

ARTÍCULO DE REVISIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.66645>**Desarrollo infantil y condición socioeconómica. Artículo de revisión***Child development and socioeconomic status. Review article*

Recibido: 28/07/2017. Aceptado: 28/11/2017.

Deisy Brigitt Herrera-Mora¹ • Yesenia Esmeralda Munar-Torres¹ • Nancy Jeanet Molina-Achury¹ • Aydee Luisa Robayo-Torres¹¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento del Movimiento Corporal Humano - Programa de Fisioterapia - Bogotá D.C. - Colombia.Correspondencia: Aydee Luisa Robayo-Torres. Departamento del Movimiento Corporal Humano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 No. 45-03, edificio 471, oficina 515. Teléfono:+57 1 3165000, ext.: 15201. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: alrobayot@unal.edu.co.

| Resumen |

Introducción. El desarrollo infantil parte de factores endógenos y exógenos; entre estos últimos se encuentra la condición socioeconómica, la cual puede influir en la salud y las oportunidades en la vida adulta.**Objetivos.** Conocer y analizar la influencia de las condiciones socioeconómicas en el desarrollo infantil.**Materiales y métodos.** Se realizó una revisión bibliográfica en 10 bases de datos mediante una búsqueda de artículos publicados entre 2012 y 2017. Se seleccionaron los artículos con base en las palabras clave y la relación entre el desarrollo infantil y la condición socioeconómica.**Resultados.** Se seleccionaron 10 artículos. Las variables más utilizadas para valorar condición socioeconómica fueron ingresos familiares y educación parental y para desarrollo infantil, áreas de cognición, motricidad fina y gruesa. Se encontró una relación significativa entre desarrollo infantil y nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación de los padres, estado civil de la madre y condiciones de la vivienda, que suponen una desventaja y la probabilidad de alteración en el desarrollo infantil.**Conclusión.** El desarrollo infantil está influenciado por condiciones socioeconómicas determinadas por aspectos histórico-culturales, abordadas en su mayoría desde la sociología funcionalista como factores aislados. Se propone un enfoque metodológico holístico e integrador que dé lugar a la historicidad como elemento nodal.**Palabras clave:** Desarrollo infantil; Clase social; Trastornos del movimiento (DeCS).

Herrera-Mora DB, Munar-Torres YE, Molina-Achury NJ, Robayo-Torres AL. Desarrollo infantil y condición socioeconómica. Artículo de revisión. Rev. Fac. Med. 2019;67(1):145-52. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.66645>.**Introducción**

El desarrollo infantil es comprendido como un proceso permanente de reconstrucción y reorganización o de avances y retrocesos a nivel

| Abstract |

Introduction: Child development is influenced by both endogenous factors and exogenous factors such as socio-economic status, which may affect health and life chances in adulthood.**Objectives:** To recognize and analyze the influence of socioeconomic conditions on child development.**Materials and methods:** A literature review was performed in 10 databases by searching for articles published between 2012 and 2017. Articles were selected based on keywords and the relationship between child development and socioeconomic status.**Results:** 10 articles were selected. The variables most used to assess socioeconomic status were family income and educational attainment of the parents, and to assess child development, areas of cognition, and fine and gross motor skills. A significant correlation was found between child development and socioeconomic status, educational attainment, occupation of the parents, marital status of the mother and housing conditions, which imply a disadvantage and the probability of child development disorders.**Conclusions:** Child development is influenced by socioeconomic conditions determined by historical-cultural aspects, approached mostly from a functionalist sociology perspective as isolated factors. A comprehensive and unifying methodological approach is proposed, giving rise to historicity as a nodal element.**Keywords:** Child Development; Social Class; Movement Disorders (MeSH).

Herrera-Mora DB, Munar-Torres YE, Molina-Achury NJ, Robayo-Torres AL. [Child development and socioeconomic status. Review article]. Rev. Fac. Med. 2019;67(1):145-52. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.66645>.

socio-afectivo, cognitivo y motor (1). Sus aspectos relevantes se pueden analizar y valorar desde la epidemiología; no obstante,

debido a su alta complejidad, los estudios realizados muestran una baja significancia estadística (2). Datos sobre la mortalidad infantil explicitan que el riesgo de morir antes de los 28 días de nacido es 2.5 veces mayor en los países más pobres y antes de los 5 años es 3 veces mayor comparado con países de ingresos más altos de acuerdo a estadísticas de la Unicef (3). En 2016, la tasa mundial de mortalidad en menores de 5 años fue de 41 por cada 1 000 nacidos vivos; en específico, para Colombia fue de 15 por cada 1 000 nacimientos y la tasa de mortalidad en neonatos fue de 9 por cada 1 000 nacimientos (4).

Todo recién nacido presenta un potencial para su desarrollo, el cual puede ser o no adquirido acorde a influencias de factores intrínsecos, como la genética y plasticidad cerebral, y extrínsecos, como la salud, la nutrición, el ambiente y las condiciones socioeconómicas (5,6). Estos últimos, como refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), tienen un impacto en la mortalidad en menores de 5 años cuando es desfavorable y se asocia a la población más pobre (7). A este aspecto hay que añadir las condiciones en las cuales el niño crece y se desenvuelve, que repercuten en la salud y en el acceso a oportunidades durante la vida adulta (8-11), de tal manera que el objetivo de esta revisión es responder si existe una relación entre el desarrollo infantil y la condición socioeconómica, indagando además respecto a la perspectiva desde la cual los autores han abordado esta temática.

Materiales y métodos

Para conseguir el objetivo propuesto, se realizó una revisión bibliográfica de artículos que analizaron la asociación entre nivel socioeconómico y desarrollo infantil como tema central teniendo en cuenta aspectos como el concepto, la evaluación y la relación entre las dos variables.

La búsqueda se realizó entre el 1 de abril y el 28 de junio del 2017 utilizando las palabras clave “Social class” AND “movement disorders, child development”. Las bases de datos y fuentes de información consultadas fueron: Annual Reviews, DOAJ, EBSCOHost Research Open Access Journals, SciELO, PePSIC, Scopus, LILACS, PubMed, PEDRO y ScienceDirect.

