

LA FAMILIA Y EL DESARROLLO MOTOR EN LA PRIMERA INFANCIA, UNA MIRADA DESDE EL MODELO DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL

*Diana Alexandra Camargo Rojas**

Fecha de recepción: Agosto 23 de 2010

Fecha de aceptación: Noviembre 30 de 2010

RESUMEN

Las condiciones del proceso salud – enfermedad de los individuos y las colectividades han sido abordadas principalmente desde las ciencias naturales con un enfoque positivista, que busca entender el comportamiento de las condiciones de salud, aplicando el rigor del método científico, con el fin de reconocer los factores causales y las relaciones que se dan entre variables medibles y observables. Sin embargo esta mirada reduccionista desconoce la composición de la realidad social, la historia, la cultura, la política y la economía, determinantes que influyen en la salud y en la calidad de vida de los individuos y del colectivo. Es importante aclarar que los cambios en el concepto del proceso salud- enfermedad, que se han dado en la historia, ocurren por momentos políticos, sociales, económicos y de las condiciones de salud de las poblaciones, propias de cada época. Ante esta situación, las intervenciones basadas en la Bacteriología, Microbiología, teorías causales y multicausales, son insuficientes para llevar a cabo acciones de promoción y prevención. En dicho artículo de revisión se manifiesta que los determinantes de la salud y los diferentes dominios en los que se desarrolla el proceso salud – enfermedad, comienzan a ser primordiales con el fin de dar una mirada holística a las condiciones de salud en la Primera Infancia y permitir un diálogo entre saberes, científico y popular, que logre integrar a los sujetos y a los diferentes actores sociales tales como la Familia, dentro de la evaluación y los diagnósticos que de las condiciones de salud y calidad de vida se hacen en los individuos y el colectivo.

Palabras clave: Determinación Social, Epidemiología Crítica, Primera Infancia, Familia, Desarrollo Infantil.

* Fisioterapeuta, Magister en Salud Pública. Docente e Investigadora Corporación Universitaria Iberoamericana.
e-mail: dacamargor@gmail.com

FAMILY AND MOTOR DEVELOPMENT IN EARLY CHILDHOOD, A VIEW FROM THE MODEL OF SOCIAL-DETERMINATION

ABSTRACT

The conditions of the health - illness of individuals and communities have been addressed primarily from the natural sciences with a positivist approach, which seeks to understand the behavior of health conditions, applying the rigor of the scientific method, recognizing the causal factors and relationships between variables are measurable and observable. However, this reductionist view unknown composition of social reality, history, culture, politics and economics, determinants that influence health and quality of life of individuals and the collective. Is important to note that changes in the concept of health-disease process, which have been in history, occur at times of political, social, economic and health conditions of the stocks of the era. In this situation based interventions in bacteriology, microbiology causal and multi-causal theories are inadequate to carry out promotion and prevention. In this review article states that the determinants of health and the different domains that develops the health - illness, begin to be paramount in order to give a holistic view of health conditions in Early Childhood and allow a dialogue between knowledge, scientific and popular, that manages to integrate different subjects and social actors such as the Family, part of the evaluation and the diagnoses of health conditions and quality of life are made on individuals and the collective.

Key words: Social-Determination, Epidemiology Review, Early Childhood, Family, Child Development

INTRODUCCIÓN

Las condiciones del proceso salud – enfermedad de los individuos y las colectividades han sido abordadas principalmente desde las ciencias naturales con un enfoque positivista, que busca entender el comportamiento de las condiciones de salud, aplicando el rigor del método científico, reconociendo los factores causales y las relaciones que se dan entre variables medibles y observables. Sin embargo esta mirada reduccionista desconoce la composición de la realidad social, la historia, la cultura, la política y la economía, determinantes que influyen en la salud y en la calidad de vida de los individuos y del colectivo (Camargo, 2009).

Para comprender como se ha llegado al concepto actual del proceso salud – enfermedad, es fundamental comprender los cambios que dicho concepto ha presentado en la historia. Inicia en el paleolítico y el neolítico con una concepción Mágico-religiosa, en donde se consideró la enfermedad como un castigo de Dios o de los espíritus; luego se da paso en Europa a la teoría de los humores, planteada por

Hipócrates, con el fin de entender la enfermedad desde el desequilibrio de cuatro humores orgánicos, de los cuales están compuestos todos los fluidos, como: la sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema, estos en concordancia con los cuatro elementos del universo y sus cualidades. (Quevedo, 2004).

Afirmando la relación entre el hombre y la naturaleza, continua en el siglo XVI el ambientalismo, con énfasis en la teoría miasmática, en la cual se plantea la influencia de los miasmas, sustancias y olores pútridas, que se encuentran en el ambiente, en el agua reposada y el aire, frecuente en esta época por el déficit de alcantarillado y los procesos de hacinamiento. Paralelamente con la teoría miasmática aparece la teoría del contagio, explicando las causas de la enfermedad desde la existencia de unas semillas vivas que aparecen en el agua estancada, que crecen y se reproducen a partir del ambiente (Quevedo et al. 2004).

A mediados del siglo XIX se da importancia a las condiciones sociales de las poblaciones y se relacionan con las enfermedades, lo cual da paso en Ale-

mania y Francia a la Medicina Social. Esta última surge como la ciencia que estudia la influencia de los problemas sociales sobre la salud y la enfermedad; sus principios, enunciados por Newman (médico alemán) consideraron: la salud del pueblo es un problema de toda la sociedad, y esta tiene la obligación de proteger la salud de sus miembros, las condiciones sociales determinan la salud y la enfermedad y la terapia médica debe estar junto a la social (Ramos, 2000). Sin embargo a finales del siglo XIX con los descubrimientos científicos en Francia de Pasteur y en Alemania de Koch, comienza el auge de la investigación científica y de la teoría de los Gérmenes. (Quevedo et al. 2004).

De esta forma se da inicio en el siglo XX a la teoría unicausal y a la Tríada Ecológica, las cuales aparecen para explicar las causas de las enfermedades generadas por vectores, considerando la relación entre el huésped, el agente y el ambiente. Estas teorías dieron paso al desarrollo de la Bacteriología y la Microbiología, disciplinas que estudiaban los gérmenes y las bacterias, agentes causantes de enfermedades infecciosas y enfermedad denominada en la época Tropicales, las cuales se transmitían por medio del contagio. (Quevedo et al, 2004).

No obstante a finales del siglo XX con la aparición de otras enfermedades que no podían ser explicadas desde la unicausalidad, aparece el modelo de la multicausalidad (Lalonde, 1974), el cual considera factores genéticos y biológicos, factores psicosociales, estilos de vida y servicios de salud, para entender el comportamiento de las enfermedades crónicas.

Esta mirada que algunos autores consideraron reduccionista, por quedarse en factores y en observaciones medibles, que no permiten comprender la complejidad de las condiciones de salud de las poblaciones, no reconocía la salud como un constructo social, que cambia entre grupos, etnias y culturas, que se modifica por aspectos políticos y económicos propios de cada momento de la historia, y que es comprendido y experimentado por cada sujeto de acuerdo a su historia de vida y su contexto. (Quevedo et al, 2004).

De esta forma en 1970 se da paso a la comprensión de la salud y la enfermedad como parte de un proceso: un continuum de la trayectoria vital. (Hernández, 2007); en este año también aparece la epidemiología crítica como un nuevo paradigma, que busca comprender la situación de salud de los individuos y del colectivo, considerando las condiciones individuales propias de la genética y de los aspectos biológicos y psicológicos, las condiciones particulares conformadas por los modos de vida, las redes y grupos de apoyo y por último las condiciones generales, denominadas estructurales, que comprenden la organización política, las formas de producción y reproducción social. Esta mirada deja a un lado el positivismo radical y da paso a un realismo dialéctico (Breilh, 2007).

