin de pesquisar si existe alguna alteración de tipo auditiva, visual y/o cognitiva. Para esta última área aplican la prueba de CI (Coeficiente Intelectual), la cual sólo tiene validez como punto de referencia adicional e institucional para las profesionales.

Los padres de los menores pueden participar activamente en las actividades realizadas por la profesional, lo que es importante para que aprendan como estimular a sus hijos, pero lamentablemente, no se observa gran convocatoria.

Existen dos profesionales que están a cargo de la estimulación específica de los menores, una de ellas se dedica específicamente a estimular el área motora y la otra persona de estimular el área del lenguaje.

### *2.1. Profesora Diferencial encargada del área del Lenguaje*

Esta profesional se encuentra a cargo de estimular todo lo relacionado con el lenguaje y demás áreas que van relacionadas con este espacio, como lo son la coordinación y la motricidad fina. En general ambas profesionales poseen un trabajo muy similar pero cada uno de ellas tiene más experiencias y capacidad de estimular en algunas áreas que otra, es por este motivo que se dividen el trabajo de esta manera.

Esta profesora de diferencial divide a los niños en dos grupos: prebásico 2 y 3, cada grupo constituido por 8 menores. Su estrategia de trabajo es reunir a grupos pequeños de niños que van desde 1 a 3 menores dependiendo la actividad que quiera realizar y trabajar con ellos aproximadamente 30 a 45 minutos, este tiempo depende de la tarea que se vaya a ejecutar. De esta manera el trabajo se lleva cabo en forma más personalizada y al mismo tiempo se evitan riesgo de accidentes que puedan suceder por la infraestructura de la sala donde se trabaja, donde existen elementos pequeños y juguetes que pueden llevar a algún riesgo de caída o asfixia.

Este sistema a veces no permite ver a los 16 niños en un mismo día por lo que se realiza un horario para evitar que algunos menores queden falentes de actividades. Este horario se realiza en base a la cantidad de horas que necesita cada niño, es decir, al grado de desarrollo psicomotor que presente cada menor, donde un niño que presente alto riesgo o nivel de retraso va a necesitar mayor tiempo de estimulación.

### *2.2. Profesora Diferencial encargada del área Motora*

La tarea de esta profesional es muy similar a la de su compañera de trabajo, donde su área a reforzar en los menores es principalmente el área motora, pero sin embargo, estimula todas las áreas (motora, lenguaje, motricidad fina y coordinación) para que se genere un trabajo continuo con su colega. Esta profesional trabaja con grupos máximo de 4 menores en sesiones que tienen una duración de media hora aproximadamente.



La profesora diferencial realiza un trabajo directo con la kinesióloga de la institución, evaluando en conjunto a los menores. Esta relación permite mantener actualizados a ambos profesionales en relación a ejercicios y evolución de patologías esencialmente respiratorias.

### **3. Educadora de Parvulos**

Esta profesional realiza su labor de lunes a viernes y también durante el periodo de vacaciones de invierno y verano. Esta profesional se encuentra capacitada para el trabajo con niños que presenten riesgo y/o tengan alguna patología congénita y/o neurológica. Previo a comenzar su labor en la institución es capacitada para trabajar con menores que presentan este tipo de problemas.

La tarea de la profesional es realizar actividades propias de una Educadora de Párvulos, enfocando sus ejercicios en estimular a los menores en forma permanente, de esta manera se genera una continuidad entre el trabajo de las profesoras diferenciales y ella.

Como mencionamos anteriormente su trabajo no es muy diferente al que realizaría con niños sin déficit en el desarrollo psicomotor y por lo mismo, su trabajo es realizado con todo el grupo, llevando a cabo los ejercicios en pro del desarrollo psicomotor y especialmente el juego en grupo.

### **4. Asistente Social**

Esta profesional se encuentra a cargo de los ingresos y egresos de los menores a CONIN. Debe coordinar las altas de los menores a sus hogares u otro hogar de colocación en caso de que sea necesario. Para esto la profesional debe estar conectada con los consultorios o centros asistenciales más cercanos del lugar de origen del menor para que de esta manera el trabajo se lleve a cabo de una forma más eficaz y efectiva. Cuando un niño va a ser dado de alta, se debe evaluar a la familia a través de visitas domiciliarias, las cuales generalmente no son realizadas por ella directamente, si no que se comunica con el consultorio más cercano del menor y realiza la petición de que la familia o futuro cuidador debe ser evaluado por el o la asistente social de dicho establecimiento. Posteriormente le es enviado un informe sobre la situación familiar del niño. En caso de que no exista personal para realizar esta visita, la profesional debe llevarla a cabo personalmente. De esta misma manera cuando el menor es dado de alta se continúa este trabajo en red con los consultorios y centros asistenciales del lugar de origen del menor, con el fin de asegurar el bienestar del niño. Una vez que el menor es dado de alta, cumpliendo con todos los requisitos para esto, CONIN deja de tener responsabilidades sobre el niño y pasa a ser responsabilidad del centro asistencial donde está inscrito.