Los criterios de inclusión utilizados para seleccionar los artículos fueron dos: que existiera una asociación, con su respectiva descripción, entre desarrollo infantil o alguna área derivada del mismo (motor, cognitivo, lenguaje o personal-social) y la condición socioeconómica y que la población se correspondiera con el rango etario comprendido entre recién nacidos y 18 años.

El tiempo de revisión bibliográfica fue el comprendido entre enero de 2012 y marzo de 2017; la búsqueda se hizo en publicaciones en portugués, español o inglés. Luego de realizar exclusiones por título, resumen y contenido, se encontraron 10 artículos (9 ensayos clínicos y 1 revisión sistemática) (Figura 1).

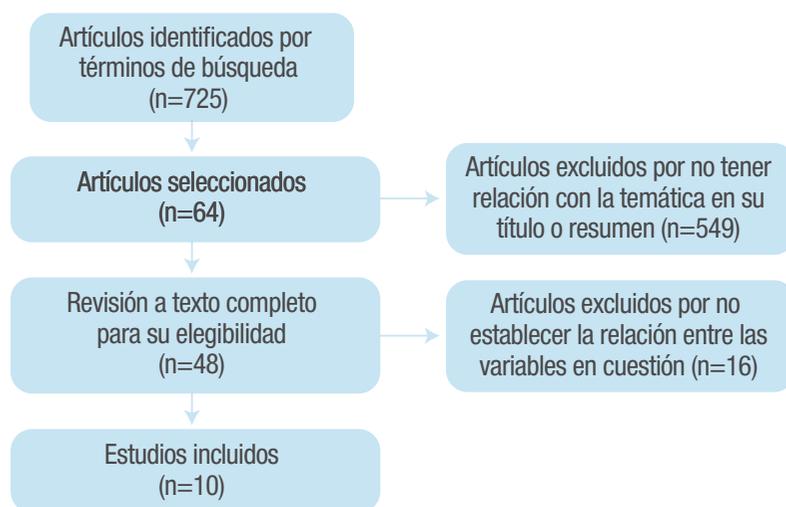


Figura 1. Resultados de búsqueda y filtros aplicados.
Fuente: Elaboración propia.

Resultados

A continuación en la Tabla 1 se presentan las características descriptivas fundamentales de los artículos seleccionados (diseño,

muestra, edad, condición socioeconómica, desarrollo infantil y resultados).

Tabla 1. Descripción de los artículos seleccionados.

Estudio	Diseño	Muestra (n) Edad	Condición socioeconómica	Desarrollo infantil	Resultados
Lozano-Gutiérrez & Ostrosky (12). México, 2012	Corte transversal	n=231 4-6 años	Nivel socioeconómico de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía Método de evaluación: EP, características de la vivienda e ingresos	Control inhibitorio Método de evaluación: funciones ejecutivas preescolar (Ostrosky)	Los niños con bajo nivel socioeconómico presentaron mayor número de errores de comisión (Tarea Ángel-diablo $F(1, 228) = 10.913, p=0.001$; Stroop día noche $F(1, 229) = 7.472, p=0.007$; puño dedo $F(1, 230) = 14.164, p=.015$) Los niños de nivel socioeconómico alto tienen dificultad para inhibir (Demora de regalo $F(1, 230) = 18.794, p=0.001$) Las tareas acá descritas pertenecen a la batería de evaluación de Ostrosky.

Continúa en la siguiente página.