Es importante aclarar que los cambios en el concepto del proceso salud- enfermedad, que se han dado en la historia, ocurren por momentos políticos, sociales, económicos y de las condiciones de salud de las poblaciones, propias de cada época. Ante esta situación las intervenciones basadas en la Bacteriología, Microbiología, teorías causales y multicausales, son insuficientes para llevar a cabo acciones de promoción y prevención. Los determinantes de la salud y los diferentes dominios en los que se desarrolla el proceso salud – enfermedad, comienzan a ser primordiales con el fin de dar una mirada holística a las condiciones de salud y permitir un dialogo entre saberes, científico y popular, que permita integrar a los sujetos dentro de las evaluaciones y diagnósticos que de las condiciones de salud y calidad de vida se hacen en los individuos y el colectivo (Camargo, 2009).

¿SITUACIÓN SOCIAL, CONDICIÓN SOCIAL O FACTOR SOCIAL?

Con el fin de comprender como lo social comienza a ser parte del análisis de situación de salud de las poblaciones, es necesario reconocer los antecedentes que del enfoque social se presentaron desde la antigüedad. Hipócrates 460-370 aC y Galeno en el siglo II plantearon la influencia de las condiciones de vida y trabajo sobre la salud de la población.

(San Martín et al, 1986, citados por Louro, 2003). F. Engels en la Historia del origen y desarrollo de la familia, describe las modificaciones de las relaciones familiares como producto de las diferentes condiciones sociales y económicas de vida vínculo que se manifiesta al identificarse la relación existente entre las características de los sistemas sociales, las condiciones de vida y las relaciones familiares, así como los tipos de familia según períodos de desarrollo histórico (Engels, 1963, citado por Louro, 2003). Investigadores sociales de reconocido prestigio internacional como Levi-Strauss, Malinowsky y Durkheim citado por Ochoa De Alda (1995), evidenciaron la influencia de los aspectos socio - culturales en las relaciones familiares y en determinados problemas de salud.

Ramos y Aldereguía (1987), publican un modelo de análisis de los determinantes de la salud de la población en el cual presentan el modo y las condiciones de vida, la salud pública, el medio ambiente y la Biología humana condicionados por los tipos de organización económico – social y de la revolución científico-técnica.

“Este modelo propone un grupo de factores por cada determinante y así aparecen dentro del modo de vida, las malas condiciones habituales de vida, la inestabilidad de la familia, la soledad, muchos hijos y la baja escolaridad. Se describen entre otros factores que influyen sobre la salud de la población las migraciones, la dimensión promedio de la familia, el nivel de matrimonios y divorcios” (Louro, 2003).

Un ejemplo del uso del enfoque de los determinantes, desde una ideología anglosajona, es la que se planteó en Cuba, en 1994 quienes publicaron indicadores de salud y bienestar para los municipios saludables, sobre la base del enfoque social y el modelo de campo de salud de Lalonde (1974). En ese documento se le confiere cierta importancia a la vida familiar, al presentar un 25 % de los indicadores relacionados directamente con aspectos de la vida familiar como la unión familiar, la satisfacción de necesidades básicas y calidad de la vivienda. (Louro, 2003).

El condicionamiento psicológico y social de la salud constituye un principio básico para su análisis integral, se profundiza al concebir los determinantes intermedios provenientes del grupo familiar, de su estructura y funcionamiento y de la materialización de las condiciones económicas y sociales en el hogar. De esta manera encontramos que es fundamental comprender que la familia es para el individuo un valor de alto significado y compromiso personal y social, fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo, pero también constituye fuente de insatisfacción, malestar, estrés y enfermedad. Las alteraciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud, en todas las etapas del ciclo vital, siendo mayor su influencia en la Primera Infancia como etapa de iniciación en el desarrollo integral de la persona (Louro, 2003).

FAMILIA DOMINIO PARTICULAR QUE SUPERPONE EL SINGULAR

En relación a la influencia del clima familiar y el desarrollo en el niño, encontramos estudios en los cuales se relacionan categorías del clima familiar con el desarrollo cognitivo del niño, observando que en climas familiares en donde no se da la orientación constante por parte de padres y acudientes, el desarrollo cognitivo del niño es más bajo que en climas familiares en los cuales se da la disciplina y la cohesión (Vera et al, 2005).

En cuanto al Desarrollo de los niños y las niñas y las familias se evidencia en la influencia de los lazos y relaciones familiares con el desarrollo. “El ambiente familiar influye de una manera decisiva en nuestra personalidad. Las relaciones entre los miembros de la casa determinan valores, afectos, actitudes y modos de ser que el niño va asimilando desde que nace. Por eso la vida en familia es un eficaz medio educativo al que debemos dedicar tiempo y esfuerzo. La escuela complementará la tarea pero en ningún caso sustituirá a los padres” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 1998 citado por Herrera 2009).

Hablar de la familia y su papel constructor en la sociedad es entrar a un campo propio de las ciencias socioculturales. Por ser el desarrollo una expresión y conceptualización humana tiene una íntima relación con las relaciones familiares, es en el seno de la familia donde se siembran, germinan, se alimentan, etc. las condiciones para su impulso o para su estancamiento, lo cual hace concebir a La Familia como Motor del Desarrollo (Herrera, 2009).

Durante los primeros años de la vida del niño y en los comienzos de su escolaridad. La familia constituye uno de los ámbitos que más influye en su desarrollo cognitivo, personal, emocional y socio-afectivo. La influencia familiar se mantiene a lo largo de toda la escolaridad, pero es en estos primeros años cuando juega un papel fundamental porque el grupo familiar proporciona al niño todas las señales iniciales de afecto, valoración, aceptación o rechazo, éxito o fracaso (Burns, 1990, citado por Covadonga, 1999).

Padres y educadores deben esforzarse por proporcionar al niño una educación de calidad, que facilite el desarrollo óptimo de su personalidad, su identidad, su modo de integrar el mundo que le rodea y su forma de aprender (Escayola, 1994). El niño se integrará y se desarrollará mejor en una escuela que coincida con los valores culturales familiares (Moreno et al, 1990; Covadonga, 1999) por lo que la escuela no puede ser ajena a las necesidades y características relacionadas con las familias.

Dentro de las subdimensiones de la familia que pueden influir en el desarrollo infantil en menores de 6 años, encontramos: la estructura familiar, haciendo referencia a la tipología familiar, su estructura física, social, económica y cultural; clima familiar que engloba aspectos de su tipología, el conflicto y la cohesión familiar y la cantidad de tiempo que el niño pasa en ese clima familiar; y el estilo educativo paterno y su cooperación con el centro al que acude el niño (Covadonga, 1999).

En relación a la estructura familiar lo que interesa no es tanto el número de componentes de la familia (como simple reflejo de las personas que viven

en casa) sino la repercusión de esa estructura en la posibilidad de interacción del niño con otros niños y adultos dentro del hogar (Connolly & Smith, 1985). De hecho, variables como el tamaño familiar o la presencia de ambos progenitores parece que tienen poca relación con los resultados infantiles (Gray, Ramsey & Kraus, 1982), en cambio, lo que parece influir principalmente es la calidad de las relaciones interpersonales que se producen entre los miembros, calidad que no parece ser exclusiva de una estructura familiar concreta (Covadonga, 1999).

