

“INFLUENCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN LA RECUPERACIÓN DE NIÑOS DESNUTRIDOS”

Introducción

La desnutrición es una problemática multicausal y compleja, donde interactúan factores socio-económicos culturales y psicológicos. Las condiciones insalubres de vida, carencias afectivas y de aprendizaje, violencia familiar, las estrategias de supervivencia personal y familiar riesgosas, el alcoholismo y/o las adicciones; se entrecruzan en la pobreza y en la marginalidad, dando un marco propicio para el inadecuado crecimiento y desarrollo del niño.

Durante mucho tiempo, se ha atribuido el origen de la desnutrición primaria a la carencia alimentaria; consecuentemente los programas fueron orientados erróneamente a trabajar sólo con alimentos y nutrientes (N, Solomons 2003). Sin embargo, varios estudios coinciden en señalar la constante asociación entre bajos niveles de educación, ingresos y ocupación, por una parte, y altas tasas de desnutrición por la otra. Los niños que viven en condiciones de pobreza se ven sometidos, en mayor o menor medida, a un fenómeno de “privación múltiple”, cuyos componentes más ostensibles son la desnutrición y la falta de estimulación ambiental.

Dado que el niño está en permanente contacto con el núcleo social primario, familia y comunidad que lo rodea vemos que la estrategia adecuada es la implementación de acciones dirigidas a recuperar y mantener la salud, desde una perspectiva integral, con un enfoque participativo, familiar y comunitario desde un primer nivel de atención y con énfasis en la promoción, prevención y asistencia. La prevención implica, no sólo la detección de factores de riesgo, sino el fortalecimiento de la capacidad de desarrollo integral de las personas como mecanismo de protección fundamental. (1 y 2)

La pobreza puede impactar menos en el niño si se trabaja identificando precozmente los **factores de riesgo** y los **factores protectores**. (3,4) Los factores protectores conocidos también como "desviaciones positivas" son los recursos que poseen, en general, pocas personas o familias, que les permiten a ellos y a sus niños alcanzar un mejor estado de salud, de crecimiento y de desarrollo comparados con otros que viven en condiciones de pobreza semejantes.

Desde el año 1990 se están estudiando los factores protectores de los individuos para utilizarlos en programas de capacitación a las madres o cuidadores o a las familias de los niños desnutridos.

Son factores protectores: el grado de conocimiento que la madre posee sobre la práctica de la lactancia (Bhatia, 1992), el apoyo social para la lactancia materna, el apoyo de la familia extendida para la crianza (Zeitlin, 1990), la planificación familiar (Zeitlin, 1990), la higiene frecuente de manos vs la esporádica (Mackintosh, Vat; 2002), la mayor oferta de las comidas principales (más de dos) (Mackintosh, Vat; 2002), la oferta de las colaciones de mayor cantidad y más frecuentes (Mackintosh, Vat; 2002), la comunicación verbal con expresiones de afecto hacia el niño, con ayuda y respuesta a las necesidades (Craviotto, 1976), las madres más emprendedoras que buscan recursos, que se sienten "con control e la situación" y no le atribuyen a la fatalidad su situación (Scrimshaw N, 1980).

Las acciones preventivas que se deben priorizar son: el fortalecimiento de las actividades reconocidas para el cuidado y desarrollo saludable, el mejoramiento de las condiciones sanitarias; la promoción de la formación profesional de adultos y jóvenes; desalentar el trabajo infantil; el desarrollo de emprendimientos productivos locales de toda índole que tomen en consideración las capacidades, las pautas culturales y la decisión de los destinatarios de los proyectos; la organización y participación de la comunidad en torno a la identificación de sus principales problemas y la formulación de propuestas de solución y la obtención de recursos; la articulación entre organismos del sector público, ONG y sectores privados hace más eficiente el uso de recursos y más efectivas las acciones que apunten problemáticas como la desnutrición, la deserción escolar, el trabajo infantil y temáticas en torno a las que existen programas y acciones fragmentadas.