Estudio	Diseño	Muestra (n) Edad	Condición socioeconómica	Desarrollo infantil	Resultados
Carmona-Fonseca & Correa (13). Colombia, 2014	Corte transversal	n=46 2.5-4 años	Determinación social Método de evaluación: encuestas descriptivas sobre condiciones de vida (economía familiar, características vivienda y servicios básicos, territorio e historicidad)	Desarrollo infantil Método de evaluación: escala abreviada del desarrollo	Comunidad en condiciones de vida precarias y con presencia de retardo madurativo (MG: 17%, MF: 50%, audición y lenguaje: 40%, desarrollo personal y social: 57%) y patológico (MG: 6%, MF: 26%, audición y lenguaje: 34%, desarrollo personal y social: 6%).
Defilipo <i>et al.</i> (14). Brasil, 2012	Corte transversal	n=239 3-18 meses	Condición socioeconómica Método de evaluación: Clasificación Asociación Brasileira de empresas de pesquisa, EP, renta mensual, renta percapita y estado civil materno.	Desarrollo motor: calidad y cantidad del estímulo motor Método de evaluación: Affordances in the home environment for motor development	En bebés de 10 a 18 meses fueron significativas ($p<0.01$) las variables NEM, NEP, estado civil de la madre y clasificación socioeconómica.
Yentur-Doni <i>et al.</i> (15). Turquía, 2015	Casos y controles	n=100 <6 años	Factores socioeconómicos Método de evaluación: vivienda, EP, suministro de agua, ocupación de los padres, ingresos.	Desarrollo psicomotor Método de evaluación: Ankara Child development screening Inventory	Niños con infección parasitaria presentan retraso general en desarrollo 1.9 veces mayor (IC95%: 1.40-2.60), en MF: 2.9 veces mayor (IC95%: 1.70-4.90), en lenguaje cognitivo 2.2 veces mayor (IC95%: 1.54-3.04) y en retardo en el crecimiento físico 2.9 veces mayor (IC95%: 2.19-4.6) ($p<0.001$). EP y situación económica deficiente asociado con riesgo de parásitos intestinales.
Chin-Lun <i>et al.</i> (16). EE. UU., 2015	Cohorte retrospectiva	n=36443 Ev1: recién nacido Ev2: 4 meses Ev3: 1 año Ev4: 7 años	Desventaja socioeconómica Método de evaluación: EP, ingresos, ocupación de los padres y estructura familiar	Desarrollo neuronal Método de evaluación: inspección de reflejos, habilidades motoras, movimientos involuntarios, signos duros y blandos, sistema nervioso autónomo, entre otros	Con padres con desventaja económica hay mayor probabilidad de anomalías neurológicas a los 4 meses (OR: 1.20 IC95%: 1.96-1.37), 1 año (OR: 1.35 IC95%: 1.17-1.56) y 7 años (OR: 1.67 IC95%: 1.48-1.89); la desventaja socioeconómica se encontró asociada a riesgos clínicos prenatales y neonatales específicos.
Guerreiro <i>et al.</i> (17). Brasil, 2016	Corte transversal	n=319 36-48 meses	Condiciones socioeconómicas Método de evaluación: nivel de pobreza urbana, Cuestionario de características biopsicosociales del niño	Desarrollo infantil Método de evaluación: Denver II	NEP ($p<0.001$), principal cuidador ($p=0.039$), nivel de pobreza y nivel de desarrollo del niño ($p=0.003$). Para la renta no se encontró asociación ante una muestra homogénea.
Burgues <i>et al.</i> (18). Brasil, 2013	Revisión sistemática	19 artículos 1 mes a 15 años	Nivel socioeconómico Método de evaluación: EP, ocupación del padre, renta familiar, vivienda, riesgo sociodemográfico, status ocupacional y nivel de pobreza	Funciones ejecutivas Método de evaluación: working memory of ESB, Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome for children (BADS-C), Tower of London, go/no go task, number stroop, torre de Hanoi, Day/night stroop, entre otros	17 estudios reportan que a mejor nivel socioeconómico, mayor puntaje en funciones ejecutivas (flexibilidad, planeamiento y memoria de trabajo) con un efecto débil a moderado. Niños con padres de mayor escolaridad presentan desempeño superior en la fluencia verbal semántica $d=0.40$.
Silveira <i>et al.</i> (19). Brasil, 2012	Corte transversal	n=40 12-36 meses	VARIABLES PSICOSOCIALES Método de evaluación: renta, trabajo fuera de la casa de la madre, vivienda y EP	Desarrollo cognitivo, lingüístico y motor Método de evaluación: Bayley III y Child Behavior Checklist (CBCL 1½-5 años)	Un bajo NEM es riesgo para el lenguaje receptivo (3.774, $p=0.052$) y un bajo NEP es riesgo para la cognición (3.948, $p=0.046$).
Piccolo <i>et al.</i> (20). Brasil, 2016	Corte transversal	n=419 6-12 años	Nivel socioeconómico Método de evaluación: nivel socioeconómico, NEM, NEP	Funciones ejecutivas Método de evaluación: Child Brief Neuropsychological Assessment Battery, Raven's Colored Progressive Matrices test - Special Raven's Scale	El efecto del nivel socioeconómico sobre la cognición comienza a disminuir a los 9 años con $p<0.05$ y puntuaciones de 0.36 a los 6 y 7 años, de 0.37 a los 8 y 9 años y de 0.17 de los 10 y 12 años.
Cadavid-Ruiz & Del Rio (21). Colombia, 2012	Corte transversal	n=159 6 y 8 años	VARIABLES SOCIOCULTURALES Y SOCIOECONÓMICAS Método de evaluación: colegio público o privado y estratificación del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE	Memoria de trabajo Método de evaluación: escala WISC-IV.	Los niños de colegios privados tienen un puntaje mayor respecto a los de colegios públicos (13.14, $p=0.001$).

F: distribución de Fisher de probabilidad; Ev: evaluación; MG: motricidad gruesa; MF: motricidad fina; NEM: nivel educativo de la madre; NEP: nivel educativo del padre; EP: escolaridad de los padres.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al lugar de publicación, predominó Sudamérica —cinco de Brasil (14,17-20) y dos de Colombia (13,21)—, seguido por una publicación en Norte América (16), una en Centroamérica (12) y otra en Asia (15). Acorde al diseño de estudio, se destacaron las publicaciones de tipo observacional transversal (12-14,17,19-21); los estudios analizaron edades desde recién nacidos hasta 15 años, con una distribución levemente superior para el rango comprendido entre 1 mes hasta los 4 años (13,14,16-19). Respecto a la profesión de los autores, 15 fueron

psicólogos (12,16,18-21) y 7, médicos (13-16, 20); en una proporción de 3 o menos se encontraron fisioterapeutas, estadísticos, microbiólogos, fonoaudiólogos, ingenieros civiles, bacteriólogos, odontólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales (13-17,20).

Guerreiro *et al.* (17) definieron el desarrollo infantil como “secuencia de cambios en el comportamiento y procesos subyacentes, siendo influenciado por factores biológicos y la interacción con el ambiente físico y social”. Otros artículos lo hicieron a través del área considerada

(12,13,18,20,21) o desde las variables analizadas (14,15,19); su abordaje se hizo desde desarrollo infantil (17), neuronal (16), lingüístico (19), psicomotor (15), motor (14,19), retardo psicomotor (13) y funciones ejecutivas (12,18-21).

La evaluación de las áreas de mayor a menor frecuencia correspondieron a cognitiva (12,15,18-21), motricidad fina (13,15-17,19), motricidad gruesa (13,15-17,19), lenguaje (13,15,17,19) y el área personal y social (13,15,17), como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de acuerdo a variables del desarrollo infantil.

Variables consideradas	Frecuencia	%
Personal y social (13,15,17)	3	8.0
Motricidad fina (13,15-17, 19)	5	13.3
Motricidad gruesa (13, 15-17,19)	5	13.3
Lenguaje (13, 15, 17,19)	4	10.6
Cognitiva (12,15,18-21)	6	15.8
Comportamental (20), desarrollo general (15), audición (13), interacción con los padres (14), variabilidad de estímulos (14), actividades locomotrices, posturas, fuerza muscular, tono muscular, signos duros y blandos, reflejos, movimientos involuntarios, nervios craneales, componente sensorial y sistema nervioso autónomo (16)	1 cada uno	2.6 cada uno

Fuente: Elaboración propia.

La condición socioeconómica fue abordada desde la epidemiología clínica tomando el enfoque sociológico funcionalista, planteada desde nivel socioeconómico (12,18,20,21), condición socioeconómica (14,17,19), factores socioeconómicos (15) y desventaja socioeconómica (16). En relación a la epidemiología crítica desde la perspectiva relacionista, se planteó la condición de vida de forma analítico-descriptiva (13).