Es importante tener en cuenta el nivel educativo de los padres como un determinante que afecta el desarrollo de los niños y las niñas. Según Osorio (2010) el nivel de educación de la madre influye en un mejor desarrollo del niño, ya que se reconoce que comparte más tiempo con su hijo, interactúa en los juegos y tienen un mayor conocimiento, dedicación e interés de las actividades que debe realizar su hijo en cada etapa, influyendo en su motricidad gruesa y fina, lenguaje, cognición, e interacción personal y social. La familia asegura un adecuado desarrollo a través de refuerzos e incentivos de las actividades que el niño realiza bien.

Según la investigación de Osorio (2010), se evidenció que el desarrollo motor del niño o de la niña como es la motricidad fina y gruesa, es influenciada por el ambiente en que se desenvuelve, la interacción con su entorno y la variedad de juguetes que le sean disponibles, todo ello requiere de diferentes exploraciones y trabajos de propiocepción, de visión, coordinación y lenguaje por parte de los comandos que le genere su madre y de la vocalización. En relación a esto Barros (2003) en su estudio encontró que “el desempeño motor fino se afecta negativamente por el uso de juguetes que no son adecuados para la edad de los niños” debido a que no todo los juguetes permite un trabajo visomotor, coordinación y de adquisición de destrezas motoras, los niños que no tienen variedad de juguetes o no son los adecuados para su edad, generalmente tienen un buen desarrollo motor grueso como es la locomoción y el equilibrio pero esta disminuido el desarrollo motor fino.

El desarrollo integral de los niños también se ve afectado por el nivel socioeconómico de las familias. Es un estudio realizado por Ontiveros (2000) se evidencia que “los niños con niveles socioeconómicos más altos tenían mejor desarrollo a la misma edad que los niños de familias con un nivel socio económico más bajo”, debido a que los recursos tanto de materiales, de escolaridad, nutricionales y personales algunos no los pueden tener, haciendo que su desarrollo y crecimiento estén afectados. En muchos de los casos se afecta uno de los componentes más importantes como es la nutrición, según la investigación realizada por Flores (2001) de 107 niños mexicanos evaluados el 29% presentaban desnutrición y a su vez alteraciones en el desarrollo motor.

Además de las condiciones sociales y educativas de las familias encontramos la edad de las madres, como un determinante que afecta la dinámica de crianza en las familias. En la actualidad se ha aumentado el número de embarazos en adolescentes, lo cual puede ser ocasionado por distintos factores dados por el ritmo en que actualmente se vive, donde los papás no pueden estar en la casa, donde hay mucho libertinaje y donde estas personas no cuentan con el apoyo suficiente.

Según Moreira (2008), los embarazos en adolescentes que no presentaban un fuerte apoyo familiar o que tienen una red de apoyo débil, tenían una mayor probabilidad que los niños fueran prematuros o con bajo peso al nacer, siendo esto uno de los principales factores de riesgo para que haya un retraso psicomotor; de igual manera el hecho de que las madres en la actualidad sean cada vez más jóvenes y no conozcan la importancia y responsabilidad que esto conlleva (en algunos casos), aumenta las posibilidades que los niños presenten retraso, no por presentar patologías sino por la falta de estimulación que reciben.

Esta problemática común en la población colombiana, está acompañada con otras situaciones como el consumo de sustancias psicoactivas y el hacinamiento. Estudios realizados por Richardson et al (1995), plantean la hipótesis si el efecto del consu-

mo del alcohol, marihuana y tabaco repercute o no en el desarrollo motor y mental de infantes cuando estos todavía están en el proceso de gestación. Sus resultados demuestran que el consumo de tabaco y marihuana están ligado a la tardanza del desarrollo mental en infantes cuyas madres consumían estas sustancias durante los meses de gestación; por otro lado, el consumo de alcohol no evidenció un efecto nocivo en el desarrollo mental y motor de los infantes.

En relación al hacinamiento, entendido como la aglomeración en un mismo lugar de un número de personas convivientes, genera una falta de espacio para el buen desarrollo del o los infantes. Esta falta de espacio se presenta en ambientes como el dormitorio y sitios como “la sala comedor, pasillos, zonas verdes e inclusive su propia cama” donde el infante puede desarrollarse mediante la exploración y libertad de movimiento. Varios estudios realizados por Vaivre-Douret et al (2005) y Osorio et al (2010) comprueban y afirman los postulados anteriores. Vaivre-Douret confirma que la posición de infantes al dormir y al estar despiertos, repercute en su desarrollo motor, concluyendo que los niños que realizan cambios de posición como decúbito supino a decúbito lateral y viceversa durante el sueño, poseen mejor coordinación sensor-motor lo cual se traduce en un buen ajuste del tono postural, regulación del eje del cuerpo específicamente para los músculos del tronco superior y relajar los músculos de la cintura escapular (disociación de cinturas).

El desarrollo de estas habilidades son predictores de una futura coordinación locomotora y ajustes en el balance dinámico y estático permitiendo que se presenten cada una de las fases o progresiones del desarrollo motor (Vaivre-Douret et al, 2005). Este tipo de movimientos un infante los puede realizar en espacios donde exista la libertad para hacerlos, razón por la cual, en un lugar donde exista hacinamiento familiar es imposible, encontrando así la relación y vínculo directo entre estas dos variables mencionadas: un infante que se ve obligado a dormir con más de dos personas en la misma cama, es un infante limitado en espacio para desarrollar este

tipo de movimientos, traduciéndose así en un tardío desarrollo motor.

Siguiendo a diversos autores (Bornstein, 2002; Bradley, 2002; Bradley & Caldwell, 1995; Palacios & Rodrigo, 1998), desde un punto de vista evolutivo educativo podríamos resumir las funciones de la familia en relación a los hijos en las siguientes: asegurar su supervivencia y su crecimiento sano; aportar el clima de afecto y apoyo emocional necesarios para un desarrollo psicológico saludables; aportar la estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse de modo competente con su entorno físico y social; tomar decisiones respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que van a compartir con la familia la tarea de educación y socialización del niño o la niña. Entre todos estos contextos, destaca la escuela (Muñoz, 2005).

Otro punto importante a tener en cuenta es la dinámica familiar en la ruralidad. El Territorio, el cual va más allá del espacio geográfico, se considera un determinante estructural de las condiciones de vida de los individuos, lo que afecta los modos de vida de las familias. Es así como encontramos familias dedicadas principalmente a las actividades agrícolas y con niveles educativos entre primaria y bachillerato, lo que afecta los ingresos y el desarrollo de los niños. Algunos estudios describen que las características de la familia rural contemporánea, la alejan de la tradicional familia campesina cuya racionalidad se fundamenta en su carácter de unidad de producción y consumo (Gras, 2003 citado por Mora, 2004).

Las modificaciones sufridas con la pérdida de la exclusividad o de la centralidad de la actividad agrícola y de los ingresos provenientes de esta actividad; la reorganización introducida con el fin de diversificar las fuentes generadoras de ingresos; el fortalecimiento de las relaciones de intercambio con otros actores y agentes económicos; y la inserción en ocupaciones no agrícolas, produce modificaciones sustanciales en los sistemas de producción agrícolas y en el funcionamiento de la familia rural. Por este motivo, se considera a la pluriactividad como un rasgo estructural y un elemento esencial en el funcionamiento de la familia rural de hoy (Mora, 2004).