También es sumamente importante evaluar los factores de riesgo de padecer desnutrición, es conveniente identificarlos en cada área. Los más frecuentes son: factores psicosociales (inaccesibilidad al alimento adecuado y suficiente; analfabetismo de la madre; madre adolescente; los niños pequeños, cuidados y alimentados por sus hermanos (Engle, 1991), alcoholismo y adicciones en la familia; disponibilidad de tiempo real o percibido por la madre; distribución del alimento intrafamiliar; violencia familiar; depresión o estado de abandono materno), factores ambientales (falta de agua segura, hacinamiento, viviendas sin disposición de excretas, viviendas sin recolección de basura), anorexia crónica (comida monótona; introducción tardía o precoz de la comida complementaria, no respetando los periodos críticos o sensibles de aprendizaje a la incorporación de alimentos con otra textura y densidad distinta a la líquida; parasitosis; la conducta materna indiferente o negligente frente al rechazo del alimento (Engle P. 1995), la suspensión o disminución de la calidad de los alimentos durante los periodos de enfermedades intercurrentes (Brown KM 1992), la ingesta de bebidas azucaradas).

Por todo lo dicho anteriormente es conveniente enfatizar que la prevención se debe realizar trabajando en una RED(5) intersectorial, con los recursos y los programas que se dispongan en las distintas áreas del Estado, ONG, religiosas, etc; compartiendo los diferentes conocimientos.

La alimentación no se reduce a una necesidad. Por el contrario, en tanto un ser humano es un ser social, desde su nacimiento mismo, el acto de alimentación es el resultado de un largo proceso. El amamantamiento como primer modelo de alimentación requiere de una madre que pueda sostener a su hijo, acariciarlo, mirarlo, introducirlo en el universo del lenguaje y del deseo. Comer no es sólo ingerir alimentos, es estar en un lugar determinado de posibilidades, viviendo en un determinado escenario que facilita u obstaculiza el desarrollo de sus actores. La vida cotidiana hace una trasducción del alimento. Este se transforma en el alimento de personas que lo adquieren, lo seleccionan y lo preparan para ellas mismas y para otros. Se lo distribuye de tal o cual manera, se lo prescribe o proscribde de acuerdo a valores que represente y se vehiculizan través de él las más variadas interacciones sociales.

Por tal motivo, es necesario tomar una dirección que apunte a la prevención y promoción de actividades, para disminuir la cantidad de niños desnutridos. Empezando por aclarar que cuando hablamos de salud hay múltiples variables a tener en cuenta, tanto física como social, en dónde las condiciones y calidad de vida son importantes. Se ha demostrado que el mejoramiento de éstas provoca un impacto positivo en la salud. (5) Creando como eje del proyecto la estrategia de atención primaria de la salud, que constituye una estrategia de inclusión social, ya que una de sus premisas es la participación de la comunidad en las decisiones con respecto a las acciones de salud. Además,

porque la APS (6,7) constituye una estrategia útil para incidir sobre los determinantes de salud, a través de la promoción, ya que el fomento de una mejor salud colectiva se apoya en cambios sobre las condiciones y los estilos de vida, cambios de hábitos y cuidados de la salud.

El estilo de vida de estas personas son también factores que contribuyen a la exposición constante: el trabajo inestable hace que no siempre los recursos económicos sean los adecuados para poder brindarles la alimentación necesaria; mientras que la falta de educación y el acceso a la misma, impide a las familias darle la importancia correspondiente a dicha problemática de sus hijos. El tipo de vinculación familiar particular que se dan en los niños con bajo peso, en gran parte de los casos y el maltrato en sus diversas formas y manifestaciones hacia los chicos, es prevalente en dicha problemática. Estos chicos aprenden y conocen esta forma de relacionarse con los demás adultos y con los pares. Crean que es la correcta, o es la "familiar". Los seres humanos, desde que nacemos, estamos inmersos en una cultura, en una familia, y vamos aprendiendo y significando desde el otro adulto. Las relaciones humanas se construyen basándose en modelos que tenemos presentes, sobre todo, los más significativos. Se aprende desde lo que se vive. Madres expuestas a un ambiente de violencia continuo, donde su única vía de escape posible son sus hijos, desencadenan en una sobreprotección y dependencia mayor para con estos niños. Por dicho motivo, se considera conveniente como modalidad de intervención integral y participativa, el trabajo en equipo interdisciplinario, que contemple la multicausalidad de la problemática de bajo peso.

¿Qué es trabajar en equipo? Es un proceso colectivo en el cual cada uno aporta sus conocimientos, experiencias, habilidades y sentimientos en beneficio del grupo, aumentando la potencialidad del conjunto.