Otra de las tareas que debe realizar, es el manejo de los menores que ingresan por medio de tribunales, procurando supervisar el desarrollo de los casos, asistencia a tribunales según corresponda, realizando informes según sea necesario y verificando el cumplimiento de los tratamientos por parte de los padres. Está a cargo de enviar

informes cada tres meses, notificando el estado y evolución del menor a los tribunales. Por otro lado, los menores pueden ser ingresados a través del Programa del SENAME, a los cuales debe rendir informes cada 6 meses.

## **5. Equipo Médico**

### *5.1. Kinesióloga*

El horario de asistencia de esta profesional es de lunes a viernes y lo hace por un período de una hora. Durante estos días debe asistir desde las 12 hrs. hasta las 13 hrs. Además puede ser llamada en caso de emergencias.

Su labor es preocuparse de todo lo relacionado con Kinesioterapia motora y respiratoria de los menores, sobre todo este segundo aspecto, ya que los niños en general son muy vulnerables a padecer problemas respiratorios.

El trabajo con menores que poseen algún tipo de retraso motor se realiza conjuntamente con la profesora de diferencial, realizando sesiones de estimulación personalizada a los menores que más lo requieran. Este trabajo en equipo que se genera aquí es muy importante, ya que permite mantener actualizado a los profesionales de nuevas técnicas y ejercicios.

### *5.2. Médico*

Este profesional está a cargo de la evaluación de los menores en el área de Salud realizando control de niño sano y morbilidad en los casos necesarios. Se encuentra trabajando al igual que la kinesióloga de lunes a viernes de 12 a 13 hrs. y en horarios de emergencia.

### *5.3. Matrona*

Esta profesional que se rige bajo horarios de lunes a viernes de 9 hrs. a 13 hrs., se encuentra a cargo de la unidad de Enfermería de CONIN procurando el cumplimiento de Control de Niño Sano, confirmando el estado de menores que se encuentran hospitalizados y entregando informes al respecto; supervisando a las auxiliares de sala en cuanto al cumplimiento de tratamientos, control de temperatura, aseos, entre otros.

Por otro lado, es la encargada de definir que niños necesitan asistencia médica y/o Kinesioterapia, es decir, es la encargada de entregar una lista diaria de los niños que necesitan ser vistos por estos profesionales. Además es la responsable de tramitar las peticiones a Consultorios y/o Hospital y coordinar las asistencias de los menores a estos. Esta profesional es la responsable además de realizar tareas administrativas dentro de la institución, coordinando las planillas de turnos, reemplazos y capacitaciones en caso de que sea necesario.

#### 5.4. *Auxiliares de Sala*

En este grupo se considera a todo el personal que trabaja en el cuidado y confort de los menores participando activamente de la asistencia del baño, alimentación, administración de medicamentos, vigilancia en sala y asistencia en sesiones de estimulación. En general, las auxiliares que trabajan en este lugar poseen una gran trayectoria de más de 10 años de servicio.

Este equipo de trabajadoras está compuesto por un total de 8 auxiliares quienes se rigen bajo el sistema de cuarto turno. Al momento de ingresar a la institución son formadas bajo programas especializados y normados por la misma institución con enfoque de trabajo en equipo y con manejo de menores institucionalizados. Cuando alguna de las trabajadoras toma sus vacaciones, la institución busca reemplazante para este cargo y realiza una capacitación de dos meses para esta nueva persona; de esta manera se aseguran, en cierta medida, que los menores recibirán una buena atención.

## **ANEXO 5: ENTREVISTA DE PREGUNTAS ABIERTAS DIRIGIDA A PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES.**

Entrevista Directora Institución CONIN:

En relación a:

- Vías de ingreso de los menores.
- Principales causas de Ingresos.
- Derivaciones desde y hacia otras instituciones.
- Casos de ingresos y egresos de menores en situación de riesgo o con problemas judiciales.
- Condiciones en las cuales ingresan.
- Altas.
- Evaluaciones del personal.
- Capacitaciones a cumplir.
- Informes de cumplimiento y evolución de los menores.
- Asistencias a controles médicos.
- Trabajo con los padres.
- Programas ministeriales e internos de CONIN.

Entrevista a Profesionales y no Profesionales:

En relación a:

- Rol que cumple al interior de la institución.
- Vinculación con los menores y familias.
- Horarios de trabajo.
- Participación en la estimulación.
- Relación de apoyo con las familias.
- Trabajo con la familia al alta.
- Trabajo de coordinación con consultorios, hospitales y otras instituciones.
- Visitas domiciliarias.
- Informes mensuales, semestral.
- Talleres.
- Evaluaciones del desarrollo psicomotor y manejo de los casos.
- Capacitaciones del personal.