Así como la ruralidad, es importante considerar que la familia ha sufrido una progresiva transformación en occidente, dando lugar a los diferentes modelos de familia que conocemos en la actualidad. Esta evolución ha ido produciéndose en consonancia con los cambios sociales e históricos que han afectado al propio concepto de infancia y a la visión del papel de la familia en el desarrollo de sus hijos. Hoy día consideramos a los niños y niñas como personas que deben ser objeto de un cuidado, protección y estimulación adecuados, y sujetos a una enorme aceleración evolutiva en los diferentes aspectos del desarrollo: físicos, cognitivos, comunicativos, lingüísticos, sociales y emocionales (Alexander, Roodin & Gorman, 1998; Palacios, 1999c; Papalia & Olds, 1998 citado por Muñoz, 2005).

Aunque parece claro que todos estamos de acuerdo en reconocer la importancia del contexto familiar para el desarrollo de los niños y niñas, no parece existir tanto consenso en lo que entendemos por familia. Dejando a un lado el debate y la controversia, a pesar de la diversidad de modelos de organización familiar que podemos observar en nuestra sociedad, existe un núcleo básico del concepto de familia: “la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia” (Palacios 1998 citado por Muñoz, 2005).

Por otro lado encontramos un concepto de familia como un escenario de: agresiones a la pareja, maltrato a los hijos, delincuencia temprana, abandono de ancianos, etc. De hecho, los estudios indican que la familia es un ambiente de gran peligrosidad ya que en él se cometen una gran parte de los delitos y crímenes en nuestra sociedad. Una de las claves de que se produzcan tales acontecimientos es que en nuestras sociedades modernas se dan grandes contradicciones ya que existe, junto a los valores democráticos y la bonanza económica, un buen número de tensiones sociales. La vida familiar es un tejido delicado que refleja las tensiones sociales del mo-

mento y es muy sensible a éstas; lo cual refleja la influencia de los determinantes estructurales, propios del dominio general en la organización y dinámica de las familias, afectando en el dominio singular el desarrollo pleno de los individuos, especialmente de los niños y las niñas (López, 2001).

Es importante reconocer que el desarrollo integral en la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital humano y social. Estos son elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo vicioso e intergeneracional de la pobreza y reducir las brechas de inequidad, igualando oportunidades no solo a nivel socioeconómico, sino también de género, de ser humano (Figueiras, 2006).

Las asociaciones descritas permiten ver la influencia de las condiciones sociales y la familia en el desarrollo integral de los niños y de las niñas, pueden ser analizadas comprendiendo el modelo interactivo de los determinantes en el desarrollo infantil. Para esto se describe el modelo que desde la mirada anglosajona de los determinantes, da a entender la condición de salud de los sujetos, por medio del modelo por capas, el cual parte de los individuos hasta llegar al Estado, y de éste a los individuos para com-

prender las causas de enfermedad de los sujetos (Ver Figura 1); no obstante el modelo latinoamericano de la determinación, en el cual se basa el presente estudio, considera tres dimensiones que interactúan de manera jerárquica, la dimensión general, la dimensión particular y la dimensión singular.

ABORDAJES DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA CONTEO- TRADICIONAL Y CRÍTICA

Comprendiendo los conceptos y las relaciones generadas desde diferentes estudios, entre la familia y el desarrollo motor de los niños y las niñas, es necesario reconocer los abordajes epidemiológicos desde los cuales se pueden estudiar las problemáticas que afectan la salud de las poblaciones. Es por esto que se hace necesario entender por qué el Modelo de la Determinación Social, se plantea como una posibilidad de ver la salud y la enfermedad como un proceso dentro de un continuum, donde lo biológico se subsume en lo social, y en donde los sujetos dejan de ser objetos observables, para ser sujetos políticos que participan activamente en la sociedad. De esta manera se hace necesario reconocer los diferentes tipos de Epidemiología que se han construido en la historia, los cuales están marcados por momentos sociales y políticos propios de cada época.

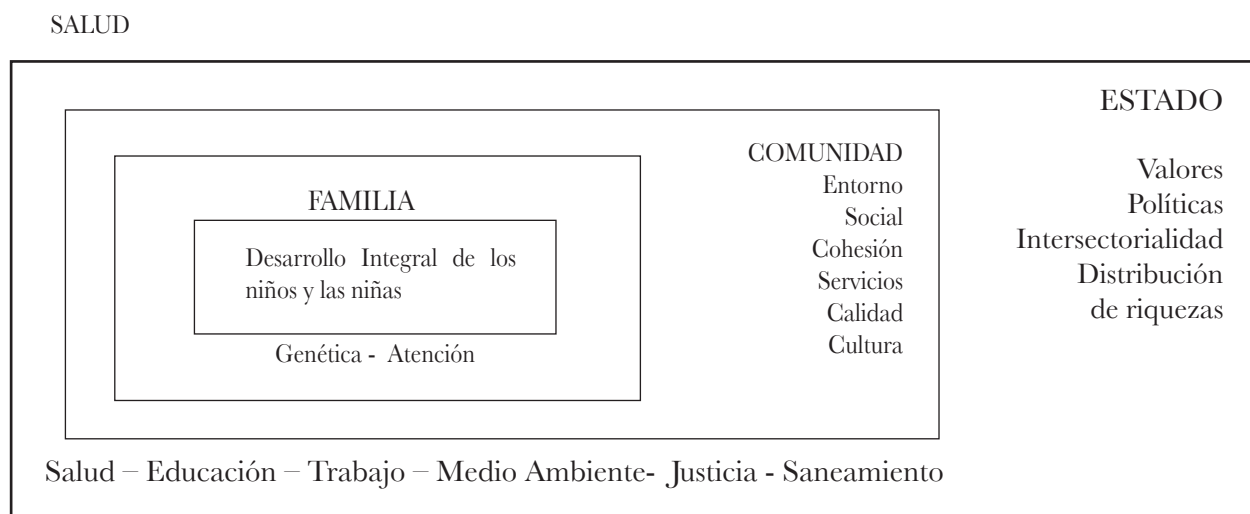


Figura 1. Modelo Interactivo de los Determinantes y/o desarrollo integral del niño., Molina, H., Bedregal, P. & Margozzini P., (2001).

Epidemiología como Conteo

La palabra epidemiología, que proviene de los términos griegos epi (encima), demos (pueblo) y logos (estudio), etimológicamente significa el estudio de lo que está sobre las poblaciones. La primera referencia propiamente médica de un término análogo se encuentra en Hipócrates (460-385 a.C.), quien usó las expresiones epidémico y endémico para referirse a los padecimientos según fueran o no propios de determinado lugar. (López- Moreno et al, 2000).

La Epidemiología, aunque no con esta denominación, comenzó con la aparición de las plagas, pestes y epidemias que azotaron a Europa desde el siglo III al XIV, con el fin de entender la naturaleza de las enfermedades y su impacto en la población. De esta manera aparece Hipócrates como el principal representante de la epidemiología antigua, quien con su texto *aires, aguas y lugares*, atribuye al ambiente mal sano y la falta de moderación en la dieta y las actividades físicas, la aparición de las enfermedades (López- Moreno et al, 2000).

Esta teoría, junto con la teoría del contagio continuaron de manera paralela con las ideologías mágico religiosas que se desarrollaron frente a las formas de enfermar, en la Edad Media. Posteriormente en el Renacimiento y con la reactivación del conocimiento, continuaron los estudios acerca de la naturaleza de las enfermedades, los cuales describían la historia natural y su forma de aparición, e intentaban determinar las causas por medio de la teoría del contagio y la teoría miasmática, las cuales predominaron en el siglo XVI con los documentos publicados por Girolamo Fracastoro, considerado el padre de la Epidemiología Moderna (López- Moreno et al, 2000).