De acuerdo al lenguaje empleado en el desarrollo de estos artículos, el término desde la perspectiva funcionalista con mayor frecuencia fue el nivel socioeconómico, definido por Braveman (citado por 12) como el “Conjunto de bienes materiales y características no económicas, como el prestigio social y educación, las cuales se asocian al nivel de estrés y calidad de vida, así como a aspectos generales de salud y de habilidad cognitiva” o desde las propias variables analizadas (14-19,21). En contraste, la perspectiva relacionista fue abordada como condiciones de vida, las cuales se refieren al producto de las relaciones sociales y el poder que determinan la distribución de bienestar o de sufrimientos a los que acceden los grupos o individuos (13).

Además, en lo que respecta a las variables consideradas para el análisis de la condición socioeconómica, las más empleadas fueron la educación de los padres (12-21) y los ingresos (tanto familiares como per cápita) (12-21), seguido por la ocupación de los padres (13,15-21) (Tabla 3).

En el aspecto socioeconómico, la variable abordada en la totalidad de los artículos fue el nivel socioeconómico clasificado de acuerdo a los ingresos y a otros bienes materiales. En nueve de las publicaciones, esta variable tuvo influencia sobre el desarrollo infantil y la investigación restante, dada la homogeneidad de la muestra, no presentó resultados significativos (17).

Entre otras variables apreciadas, se encontró el bajo nivel educativo de ambos padres (12-20), cuya relación con el desarrollo infantil muestra que en la mayoría de ellos presenta una significancia. Además, fue abordado el estado civil de la madre, considerando como factor de riesgo el ser soltera (14). Todos estos factores de riesgo desencadenaron alteraciones en el desarrollo infantil a nivel cognitivo (12,13,15,18,20,21), motor (13,14,15) y del lenguaje (15,18); en dos estudios no se especificó el tipo de alteración (16,17) (Tabla 4).

Tabla 3. Distribución por variables socioeconómicas analizadas.

Variables consideradas		Funcionalista (referencias)	Relacionista (referencias)	Frecuencia total
Educación de los padres	Padre y madre	8 (12,14-16,18-21)	0	8
	Solo padre	1 (17)	0	1
	Solo madre	0	1 (13)	1
Ocupación de los padres		7 (15-21)	1 (13)	8
Ingresos familiares		9 (12,14-21)	1 (13)	10
Egresos familiares		0	1 (13)	1
Vivienda	Alquilada/propia	1 (21)	1 (13)	2
	Características físicas	5 (12,15,17,19,21)	1 (13)	6
	Servicios	3 (16,17,21)	1(13)	4
Territorio		0	1 (13)	1
Lugar de residencia		1 (15)	1 (13)	2
Suministro de agua		2 (15, 17)	1 (13)	2
Nivel de pobreza		2 (16,17)	0	2
Estructura familiar		3 (14,16,17)	0	3
Cultura		0	1 (13)	1
Historia		0	1 (13)	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Distribución de efectos según el área de desarrollo de acuerdo a variables socioeconómicas.

Área del desarrollo	Factor socioeconómico	Relación entre variables
Neurológico	Desventaja socioeconómica	A los 4 meses, al año y a los 7 años de edad incrementa la probabilidad de presencia de anomalías neurológicas (16)
	Renta	No se encontró asociación (17)
	Escolaridad paterna, cuidador principal, nivel de pobreza	Relación significativa entre las variables planteadas y el desarrollo neurológico (17)
Motor	Condiciones precarias de vivienda y deficiente acceso a servicios públicos básicos	Alteraciones en la motricidad gruesa y fina a nivel madurativo y patológico (13)
	Menor nivel socioeconómico	Factor de riesgo para presencia de infecciones parasitarias relacionadas con este tipo de desarrollo y crecimiento físico (15)
	Clase social alta	En lactantes de 3 a 9 meses hay mayor probabilidad de tener mejores oportunidades, al igual que en lactantes de 10 a 18 meses en presencia de relaciones parentales estables (14)
Lenguaje y audición	Condiciones desfavorables	Mayor posibilidad de retraso madurativo y retraso patológico (13)

Continúa en la siguiente página.

Área del desarrollo	Factor socioeconómico	Relación entre variables
Lenguaje y audición	Nivel de escolaridad de los padres	Mayor nivel de escolaridad relacionado con un efecto moderado en la fluencia verbal semántica (18) y mejores puntuaciones en el lenguaje oral y escrito (20). Menor escolaridad de la madre representa un riesgo para el lenguaje receptivo (19)
Cognitiva	Nivel socioeconómico	Un mayor nivel socioeconómico se relaciona con mejores puntajes en las funciones ejecutivas (flexibilidad cognitiva, planeamiento y memoria de trabajo) en niños de 2 a 3 años con una magnitud del efecto moderada (18) y dificultades en el control inhibitorio (12). Quienes estaban en desventaja a nivel socioeconómico presentaron alteraciones del sistema nervioso autónomo y neurológico, los cuales tienen una influencia directa en el aprendizaje; además, esto puede ocasionar hipoxia crónica, hipertrofia placentaria, restricción del crecimiento fetal y prematuridad (16). El efecto de esta variable comienza a decrecer a los 9 años en las funciones ejecutivas (20)
	Asistir a colegios públicos	Quienes asisten a colegios públicos tienen menor puntuación en memoria de trabajo (21)
	Nivel educativo de los padres	Menor nivel educativo en el padre representa un riesgo para la cognición (19). A mayor educación de los padres mejores son las puntuaciones en funciones ejecutivas (20)

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

En esta revisión se pone de manifiesto que en todos los artículos existe una relación significativa entre la condición socioeconómica y el desarrollo infantil, de tal manera que cuando la condición es desfavorable influye de forma negativa y, por el contrario, cuando esta condición es adecuada, permite al niño acceder a oportunidades en el contexto que le propician un mejor desarrollo.