"Trabajar en equipo, es el resultado de un proceso gradual que apunta a un saber hacer, que se aprende haciendo. Es decir, se aprende en el trabajo grupal, con objetivos claros y con posibilidad de analizar los obstáculos que van surgiendo para el logro de los mismos. Para construir un equipo de trabajo es necesario que sus integrantes estén dispuestos a **construir consensos** a partir de compatibilizar las diferencias; establezcan un **marco de confianza** para proyectar una tarea en común, reflexiones sobre la "sana competencia" que priorice los logros grupales por sobre el desempeño individual; que genere entre los integrantes, la **capacidad de escuchar a los demás**, tener en cuenta al otro y modificar los aportes particulares a partir de los aportes del grupo" (8)

Objetivo General

Recuperar y mantener el estado nutricional de la población vulnerable, desde una perspectiva de salud integral y participativa, con énfasis en la promoción, prevención y asistencia a través de un abordaje de trabajo en equipo.

Objetivos Específicos

- 1 - Implementar acciones sanitarias para la detección de niños desnutridos a fin de incorporar al programa nutricional.
- 2 - Realizar un diagnóstico integral de las familias para conocer las distintas variables intervinientes en la problemática.
- 3 - Conformar un equipo de trabajo interdisciplinario con Pediatra, Trabajadora Social y Psicóloga para efectuar el seguimiento del niño y su familia a fin de recuperar nutricionalmente a la población beneficiaria.
- 4 - Favorecer la modalidad de taller como una de las estrategias de intervención dentro del modelo de atención familiar. Aportando a las familias instrumentos y herramientas en la promoción de los cuidados generales y particularmente en cuanto atañe al desarrollo infantil.

Metodología y acciones realizadas

La población infantil de 0 a 6 años del barrio Ricardo Rojas, pertenecientes al partido de Tigre, tomada por el censo Plan Más Vida, en el mes de abril del 2005; es de 1422 niños. Se realizó una evaluación antropométrica de dicha población durante los meses de abril- agosto 2005.

Se consideraron los siguientes puntos de corte para definir a la población normal y aquella con déficit nutricional.

Para menores de 1 año se utilizó el indicador P/E: el déficit de peso se especifica según la clasificación de Gómez:

Grado I de desnutrición: hasta el 25% de déficit de peso teórico medio para edad.

Grado II de desnutrición: entre el 25- 40 % de déficit de peso teórico medio para edad.

Grado III de desnutrición: déficit igual o mayor al 40 % del peso teórico medio para la edad.

Para mayores de un año se utilizó el indicador P/T, ya que la sola medición del peso no permite realizar un diagnóstico nutricional por lo que se debe completar, con la evaluación de la talla y la adecuación mediana de peso para la talla.

Grado I leve: del 90 al 80 % de adecuación a la mediana de P/T.

Grado II moderado: del 79 al 70 % de adecuación de la mediana de P/T.

Grado III grave: menor al 70% de adecuación a la mediana del P/T.

Para dicha clasificación se utilizó las tablas de referencia Nacional de la SAP.

Luego de realizar la evaluación antropométrica de los 1422 niños de 0 a 6 años, se detectaron los que parecían déficit nutricional y, también, se incluyeron todos los niños hasta 12 años cumplidos, derivados del consultorio de Atención Primaria y por las promotoras de salud del barrio.

El equipo está compuesto por médica pediatra, trabajadora social y psicóloga. Se confeccionó una historia clínica especial: donde se incluyen los datos médicos, anamnesis, historia familiar, variables socioeconómicas y psicológicas, condiciones de la vivienda, hacinamiento, cloacas, red de agua potable, baño instalado, espacio y elementos para cocinar, cercanía de basurales o elementos de contaminación, acceso a planes sociales y alimentarios, trabajo, educación de padres y/o cuidadores, vínculos familiares, ambiente familiar, relaciones, clima en el hogar, TV y actividades recreativas.

Se dispone de un día fijo de atención y, a través de una consulta programada, ese día el niño recibe el control de salud por parte del pediatra, en atención conjunta con trabajadora social, que previo diagnóstico de la situación familiar hace el seguimiento de la misma. La psicóloga realiza su intervención dependiendo de las causas, problemáticas familiares y vinculares. En el espacio de la consulta se entregan los insumos de fortalecimiento. Se establecen, de acuerdo a las posibilidades, días de seguimiento a domicilio para aquellas familias que se encuentran más vulnerables y en las que no es suficiente con la atención en el consultorio. Esta tarea depende de los diagnósticos realizados previamente. El espacio de consulta también sirve a los fines de interrelacionar programas, evitando así trabajar segmentadamente con la familia. Lo dicho se traduce en que, al mismo tiempo que se trabaja con el niño, se puede trabajar con el adulto en la incorporación a los programas o acciones de salud existentes: Programa de Salud Sexual, Control de Embarazo, etc.