Otro hecho importante para el desarrollo de la Epidemiología fue la elaboración de conteos y registros acerca de los nacimientos y de la mortalidad, así como de las características de las poblaciones. Esta actividad que inicialmente se denominó estadística, permitió el avance de las ciencias naturales y la cla-

sificación botánica y de las enfermedades en el siglo XVII, siendo uno de sus precursores Thomas Sydenham (1650) quien por medio de la observación generó la posibilidad de agrupar las enfermedades, dando origen a un sistema de clasificación, sus propuestas clasificatorias fueron fortalecidas por Jhon Graunt (1662) quien analizó reportes de muertes y nacimientos en Londres, y observó retrospectivamente patrones de causas de muertes de diferentes áreas rurales y urbanas, generando de esta manera las primeras tablas de vida.

“Los trabajos de Graunt y Petty citados por López (2000), no contribuyeron inmediatamente a la comprensión de la naturaleza de la enfermedad, pero fueron fundamentales para establecer los sistemas de recolección y organización de la información que los epidemiólogos actuales usan para desarrollar sus observaciones.” A partir de estos autores se desarrolló la ley de mortalidad y de nacimientos, por medio de las observaciones, el conteo y registro. De esta manera las estadísticas sobre la enfermedad tuvieron importancia práctica hasta el siglo XIX, siendo un avance formidable para la época. La misma frase ley de la enfermedad, invitaba a formular los problemas de salud en forma matemática, generalizando estudios sobre la causa de los padecimientos y muertes entre la población.

Con la contribución de la observación numérica se da inicio en el siglo XVIII al estudio de las causas y las probabilidades. De esta manera encontramos estudios publicados como el trabajo del escorbuto realizado por James Lind, Bernoulli y la variolación, Jenner y la práctica de la inmunización, entre otros estudios que requerían de la cuantificación de la observación para darle peso a las probabilidades. (López, 2000).

Es así como comienzan en el siglo XIX los estudios de observación numérica de Pierre Charles Alexander Louis, uno de los primeros epidemiólogos modernos, demostrando, entre muchas otras cosas, que la tuberculosis no se transmitía hereditariamente y que la sangría era inútil y aun perjudicial en la mayoría de los casos. La enorme influencia de Louis du-

rante las siguientes décadas se muestra en la primera declaración de la Sociedad Epidemiológica de Londres, fundada en 1850, en donde se afirma que “la estadística también nos ha proporcionado un medio nuevo y poderoso para poner a prueba las verdades médicas, y mediante los trabajos del preciso Louis hemos aprendido cómo puede ser utilizada apropiadamente para entender lo relativo a las enfermedades epidémicas” (Lilienfeld & Lilienfeld, 1987).

Epidemiología Clásica y Convencional

Después de los estudios realizados por Louis en el siglo XIX, y con el desarrollo de la Bacteriología, la Microbiología y la unicausalidad en Europa, específicamente en Francia, se da paso al modelo epidemiológico clásico. Representantes de estudios de regularidad estadística como Quetelet, Laplace, Poisson citados por Lilienfeld & Lilienfeld (1987), se acercaron a las posturas sostenidas por los científicos positivistas (especialmente los físicos), para quienes, una ciencia que no medía “era una pobre ciencia”. La observación y la medición se imponen en esta época, frente a la necesidad de conocer el porqué de las cosas y de las enfermedades, siendo importante la objetividad, el objeto y el investigador. A partir de estos estudios aparecieron los conceptos de tasa, normalidad biológica y término medio, usados durante la inferencia causal.

La investigación realizada en el campo de la Epidemiología experimentó durante el siglo XIX un extraordinario avance, con los estudios de Snow (1853) y Budd (1873), acerca de la transmisión de cólera y fiebre tifoidea, en los cuales con el método utilizado por los epidemiólogos permitió demostrar la transmisibilidad y contagiosidad de las enfermedades, por medio de la comparación de proporción de enfermos expuestos frente a enfermos no expuestos, estrategia que constituye uno de los principales métodos de la Epidemiología (López- Moreno et al, 2000).

De esta manera se dio paso a un modelo epidemiológico caracterizado por la observación, la inferencia causal, la aplicación estadística y los factores de

riesgo, denominado clásico o convencional, el cual se difundió por Europa y Norteamérica, gracias a Budd, Farr, Galton y Pearson de la Escuela Británica, estudiantes de Louis y en Norteamérica por representantes como Jarvis, Welch, y Goldberger. Más recientemente, ambas escuelas epidemiológicas han dado nombres de la talla de Brian MacMahon, Abraham Lilienfeld, Milton Terris, Carol Buck, Mervyn Susser y Kenneth Rothman, quienes han sido reconocidos por sus importantes contribuciones al desarrollo metodológico de la disciplina. (Lilienfeld & Lilienfeld, 1987).

Es así como la Epidemiología fue reconocida como la disciplina que estudia la distribución de las enfermedades y sus determinantes, reconociendo la distribución de la enfermedad en términos de las personas, lugares y tiempos en que ocurre, así como los factores causales o de riesgo para esas enfermedades. Los estudios epidemiológicos, bajo este modelo, utilizan medidas como prevalencia puntual, incidencia y mortalidad para cuantificar las enfermedades y sus efectos sobre la salud (Parra et al, 1999).

Además postula como propósitos generales de los estudios epidemiológicos los siguientes (Parra et al, 1999): Elucidar la etiología de una enfermedad o grupo de éstas, al combinar los datos epidemiológicos con información de otras disciplinas tales como la Genética, la Bioquímica y la Microbiología, evaluar la consistencia de datos epidemiológicos con hipótesis etiológicas desarrolladas a nivel clínico o experimental; proveer las bases para desarrollar y evaluar procedimientos preventivos y prácticas en salud pública, las estrategias preventivas pueden dirigirse ya sea a subgrupos de población identificados o bien a toda la población, buscando un cambio general en los factores de riesgo asociados a la enfermedad.

La noción de causalidad es un elemento clave en el modelo epidemiológico clásico. Una asociación causal se define como aquella que existe entre dos categorías de eventos, en la que se observa que un cambio en la frecuencia de uno sigue a la alteración de otro. Esta noción incluye la idea de alterabilidad y la de asociación estadística. Así mismo parte de

que los hechos nunca dependen de causas únicas. De esta forma, la explicación de causalidad recurre a las llamadas “cadenas de causalidad”, a categorías como causa necesaria y suficiente (Rothman, 1986), o la llamada triada ecológica (Parra et al, 1999).

La visión del mundo para el epidemiólogo clásico se mantiene ecléctica y biologicista, tal y como Lilienfeld (1987) la concebía originalmente. Sin embargo, se han tratado de incorporar aspectos sociales y culturales en la red epidemiológica de causalidad. La incorporación de los determinantes sociales, como factores de riesgo, se reconoce en el Informe Lalonde (1974), pionero en marcar los estilos de vida como factores de riesgo para enfermar y de considerar al medio ambiente como factor determinante en la salud.

Al respecto dice Parra (1999): “A pesar de esta incorporación de lo social, la corriente epidemiológica clásica trata de mantenerse como una disciplina empírica y se presenta como un campo neutral y libre de valores, sustentada en una teoría de la naturaleza biológica humana ahistórica y ajerárquica, en donde todos los fenómenos relacionados con las poblaciones tienen un estatuto semejante y son cuantificables” (Parra et al, 1999).