Desde las profesiones con interés hacia esta temática, la mitad de los artículos fueron de psicología abordando habilidades cognitivas; las habilidades motoras o de lenguaje —bajo el objeto de estudio de la fisioterapia y la fonoaudiología— estuvieron en dos y un artículo, respectivamente. Se resalta aún más la ausencia de profesionales y auxiliares de enfermería, quienes por ejemplo en Colombia son los responsables de la vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil a través de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (2).

Ante el objetivo de encontrar una variable de carácter social, se esperaba mayor participación de profesionales de disciplinas de ciencias humanas como sociología y antropología, pero solo un estudio incluyó trabajadores sociales; por tanto, se debe resaltar la importancia del trabajo interdisciplinar o incluso transdisciplinar, el primero visto como aportes desde las disciplinas y el segundo como realidad integradora de estas (22).

Referente al lugar de investigación, prevalece Latinoamérica (80%), lo que puede obedecer a las condiciones de pobreza, inequidad, crisis políticas y económicas e índices de desigualdad más altos que

determinan la salud infantil en este territorio en comparación con otras regiones en vía de desarrollo (23). Un indicador crucial para vigilar el desarrollo de los países es la tasa de mortalidad infantil (24), la cual presenta tendencia a disminuir (25), es mayor en la primera infancia en familias con menor estatus socioeconómico e iguala su tendencia en la adolescencia (26,27).

Respecto al diseño de los estudios, en su mayoría fueron observacionales tipo transversales, los cuales no manifiestan la situación en relación temporal. Por otro lado, un estudio fue longitudinal retrospectivo (16), el que sería un tipo de estudio adecuado para evidenciar cambios en el desarrollo infantil al ser un proceso de continuas modificaciones en las habilidades de los niños con variaciones en el tiempo (28).

Asimismo, no se halló ningún estudio cuasi experimental o experimental que cumpliera los criterios de temporalidad preestablecidos, lo que evidencia la necesidad de realizar estudios de este tipo en torno a la temática aquí expuesta; aun así, se localizó un estudio cuasi experimental en Bolivia con el Proyecto Integral de Desarrollo Infantil que ofrecía servicios de salud, nutrición y educación a niños desde los 6 meses hasta los 6 años. Allí se observó que los niños después de los 3 años mejoraron la adquisición de habilidades en el lenguaje, habilidades motoras y socioemocionales a corto plazo en lugares de pobreza (29).

Otro artículo cuasi-experimental evaluó la flexibilidad-impulsividad cognitiva en 110 niños de 6 años con intervenciones de 30 minutos, 3-4 veces por semana, durante 3 meses en escuelas urbano-marginales de alto riesgo de pobreza (como grupo experimental) y en una escuela de clase media (como grupo control). Los resultados mostraron en la primera evaluación niveles inferiores en los grupos vulnerables por pobreza y que después de recibir la intervención disminuyen los errores ($p < 0.001$), obteniendo un desempeño superior en tareas de planeación y aumentando el tiempo de latencia para tomar decisiones ($p < 0.000$) (30). Este estudio pone de manifiesto la efectividad de programas dentro del aula y el impacto de intervenciones en los factores sociales y familiares, así como en su contexto (31-33).

En relación a las edades, fueron más frecuentes entre 1 y 4 años, seguidos por el rango de 4 a 7 años. Esto puede explicarse desde una mirada biológica en la cual hay períodos sensibles para el desarrollo de distintas competencias y habilidades, en donde los factores sociales y culturales son facilitadores y estimulantes para su madurez (34-38).

Relacionado con el desarrollo infantil y su concepto, este es entendido como parte del desarrollo humano, un proceso individual y dinámico con cambios en el crecimiento físico y en las habilidades sensorio-motoras, cognitivas, psicosociales y del lenguaje que se complejizan gradualmente, iniciando desde la vida intrauterina y siendo influenciado por el ambiente para responder a sus necesidades y las del entorno dependiendo del contexto (2,39). La anterior definición la acoge solo un artículo (17), mientras otros cuatro la construyen a partir de las variables que tienen las escalas de desarrollo infantil, disminuyendo su valor científico ya que la definición brinda una explicación clara y exhaustiva del concepto en el que se desarrolla el estudio y permite orientar al lector (40).

Dada la descomposición en variables, se presentó un abordaje del desarrollo infantil como la suma de categorías, contraria a la visión epistemológica de la teoría de Gestalt, que se opone a la labor investigativa de la descomposición de lo complejo, dando relevancia a factores relacionales y estructurales, aspectos que al evaluar el desarrollo infantil y la influencia del contexto social plantean un postulado interesante a ser considerado (41,42).

Respecto a los indicadores de evaluación, el aspecto social no tiene lugar o presenta poca relevancia; la encuesta es una herramienta que permite su mejor análisis (43), sin embargo no fue ampliamente empleada.

El abordaje de las condiciones socioeconómicas podría partir desde un enfoque sociológico funcionalista o desde uno relacional. El primero (tomado en 9 de 10 artículos) considera la desigualdad como un gradiente medido a través de la estratificación social y lo hace realizando un análisis desde la uni o la multi causalidad lineal, partiendo desde la epidemiología clásica, aplicando la metodología positivista y llegando apenas a nombrar en la discusión los determinantes sociales planteados por la epidemiología de transición (44-46). De tal manera que con regularidad se mantuvo la noción exposición-vulnerabilidad ignorando su distribución por clases sociales y la determinación sociohistórica. Con lo anterior se evitó dar a las relaciones conflictivas entre grupos la posición de causa básica que se obtendría al usar la clase social como indicador (44,46) y se imposibilitó el conocimiento de la sociedad que podría dar lugar a su transformación (46).

Lo social aparece como una variable aislada que incide en las condiciones patológicas de las personas, se trata de una explicación reduccionista y fragmentada de la realidad (46) que asume las propiedades de las partes (los individuos) como la base del comportamiento del todo (46,47) y donde se exige al Estado atribuyéndole al individuo la total responsabilidad de su condición de salud (46), en este caso en la infancia, aun cuando los niños no poseen autonomía en la toma de decisiones referentes a la misma (48).