Se confeccionó, además, un fichero cronológico para optimizar tanto el seguimiento de los pacientes, así como también facilitarnos la recolección de datos estadísticos.

Luego del afianzamiento del consultorio, se desarrollaron actividades de prevención y promoción, mediante la técnica de taller; la cual genera reflexión e integración de los participantes de la comunidad sobre las distintas variables de la problemática de la desnutrición.

El taller permite el intercambio entre la familia y el equipo de salud. Permite compartir experiencias, vivencias y reflexionar a partir de la vida cotidiana de las familias.

Mediante los talleres se favorece el intercambio activo de las madres; promoviendo los potenciales de salud de la comunidad, es decir, considerando los saberes previos, la percepción de las mismas, sobre los problemas de salud de sus hijos, así como las representaciones existentes sobre la enfermedad.

Esta perspectiva de trabajo tiene como principal eje: favorecer el desarrollo de las potencialidades de las personas; teniendo en cuenta la participación y la necesidad de incidir con cambios en situaciones perjudiciales.

Desde nuestra perspectiva, creemos que sería conveniente para optimizar el desarrollo y crecimiento de los niños, pensar en los adultos que se ocupan de ellos; porque nadie puede dar lo que no se tiene.

Esta metodología de trabajo permite aportar a las familias instrumentos y herramientas en la promoción de los cuidados generales y particularmente en cuanto atañe al desarrollo infantil. También, permiten promover conductas y actitudes favorecedoras, para la vinculación familiar. El objetivo es generar la participación activa de las mamás, ya que son las protagonistas de estos hechos, tomando como eje central el HACER como forma de creación. Los talleres se realizan el mismo día de la consulta, con las madres convocadas. Antes de la consulta individual, se planifica por el equipo de salud, en un tiempo no mayor a los 60 minutos.

La posibilidad de implementación de este programa de apoyo a la nutrición favorece poder trabajar la problemática de la desnutrición, desde una perspectiva integral teniendo en cuenta la diversidad de las causas constituyentes. Estas variables del problema requieren ser reconocidas, no solo por las personas afectadas por la problemática, sino también por otros integrantes del barrio principalmente promotores de salud o trabajadoras vecinales (del plan provincial Mas Vida). En base, a la importancia de la integración de la gente de la comunidad en la prevención y tratamiento del tema, es que se capacita a referentes comunitarios en la temática de la desnutrición para detectar población vulnerable desde un abordaje participativo y grupal

A partir del funcionamiento del programa de apoyo a la nutrición, se visualiza la condición de sujeto, cuando la madre u otros integrantes del grupo familiar del niño bajo peso pregunta: ¿cuánto tiene que llegar a pesar?. De la misma forma en instancias grupales, con las personas responsables de niño desnutridos, se enseña sobre formas de medir el bajo peso en el trabajo directo, mediante talleres con tablas de tallas y peso utilizadas para percentilar.

Ha sido necesaria la vinculación mediante el trabajo conjunto, en forma directa, de integrantes del equipo de salud con miembros de grupos familiares, vecinos, manzanas, personal de escuelas, jardines y comedores. La estrategia interactiva de trabajo en red, ha estado definida por la articulación e intercambio entre integrantes del barrio y agentes de salud y de educación, que han decidido asociar voluntaria o concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimiento para el logro de fines comunes. En el caso del programa mencionado, las redes sociales se definieron a partir de abordar la problemática nutricional infantil desde una perspectiva integral y participativa con énfasis en la prevención y asistencia. El abordaje de gestión en red, se considera valorable, ya que incluye la participación, la interdisciplina y la articulación intersectorial.