Epidemiológico Social

El estudio de las condiciones sociales y de cómo éstas influyen y determinan la situación sanitaria de las poblaciones ha sido siempre un tema de interés y relevancia para la salud pública en general. En años recientes ha nacido un vínculo más fuerte entre la Epidemiología y las Ciencias Sociales, estimulado por la necesidad de reconocer y documentar el amplio espectro de los determinantes de la salud, desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales hasta los niveles macro que expresan las condiciones sociales en que viven las poblaciones, dando nacimiento a la llamada “Epidemiología Social” (Krieger, 2002).

Para explicar los caminos entre la exposición a características sociales del ambiente y sus efectos en la

salud colectiva, la Epidemiología Social enriquece el enfoque epidemiológico tradicional con conceptos y técnicas provenientes de disciplinas sociales como la Economía, la Sociología, la Demografía y aún la Biología, lo que también implica un verdadero desafío metodológico. El uso creciente de métodos de análisis multinivel en diseños ecológicos, el control de la falacia ecológica y el empleo de nuevas aplicaciones de herramientas y técnicas conocidas son ejemplos de este desarrollo (Krieger, 2002).

La Epidemiología Social es la rama de la Epidemiología que estudia la distribución social y los determinantes sociales de los estados de salud. (Berkman, 2000, citado por Segura, 2006). Es el polo opuesto de la epidemiología dominante, que opera con factores de riesgo individuales, desconsidera las variables sociales (clase social, ingresos, educación, etnia, país de origen, etc.) y aboga por una «despolitización» de la práctica (Rothman, 1998 citado por Segura, 2006). La Epidemiología Social está centrada fundamentalmente en los estudios sobre desigualdades sociales en salud, sobre todo a partir de la comparación de la distribución de indicadores, como salud percibida, mortalidad, prevalencia de factores de riesgo individuales de enfermedades crónicas o tumores o prevalencia de enfermedades mentales, con la distribución de indicadores de posición socioeconómica e incluso con los diferentes contextos sociopolíticos (Segura, 2006).

La Epidemiología Social tiene como objetivo el estudio de los problemas de salud-enfermedad a nivel colectivo, de agrupaciones poblacionales y a nivel de grupos sociales. Se plantea estudiar como la frecuencia y distribución de la patología pueden ser explicadas por las variables sociales y no sólo ajustar la ocurrencia de la enfermedad por estas variables (Bloomberg, citado por Parra, 1999) diferenciando la Epidemiología Social de la Ecología (Parra et al, 1999). Rechaza los intentos de biologización de las condiciones colectivas de salud y, al enfatizar la historicidad de estos fenómenos remarca la naturaleza económica y política de sus determinaciones. Para esta corriente, el tema fundamental de la investigación epidemiológica será el origen de la distribución

desigual de las enfermedades y los recursos para la salud entre los diversos grupos de la sociedad (Moreno & López, 2000).

Para Almeida Filho citado por Mojica (2009), existen dos grandes divisiones de la Epidemiología Social: la funcionalista y la latinoamericana. La primera se estructuró en la teoría del estrés desde el ámbito de lo microsocio y la teoría de la modernización y la salud, sobre la hipótesis del impacto de los cambios sociales sobre la salud. De esta manera se evidencia, como en los modelos multicausales se les agrega los factores sociales en un intento por explicar cómo esos factores que se encuentran en el medio ambiente que pueden ser vistos como causa de la enfermedad.

A diferencia de la Epidemiología Social anglosajona, la latinoamericana surge como una propuesta de la mano de la Medicina Social en claro ejemplo por superar la hegemonía de la visión funcionalista en la cual lo social se concibe como un factor. De esta manera busca la comprensión de la salud y la enfermedad como un proceso social que asume características distintas en los grupos humanos, según su inserción específica en la sociedad. Esta concepción tiene como elemento central la historicidad, planteando por lo tanto desde el comienzo una ruptura con el pensamiento médico dominante. Es así como aparece la Epidemiología Social latinoamericana, denominada ahora Epidemiología Crítica (Mojica- Perilla, 2009).

MODELO DE LA DETERMINACIÓN - EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA

El abordaje de la situación de salud de las poblaciones, ha cambiado en la historia, siendo predominante un enfoque positivista y anatómico, que busca objetivar al individuo y a la sociedad, con el fin de determinar causalidades lineales, teorías y verdades absolutas, que no consideran el carácter histórico- social y dinámico de las comunidades.

La transformación constante del concepto de salud y enfermedad, entendido en la actualidad como un

proceso, ha estado influenciado por las situaciones políticas, económicas y sociales, presentes en cada momento de la historia. Reconocer dicho concepto como un proceso ha sido un trabajo de siglos, que comenzó con el surgimiento de la Medicina Social en el siglo XIX y que se retomó a mediados del siglo XX, con el paso de la Epidemiología clínica desde la multicausalidad hacia la Epidemiología crítica, lo cual exige un cambio de paradigma y de acercamiento a la construcción de conocimiento en salud. Sin embargo a pesar de plantearse una nueva mirada para abordar de manera integral los fenómenos propios de la salud, continúa predominando la visión médica, científicista y positivista, que ubica al sujeto como objeto.

Para dar solución a estas contradicciones y para entender la situación actual de salud de las poblaciones, la Salud Pública, y específicamente la salud colectiva; Latinoamérica plantea la crisis de los esquemas antiguos, los cuales no han podido dar respuesta integral a la complejidad del proceso salud y enfermedad. Ofrece una mirada integral y compleja, teniendo en cuenta las contradicciones y la oposición de ideologías, sin negar la importancia de cada una de las miradas epistemológicas existentes. Considera importante el diálogo entre disciplinas y las relaciones que emergen dentro de los procesos sociales y de la salud, dominios que igualmente deben ser analizados entre dimensiones: singular (individuo), particular (grupos poblacionales, comunidad.) y general (sociedad) (Breilh, 2003 citado por Camargo, 2009).

Estas ideas surgen del modelo praxiológico en el cual se basa el modelo de la Determinación, el cual permite construir una nueva Epidemiología que incorpora los procesos generativos (Genética, procesos económicos, políticos e ideológicos) y las formas de reproducción social desde lo macro a lo micro, reconociendo la contradicción como vía de la emancipación. Así mismo este paradigma asume una ontología que podría calificarse como Realismo Dialéctico: que considera una realidad constituida por procesos derivados y genéticos, una realidad compleja y jerárquica, una realidad con historia.

Es así como Breilh plantea la teoría de la determinación desde la Epidemiología Crítica, diferente al determinismo y absolutismo del positivismo y de la Fenomenología, considerando el proceso salud y enfermedad como un continuum, como un proceso dinámico y de construcción social, en el cual se establecen relaciones entre aspectos singulares, (propios del genotipo y fenotipo de las personas, ideas individuales); aspectos particulares (modos de vida y formas de organización de las comunidades, cultura y costumbres, representaciones sociales) y aspectos generales (economía del país, políticas, lineamientos..) (Breilh, 2003).

Es importante aclarar que el modelo de Determinación no es lo mismo que los Determinantes Sociales de la Salud, los cuales han sido postulados desde la Epidemiología Social anglosajona, considerando la multicausalidad; la determinación no es un conjunto de causas sociales, no es un nuevo nombre para riesgo o factor causal, es un modelo que reconoce que los acontecimientos ocurren en una o más formas definidas, que no son arbitrarias, incorpora todas las posibilidades pero que sin ninguna de ellas se asuma como un principio absoluto (Camargo, 2009).