Por otra parte, la epidemiología crítica, tomada como base por uno de los artículos analizados (13), propone como categoría la determinación social mediante la clase social, permitiendo enlazar la producción y distribución de salud (45).

Carmona-Fonseca & Correa (13) ponen en discusión el proceso de salud-enfermedad desde el abordaje de los determinantes sociales como lo asume la OMS, donde los factores de riesgo o variables causales no analizan los procesos histórico-sociales y dinámico-dialécticos de la determinación social en los que se basa y crea un determinado grupo (13,49-51).

Pese a no ser el término que más engloba la complejidad de la condición social, el nivel socioeconómico asumido como ingresos o bienes materiales, junto con el nivel educativo y ocupación de los padres, son las variables más evaluadas con resultados estadísticamente significativos; esto se corrobora con estudios de años anteriores, siendo el analfabetismo materno ($p=0.018$), los mayores niveles de pobreza (OR: 3.12, $p=0.0018$) y la falta de educación preescolar (OR: 2.46, $p=0.0075$) asociados a un impacto negativo en niños de 4 años (52); por otro lado, la baja renta familiar (OR: 2, $p<0.001$) y la baja escolaridad materna (OR: 2.2, $p<0.001$) presentan mayor riesgo de déficit en menores de 12 meses (53), con resultados similares en otro estudio que evaluó el desarrollo fonológico en niños de 4 a 6 años (54).

Las condiciones socioeconómicas en las cuales los niños nacen y tienen su crianza influyen en la salud de la vida adulta (8-11), de tal manera que asegurar un buen comienzo desde la vida prenatal es el primer punto crítico para mejorar la salud y el bienestar de las generaciones futuras (48). Esto va acorde con el objetivo de la OMS de “eliminar la brecha de salud en una generación” (55) y cobra importancia al valorar la existencia del ciclo de reproducción de la pobreza, donde las condiciones desfavorables se “heredan” sin tener un punto de inflexión que permita modificarlas (56).

La inversión en programas en la primera infancia es cuatro veces menor que en edades avanzadas y tiene un retorno positivo (23,57). Por esto, y a raíz de las correlaciones halladas entre el nivel socioeconómico y el desarrollo de patologías con consecuente riesgo en el desarrollo motor, se han establecido medidas de intervención necesarias en salud pública que pueden ser clasificadas en cuatro niveles: 1) estrategias individuales, 2) comunitarias, 3) modos de vida y entornos escolares y 4) promoción de prácticas sanas (58), las

cuales se relacionan con la lactancia y el entrenamiento en técnicas de crianza (59).

También se han establecido programas de evaluación e intervención temprana que incluyen visitas a domicilio en la primera infancia de alta calidad y accesibilidad a servicios de atención primaria, además de facilitar el acceso a escuelas infantiles (0-3 años), lo que genera a largo plazo disminución en la deserción escolar secundaria y el comportamiento criminal y aumento de empleo, que a su vez podría contribuir a disminuir la crisis pensional y sanitaria generada por el incremento del envejecimiento ante la disminución de la fecundidad y la mortalidad y de la expectativa de vida (60,61).

Se destaca la necesidad de profesionales capacitados en la evaluación e intervención del desarrollo infantil (48), con una visión integradora (62) y habilidades para la comunicación interdisciplinaria efectiva, en especial con neonatos prematuros (63).

La limitación de este trabajo viene dada por el bajo número de artículos, razón por la cual las conclusiones generadas son parciales al no ser una revisión sistemática.

Conclusiones

El desarrollo infantil está influenciado por condiciones socioeconómicas, las que a su vez son determinadas por aspectos histórico-culturales; estas son evaluadas en su mayoría desde la sociología funcionalista como factores aislados, entendiendo las consecuencias como efectos. El abordaje del desarrollo infantil es complejo, por lo cual se requiere un enfoque metodológico holístico e integrador que dé lugar a la historicidad como elemento nodal.

En el futuro se estima necesario la realización de estudios longitudinales que permitan determinar la influencia social en el desarrollo infantil y valorar la necesidad de intervenciones desde la salud pública que promuevan una infancia saludable.

Conflicto de interés

Ninguno declarado por las autoras.

Financiación

Ninguna declarada por las autoras.

Agradecimientos

A la línea de investigación en Movimiento Corporal Humano Salud y trabajo del programa de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia por ser el espacio de reflexión que permitió indagar el lugar de la condición social en el desarrollo infantil.

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. El desarrollo infantil y las competencias de la primera infancia. Bogotá D.C.: MinEducación; 2009 [cited 2017 Jul 9]. Available from: <https://goo.gl/bWh2Eo>.
2. Figueiras AC, Nevez-de Souza IC, Ríos VG, Benguigui Y. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. 2nd ed. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2011 [cited 2017 Jun 13]. Available from: <https://goo.gl/uX2zru>.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Educación, ingreso y etnia son los factores sociales que más influyen en la salud de niños, niñas, adolescentes y madres. Ciudad de Panamá: Unicef; 2016 [cited 2017 Jul 5]. Available from: <https://goo.gl/Plzdcq>.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), World Health Organization, World Bank Group, United Nations. Levels and Trends