Este modelo plantea una mirada integral de la salud, considerando todas las condiciones sociales, políticas e individuales, que afectan el bienestar y calidad de vida de los individuos; plantea la realización de matrices de determinación en cada una de los dominios - singular, particular y general - con el fin de comprender la complejidad de las situaciones y fenómenos de la salud. Realiza una crítica fuerte a los modelos de riesgos, que no es otra cosa que “un proceso de mistificación que esconde la permanencia de la destructividad del conjunto y descontextualiza a sus componentes” (Breilh, 2003).

Para lograr el desarrollo de un marco interpretativo de las situaciones de salud, Breilh (2003) plantea relacionar tres dimensiones: salud directamente evidente, salud actual y salud real. La evidente se relaciona con lo observable, es decir lo que vemos en los pacientes; la actual es una dimensión más amplia, que incluye las relaciones generativas como los

modos de vida de las diferentes clases sociales; y la real incluye los condicionamientos generales macro o más amplios, las determinaciones del pasado que se han transmitido genéticamente y las aberraciones que cambian la norma.

Estas dimensiones se incluyen respectivamente en los tres dominios de la realidad, singular, particular y general. El singular considera los procesos generativos de la salud evidente y observable, teniendo en cuenta tanto los determinantes destructivos como protectores. El particular tiene en cuenta los procesos estructurales y generativos que involucran a los grupos sociales, el modo de vida y las clases sociales, teniendo en cuenta la salud actual. Y por último en el general o global, se consideran los procesos estructurales que influyen en la salud real de las poblaciones (Ver cuadro No. 1).

En el dominio general, la naturaleza y la sociedad como su expresión más desarrolladas y compleja, se oponen y determinan mutuamente. De acuerdo a las formas de organización social y las estructuras productivas, se establecen patrones de transformación. La sociedad modifica la naturaleza y agrega elementos a la misma, en formas y cantidades variables de acuerdo al desarrollo de la fuerza productiva de esa sociedad y a las relaciones históricas que modelan su trabajo y la distribución de los productos de todo orden y a su vez la naturaleza específica como territorio, las posibilidades de desenvolvimiento de la sociedad constituyendo las fuerzas productivas, siendo un mediador territorial de la reproducción social.

A partir de esta propuesta, el desafío central de la Epidemiología Crítica, es tornarse en un instrumento de desarrollo humano y romper el modelo empirista. Para tal fin considera importante confrontar el problema de la superación de la negatividad del enfoque de la salud como ausencia de enfermedad y el desconocimiento del carácter dialéctico y multidimensional de la salud, así como visibilizar las contradicciones entre los procesos destructivos y protectores, que explican la génesis de las condiciones de salud y su reproducción.

Cuadro No 1. Esquema de Perfil Epidemiológico desde la Epidemiología Crítica. Fuente: Breilh, 2003.

DOMINIOS	DIMENSIONES	DETERMINANTES ESTRUCTURALES		PROCESOS GENERATIVOS		EXPRESIONES PROCESOS DESTRUCTIVOS
		Destructivos	Protectores	Destructivos	Protectores	
GLOBAL	Productividad Consumo Estado					
PARTICULAR	Modos de Vida					
SINGULAR	Estilos de vida					

Ante el concepto de perfil epidemiológico, Breilh (2003) plantea la importancia de retomar la propuesta original: El perfil epidemiológico es un sistema multidimensional de contradicciones entre lo positivo y lo negativo, o entre los valores de la salud y sus contravalores. Por lo tanto reconoce que el perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad, requiere un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente en distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder, y determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas, estableciendo la dinámica del proceso salud-enfermedad (Iriart et al,2002).

Este desafío, presente desde 1970, se constituye en un reto para todas las disciplinas y ciencias de la salud, ofrece una nueva manera de intervención desde la promoción y la prevención, que considera el proceso salud – enfermedad como un continuum y la salud desde un enfoque positivo, de derechos, bienestar y calidad de vida. Para la Salud Pública, disciplina que se preocupa por la salud de las po-

blaciones, y para la Fisioterapia, este enfoque recobra importancia para dar solución a problemáticas como la desnutrición, la pobreza, la exclusión, la transición epidemiológica y demográfica, las altas tasas de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, las tasas de discapacidad que afectan la salud y calidad de vida de los sujetos, así como las alteraciones de la dinámica familiar que influyen en el desarrollo de los niños y las niñas. Es por esto que es fundamental establecer estrategias de intervención holísticas e integrales desde los enfoques prioritarios de la Salud Pública, que puedan dar respuesta a estos problemas y lograr de esta manera la salud y calidad de vida de las poblaciones.

SITUACIÓN PRIMERA INFANCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 10% de la población de cualquier país está constituida por personas con algún tipo de deficiencia. Considerando, por ejemplo, la población de Brasil del último censo -según el cual el país tiene 169'799. 170 habitantes- existirían en esa nación 16 millones 979 mil 917 personas con algún problema de desarrollo, incluyendo niños.

En Colombia en relación a la Primera Infancia, para el año 2005 la población proyectada del país es

de 46.039.144, de los cuales 20,72% corresponde a menores de 9 años. Para 2004 la tasa de mortalidad infantil fue de 22,7 (Unicef, 2003, Min Protección Social, 2007). La desnutrición infantil prevalencia anual del 6,7% en el rango de moderada a severa. Sumado a esto se reporta que solamente 26% de los lactantes menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva (Unicef, 2004 & Min Protección Social, 2007).

La incidencia de discapacidad definitiva en los niños colombianos es del 8%, siendo el déficit sensorial, físico y el cognitivo los más frecuentes. El 12,5% de personas con discapacidad son menores de 5 años y sus principales causas son perinatales, congénitas o infecciosas. Para el desarrollo integral del niño es importante la detección precoz de alteraciones sensoriales, entre ellas la hipoacusia infantil en la que 80% de los casos se presentan en el momento del nacimiento, poniendo de manifiesto la importancia del diagnóstico precoz (Min Protección Social, 2007).

Por lo tanto es importante generar datos estadísticos relacionados con el desarrollo integral de los niños y las niñas, así como la realización de procesos de detección temprana de alteraciones del desarrollo. Además, es importante reconocer la afectación de los determinantes sociales dentro de los problemas de desarrollo de los niños debido a sus múltiples causas, asociadas con la interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medio ambiente. Esta mirada permitirá desarrollar acciones promocionales y preventivas, basadas en la Atención Primaria en Salud renovada, siendo la estrategia de salud para todos, la disminución de inequidad.

CONCLUSIÓN

Reconociendo algunos antecedentes existentes alrededor de la asociación familia y desarrollo en la primera infancia, comprendemos el proceso de determinación social en salud como una herramienta fundamental que permitirá fortalecer el trabajo intersectorial y la implementación de formas diferentes de abordaje ante las patologías y condiciones

de salud. Este proceso ha sido reconocido desde la OMS (Organización Mundial de la Salud) con la constitución de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y en América Latina desde el movimiento de Medicina Social, el cual da paso al desarrollo de la Epidemiología Crítica como una posibilidad de entender como las condiciones sociales, políticas y económicas influyen en los modos de vida de los grupos poblacionales y en los estilos de vida de los individuos (Breilh, 2003).

De esta manera se deja a un lado la visión reduccionista del desarrollo motor, la cual reconoce los factores de riesgo y las relaciones de causalidad, las intervenciones de evaluación, diagnóstico y tratamiento basadas en un modelo biomédico, que no incluye la existencia de condiciones socioeconómicas y del entorno, que afectan el desarrollo de los niños y las niñas. Al no reconocer la influencia de los determinantes de la salud sobre el desarrollo de los niños y las niñas, se maneja el pico de iceberg, los síntomas y las manifestaciones, y no las formas de producción y generación dadas desde dominios generales y particulares. Es por esto que se retoma el modelo de la Determinación Social, a partir del cual se puede entender, cuáles son las asociaciones existentes entre la familia, su organización, dinámica y funcionamiento con el desarrollo integral de los niños y las niñas en la primera infancia, en contextos específicos.

Es por esto que es importante determinar las asociaciones existentes entre el tipo de familia y las redes sociales, con el desarrollo en la primera infancia, en niños y niñas, en contextos y territorios sociales específicos. Este propósito se logra por medio de la evaluación del desarrollo motor, aplicando la Escala Abreviada de Desarrollo, la identificación del tipo y composición de las familias de los niños y las niñas, a través de la utilización del familiograma, reconociendo las redes sociales de apoyo con las cuales cuentan los niños y las niñas, estableciendo el tipo de relaciones generadas por medio de la utilización de Ecomapa, para luego determinar las asociaciones presentes entre el tipo de familia y las redes sociales con el desarrollo en la primera infancia.

REFERENCIAS

- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Intercultural* ISBN 950-892-147-1 Buenos Aires: Lugar Editorial. Colección Salud Colectiva.
- Congreso de la República (2006) Ley 1098, Código de la Infancia y la Adolescencia.
- Covandonga, M. (1999). *La Familia y su Implicación en el Desarrollo Infantil* Revista Complutense de Educación 158N: 1130-2496 vol. 10, u.' 1:289-304.
- De Barros, KM., Fragoso, AG., de Oliveira, AL., Cabral-Filho, JE., de Castro, RM. (2003). *Do Environmental Influences Alter Motor Abilities Acquisition? A Comparison Among Children From Day-Care Centers And Private Schools*. Arq Neuropsiquiatr.
- Figueiras, A., Neves I., Rios, V. y Benguigui, Y. (2006). *Manual Para La Vigilancia Del Desarrollo Infantil En El Contexto De AEIPI*. OPS ISBN 92 75 532682 7.
- Flores, M. y Troyo, R. (2001). *Preferencia Manual, Actividad Motora y Fina en Niños con Desnutrición*. Revista Investigación en Salud. Vol. III Número 001. Universidad de Guadalajara. México.
- Herrera, F. (2009). Ponencia "La Familia Motor del Desarrollo". XVII SEMINARIO LATINOAMERICANO DE TRABAJO SOCIAL LIMA, PERÚ. Mayor Información: www.ts.ucr.ac.cr
- Iriart, C., Waitzkin, H. Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002) *Medicina Social Latinoamericana Aportes y Desafíos*. Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(2).
- Krieger, N. (2002). *Introducción a la Epidemiología Social*. Boletín Epidemiológico, Vol. 23 No. 2. Mayor información: http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/glosario_epidemiologia_social.pdf
- Lilienfeld, AM. y Lilienfeld, DE. (1987). *Fundamentos de Epidemiología*. México, D.F.: Addison-Wesley Iberoamericana. 1-38.
- López, R. (2001). *Pautas Familiares de Riesgo y su Influencia Sobre el Desarrollo Infantil*. BSCP Can Ped 2001; 26 - n° 1. Universidad de Laguna. España.
- López, S., Garrido, F. y Hernández, M. (2000). *Desarrollo Histórico de la Epidemiología: Su formación como disciplina científica*. Revista Salud Pública de México Vol. 42 No 2. Consultado en: <http://www.cepis.ops-oms.org/cursoepi/e/lecturas/mod2/articulo2.pdf>
- Louro, I. (2003). *La Familia en la Determinación de la Salud*. Revista Cubana Salud Pública 29(1):48-51. Escuela Nacional de Salud Pública.
- Ministerio de la Protección Social (2007). *Guías de Promoción y Prevención en Salud Pública*. www.minprotección.gov.co
- Molina, H., Bedregal, P. y Margozzini, P. (2001). *Revisión Sistemática Sobre Eficacia De Intervenciones Para El Desarrollo Biopsicosocial De La Niñez*. Santiago de Chile, Ediciones Terra Mía.
- Mora, J. y Sumpsi, J. (2004). *Desarrollo Rural: Enfoques y Perspectivas*. Proyecto Regional de Cooperación Técnica para la formación de la Economía y Políticas Agrarias y de Desarrollo Rural en América Latina. Cuadernos FODEPAL. www.bic.fao.org.
- Moreira, M. y Castellá, J. (2008). *Satisfação E Composição Da Rede De Apoio Social A Gestantes Adolescentes*. *Psicologia Em Estudo*. No 3 (4). Mayor información: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?Isis&src=google&base=LILACS%lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=509539&indexSearch=ID>.
- Moreno, A. y López, S. (2000). Actualidades Epidemiológicas. Discurso médico, *Salud Pública y Epidemiología Moderna*. Rev Fac Med UNAM Vol. 43 No. 6.
- Muñoz, A. (2005). *La Familia como contexto de Desarrollo Infantil. Dimensiones de Análisis Relevantes para la Intervención Educativa y Social*. Portularia VOL. V, N° 2-2005, [147-163], ISSN 1578-0236. UNIVERSIDAD DE HUELVA. España.

- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona. Ed. Hierder, 15-19.
- OMS (2004). Consejo Ejecutivo EB115/35.115ª reunión 25 de noviembre de 2004. Punto 9.4 del orden del día provisional.
- Ontiveros, E., Cravioto, J., Sánchez, C. y Barragán G. (2000). *Evaluación del Desarrollo Motor en Función de Género, Estimulación Disponible en el Hogar y Nivel Socioeconómico en Niños de 0 A 3 años de Edad del Área Rural*. Bol Med Hosp Infant Mex.
- Ortiz, N. (1999). *Escala Abreviada del Desarrollo*. Min Salud. Ver Guías de Promoción y Prevención en Salud Pública 2007.
- Osorio, E., Torres, L., Sánchez, M., López, L. y Schanaas L. (2010). *Estimulación en el Hogar y Desarrollo Motor en Niños Mexicanos de 36 meses*; Revista Salud Pública de México. Vol 52.
- Parra, S., Hernández, B., Durán, L. y López, O. (1999). *Modelos Alternativos para el Análisis Epidemiológico de la Obesidad como Problema de Salud Pública*. Rev. Saúde Pública vol.33 n.3 São Paulo. Scielo Public Health.
- Richardson, G., Day, N. y Goldschmidt, L. (1995). *Prenatal Alcohol, Marijuana, and Tobacco Use: Infant Mental and Motor Development. Neurotoxicology and Teratology*. Vol 17. No 4. Elsevier Science Ltda.
- Segura del Pozo, J. (2006). *Epidemiología de Campo y Epidemiología Social*. Gac Sanit. [online]. 2006, vol. 20, no. 2 (citado 2009-01-15), pp. 153-158. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000200011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0213-9111.
- Vaivre-Douret, L., Dos Santos, C., Charlemaïne, C. y Cabrol, D. (2005). *Effects of Sleeping and Waking Positions on Infant Motor Development. Revue Européenne de Psychologie Appliquée*. Elsevier SAS. All rights reserved. www.sciencedirect.com
- Vera, J., Morales, D. y Vera, C. (2005). Relación del Desarrollo Cognitivo con el Clima Familiar y el Estrés de la Crianza. *Psico-USF*, v. 10, n. 2, p. 161-168.