- in Child Mortality. Report 2017. New York: United Nations Children's Fund; 2017 [cited 2018 Apr 24]. Available from: <https://goo.gl/3fHCMM>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Série cadernos de Atenção Básica No. 11. Série A. Normas e Manuais Técnicos No. 173. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2017 Jun 25]. Available from: <https://goo.gl/jfKMDa>.
 6. Braga AKP, Rodvalho JC, Formiga CKMR. Evolução do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças pré-escolares de zero a dois anos do município de Goiânia (GO). *Rev Bras Cresc e Desenv Hum*. 2011;21(2):230-9. <http://doi.org/cz72>.
 7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes sociales de la salud. Conceptos clave. Buenos Aires: OMS; 2008 [cited 2017 Jun 8]. Available from: <https://goo.gl/f195G6>.
 8. Power C, Kuh D, Morton S. From developmental origins of adult disease to life course research on adult disease and aging: insights from birth cohort studies. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:7-28. <http://doi.org/f4t8x3>.
 9. Freitas TC, Gabbard C, Caçola P, Montebelo MI, Santos DC. Family socioeconomic status and the provision of motor affordances in the home. *Braz J Phy Ther*. 2013;17(4):319-27. <http://doi.org/cz73>.
 10. Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui MV. Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los "niños y niñas de la crisis"? Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28(Suppl 1):132-6. <http://doi.org/f2rzdw>.
 11. Font-Ribera L, García-Continente X, Davó-Blanes MC, Ariza C, Díez E, García-Calvente Mdel M, et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gac Sanit*. 2014;28(4):316-25. <http://doi.org/f2sdtm>.
 12. Lozano-Gutiérrez A, Ostrosky F. Efecto del nivel socioeconómico en el control inhibitorio durante la edad preescolar. *Acta de Investigación Psicol*. 2012 [cited 2017 Apr 3];2(1):521-31. Available from: <https://goo.gl/ArpxRB>.
 13. Carmona-Fonseca J, Correa AM. Determinación social de la desnutrición y el retardo sicomotor en preescolares de Urabá (Colombia). Un análisis con la Epidemiología Crítica. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2014 [cited 2017 Apr 3];32(1):40-51. Available from: <https://goo.gl/vP6SoQ>.
 14. Defilipo EC, Frônio Jda S, Teixeira MT, Leite IC, Bastos RR, Vieira Mde T, et al. Opportunities in the home environment for motor development. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):633-41. <http://doi.org/bsd7>.
 15. Yentur-Doni N, Yildiz-Zeyrek F, Simsek Z, Gurses G, Sahin İ. Risk Factors and Relationship Between Intestinal Parasites and the Growth Retardation and Psychomotor Development Delays of Children in Şanlıurfa, Turkey. *Turkiye Parazitol Derg*. 2015;39(4):270-6. <http://doi.org/cz7s>.
 16. Chin-LunHung G, Hahn J, Alamiri B, Buka SL, Goldstein JM, Laird N, et al. Socioeconomic disadvantage and neural development from infancy through early childhood. *Int J Epidemiol*. 2015;44(6):1889-99. <http://doi.org/cz74>.
 17. Guerreiro TBF, Cavalcante LIC, Costa EF, Valente MDR. Psychomotor development screening of children from kindergarten units of Belém, Pará, Brazil. *J Hum Growth Dev*. 2016;26(1):181-9. <http://doi.org/cz75>.
 18. Burges JB, Abaid JLW, Dell'Aglio DD, de Salles JF. Nivel socioeconômico e funções executivas em crianças/adolescentes: revisão sistemática. *Arq. bras. psicol*. 2013 [cited 2017 Jun 17];65(1):51-69. Available from: <https://goo.gl/jY3b1X>.
 19. Silveira KA, Enumo SRF. Riscos biopsicossociais para o desenvolvimento de crianças prematuras e com baixo peso. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2012;22(53):335-45. <http://doi.org/cz76>.
 20. Piccolo LR, Arteché AX, Fonseca RP, Grassi-Oliveira R, Salles JF. Influence of family socioeconomic status on IQ, language, memory and executive functions of Brazilian children. *Psicol. Reflex. Crit*. 2016;29(1). <http://doi.org/cz77>.
 21. Cadavid-Ruiz N, Del Rio P. Memoria de trabajo verbal y su relación con variables socio-demográficas en niños colombianos. *Acta colombiana de psicología*. 2012 [cited 2017 Jun 18];15(1):99-109. Available from: <https://goo.gl/hryJdb>.
 22. Pérez-Matos NE, Setién-Quesada E. La interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en las ciencias: una mirada a la teoría bibliológica-informativa. *ACIMED*. 2008 [cited 2017 Jul 8];18(4). Available from: <https://goo.gl/R66siJ>.
 23. Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo. Población y Salud en América Latina y el Caribe: Retos pendientes y nuevos desafíos. Santiago de Chile: CEPAL; 2010 [cited 2017 Jul 15]. Available from: <https://goo.gl/WHTZgU>.
 24. Treviño E, Toledo G, Cortínez M. ¿Son la educación y los cuidados de la primera infancia los grandes igualadores de oportunidades en América Latina? Centro de Políticas Comparadas de Educación; 2011 [cited 2017 Jul 14]. Available from: <https://goo.gl/tfv9qM>.
 25. Muntaner C, Rocha KB, Borrel C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, et al. Clase social y salud en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2012 [cited 2017 Jul 11];31(2):166-75. Available from: <https://goo.gl/XTJN1N>.
 26. Buchbinder M. Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal. *Arch. argent. pediatr*. 2008 [cited 2017 Jul 5];106(3):212-8. Available from: <https://goo.gl/Xb214r>.
 27. Barry MS, Auger N, Burrows S. Portrait of socio-economic inequality in childhood morbidity and mortality over time, Québec, 1990-2005. *J Paediatr Child Health*. 2012;48(6):496-505. <http://doi.org/dwddr5>.
 28. Donis JH. Tipos de diseños de los estudios clínicos y epidemiológicos. *Avan Biomed*. 2013 [cited 2017 Jul 5];2(2):76-99. Available from: <https://goo.gl/HzsTB3>.
 29. The World Bank. Directorio de Proyectos de Desarrollo Infantil Temprano en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: The World Bank; 2002 [cited 2017 Jun 27]. Available from: <https://goo.gl/DeZ6wy>.
 30. Behrman JR, Parker SW, Todd PE. Medium-Term Effects of the Opportunities Program Package, including Nutrition, on Education of Rural Children Age 0-8 in 1997. México D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública México; 2004 [cited 2017 Jul 8]. Available from: <https://goo.gl/a5QsAo>.
 31. Arán-Filippetti V, Richaud-de Minzi MC. Efectos de un programa intervención para aumentar la reflexividad y la planificación en un ámbito escolar de alto riesgo por pobreza. *Univ. Psychol*. 2011 [cited 2017 Jul 11];10(2):341-54. Available from: <https://goo.gl/RF7eIX>.
 32. Hay C. Parenting, self-control, and delinquency: A test of self-control theory. *Criminology*. 2001;39(3):707-36. <http://doi.org/cjihbk>.
 33. Turner MG, Piquero AR, Pratt TC. The school context as a source of self-control. *J Crim Justice*. 2005;33(4):327-39. <http://doi.org/btqmpx>.
 34. Musso M. Funciones ejecutivas: Un estudio de los efectos de la pobreza sobre el desempeño ejecutivo. *Interdisciplinaria*. 2010 [cited 2017 Jun 23];27(1):95-110. Available from: <https://goo.gl/VP9Xfg>.
 35. Curi AZ, Menezes-Filho NA. A relação entre educação pré-primária, salários, escolaridade e proficiência escolar no Brasil. *Estud. Econ*. 2009;39(4):811-50. <http://doi.org/cvdf2c>.
 36. Cunha F, Heckman JJ, Lochner L, Masterov DV. Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation. Cambridge: National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper Series; 2005 [cited 2017 Jun 23]. Available from: <https://goo.gl/a7fx38>.
 37. Paniagua-González MN. Marcadores del desarrollo infantil, enfoque Neuropsicopedagógico. *Fides Et Ratio*. 2016 [cited 2017 Jul 24];12(12):81-99. Available from: <https://goo.gl/5mpddP>.
 38. Parra-Pulido JH, Rodríguez-Barreto LC, Chinome-Torres JD. Evaluación de la madurez neuropsicológica infantil en preescolares. *Univ. Salud*. 2016 [cited 2017 Jul 15];18(1):126. Available from: <https://goo.gl/rEHoMf>.
 39. De Souza JM. Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tesis doctoral]. Sao Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de Sao Paulo; 2014 [cited 2017 Jul 13]. Available from: <https://goo.gl/zVYSdk>.
 40. Revuelta IA. La definición enciclopédica: Estudio del léxico ictionímico. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1999.

41. **Wertheimer M.** Gestalt Theory (With a Foreword by Kurt Riezler). *Social Research: An International Quarterly*. 1944;11(1):78-99.
42. **Duero DG.** La Gestalt como teoría de la percepción y como epistemología: aportes y desarrollos. Córdoba: Facultad de psicología, Universidad de Córdoba; 2003 [cited 2017 Jul 8]. Available from: <https://goo.gl/N1Bs2s>.
43. **Galindo-Cáceres J.** Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. México D.F.: S.A. ALHAMBRA; 2000.
44. **Hill AB.** The environment and disease: association or causation? *Proc R Soc Med*. 1965;58(5):295-300.
45. **Breilh J.** Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad [tesis de maestría]. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana; 1997.
46. **Breilh J.** La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. de Salud Pública*. 2013 [cited 2017 Jul 15];31(Suppl 1):S13-27. Available from: <https://goo.gl/fapP7q>.
47. **Levins R, Lewontin R.** The Dialectical Biologist. Cambridge: Harvard University Press; 1987.
48. **Woolfenden S, Goldfeld S, Raman S, Eapen V, Kemp L, Williams K.** Inequity in child health: the importance of early childhood development. *J Pediatr Child Health*. 2013;49(9):E365-9. <http://doi.org/gftr9d>.
49. **de Almeida Filho N.** Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. *Salud Colectiva*. 2007 [cited 2017 Jun 25];3(3):229-33. Available from: <https://goo.gl/TsLdkp>.
50. **Breilh J.** Epidemiología: economía, medicina y política. 3^{ra} ed. México D.F.: Fontamara; 1986.
51. **Breilh J.** Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
52. **Schönhaut L, Rojas P, Kaempffer AM.** Factores de riesgo asociados a déficit del desarrollo psicomotor en preescolares de nivel socioeconómico bajo. Comuna urbano rural, Región Metropolitana, 2003. *Rev Chil Pediatr*. 2005;76(6):589-98. <http://doi.org/bd2v3v>.
53. **Halpern R, Giuliani ERJ, Victora CG, Barros FC, Horta BL.** Factores de riesgo para sospeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Rev chil. pediatr*. 2002;73(5):529-39. <http://doi.org/bt2nks>.
54. **Pavez MM, Maggiolo M, Peñaloza C, Coloma CJ.** Desarrollo fonológico en niños de 3 a 6 años: Incidencia de la edad, el género y el nivel socioeconómico. *RLA*. 2009;47(2):89-109. <http://doi.org/bf659c>.
55. **Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V, Zurriaga Ó.** La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;24(Suppl 1):1-6. <http://doi.org/drrmm3d>.
56. **Silva MOS.** O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1429-39. <http://doi.org/frbnbh>.
57. **Heckman JJ.** Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children. *Science*. 2006;312(5782):1900-2. <http://doi.org/bbgfv3>.
58. **Bambra CL, Hillier FC, Moore HJ, Summerbell CD.** Tackling inequalities in obesity: a protocol for a systematic review of the effectiveness of public health interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity amongst children. *Syst Rev*. 2012;1(1):16. <http://doi.org/gbbz3h>.
59. **Brown TM, Fee E.** Social Movements in Health. *Annual Review of Public Health*. 2013;35:385-8. <http://doi.org/cz87>.
60. **Lorenzo-Carrascosa L.** Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008 [cited 2017 Jul 7]. Available from: <https://goo.gl/M1UHzb>.
61. **Berrío-Valencia MI.** Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Rev Colomb Anestesiol*. 2012;40(3):192-194. <http://doi.org/f2fh4f>.
62. **Treyvaud K, Inder TE, Lee KJ, Northam EA, Doyle LW, Anderson PJ.** Can the home environment promote resilience for children born very preterm in the context of social and medical risk? *J Exp Child Psychol*. 2012;112(3):326-37. <http://doi.org/bsd9>.
63. **Castellanos-Garrido AL, Alfonso-Mora ML, Sánchez-Vera MA, Bejarano-Marín X.** Factores sociodemográficos asociados al desarrollo motor en niños de un plan madre canguro. *Rev. Fac. Med*. 2016;64(4):659-63. <http://doi.org/cz88>.