A partir de la intervención en el CAPS, se construyó una modalidad de trabajo en red institucional, mediante reuniones mensuales constituida por representantes de las instituciones de salud y educativas del barrio Ricardo Rojas y algunos integrantes del barrio. Esta red institucional favoreció un mejor conocimiento de los integrantes del barrio, socialización de problemáticas de salud existentes, potencialización de recursos humanos y economizar esfuerzos. También ayudó a la construcción de vínculos interinstitucionales y lazos a nivel comunitario

Dicha red institucional favoreció en mayor medida la accesibilidad y el abordaje intersectorial de la población infantil en estado de desnutrición y de mayor vulnerabilidad social.

Resultados:

De un total de 113 niños, en el 2006 de 67 mujeres, 50 se recuperaron, 8 se mantuvieron igual, 4 mejoraron y 5 abandonaron. De 46 varones, 33 se recuperaron, 6 se mantuvieron igual, 3 mejoraron y 4 abandonaron. En el 2007, 50 mujeres continúan recuperadas, otras 8 se recuperaron, 3 se mantuvieron igual y una se mudó. De los 46 varones, 33 continúan recuperados, otros 4 se recuperaron, 2 se mantuvieron igual, 2 se mudaron y uno abandonó.

De un total de 113 niños que ingresaron en el año 2005 se recuperaron el 84%, 86% de las mujeres y 80% de los varones. Durante el año 2007 ingresaron 66 pacientes de los cuales se recuperaron 42 (64 %). Actualmente bajo programa teniendo en cuenta las normas estandarizadas de desnutrición infantil, hay 21 niños, pero continúan bajo programa también los niños recuperados y todos aquellos que por sus problemáticas y riesgo social sea necesario.

Conclusiones.

Los niños tratados anteriormente con el método clásico de control clínico, con suplemento vitamínico, antiparasitarios, dación de alimentos, leche fortificada, no tuvieron mejoría durante el año anterior. Desde la implementación del consultorio interdisciplinario y el trabajo en equipo como estrategia, se recuperaron el 84%.

Debido a la multidimensionalidad de la problemática de la desnutrición, la respuesta exclusiva de la visión médica ha resultado insuficiente para revertir la situación, por lo que se demuestra necesario un abordaje integral, orientado no sólo a acciones de salud, sino también a acciones de determinantes sociales, del medio ambiente y desde una perspectiva del desarrollo humano. Por tal motivo, la estrategia del trabajo en equipo junto con la participación comunitaria, es la forma más eficaz para el abordaje de dicha problemática. Es decir, trabajar en equipo significa: generar mecanismos organizados de intercambio permanente para la concreción de objetivos comunes; ya sea para la producción de estrategias de resolución de problemas, como para la consecución de proyectos que tienen como condición el trabajo con otros.

Se observa que el trabajo de equipo posibilitó el abordaje integral sobre el niño bajo peso y su grupo familiar, el abordaje grupal de la problemática mediante la participación de integrantes de los grupos familiares de los niños en talleres de prevención y promoción y la inserción de instituciones de la comunidad, en el abordaje asistencial y preventivo de la recuperación nutricional para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño y su grupo familiar.

Los instrumentos de percusión, por un lado, marcan el ritmo con constancia.

Los de viento, en cambio, producen un sonido más dulce y apacible.

Mientras que las cuerdas, a diferencia de los anteriores, imprimen un carácter fuerte y decidido.

Cada uno, por su lado, tiene una función definida, la cual cumplen a la perfección. Sin embargo, es en su unión como una orquesta donde, gracias a su trabajo en equipo, producen la mejor melodía: la sinfonía.

Bibliografía

1. Proyecto Centro de Prevención y Asistencia a la Nutrición Municipalidad de Tigre. Secretaría de Salud. Febrero 2003.
2. O' Donnell. Una Visión de la Problemática Nutricional de los Niños Argentinos. CESNI. 1999.
3. Allison H., Condición de Salud Prehistórica en el Norte Grande. 1993; 9221-226.
4. Dra. Piazza, Norma. Pronap 2005. Módulo I, "Desnutrición".
5. Módulos N° 1,2,3,4,5,6,7,8,9 y 10 Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Bs.As, 2005/006.
6. Stolkner, Alicia, "Políticas en Salud Mental", en Tiempos Postmodernos, Ajuste y Salud Mental, Editorial Lugar, 1994.34p.
7. Stolkner, Alicia, "G.I.D.A.P.S.", en Conceptualización de la APS, Editorial Espuba, Bs.As., 1985. 18p
8. Manual A.T.E.P.programa de Escuelas Prioritarias, Misnisterio de Educación, 2000.

	Nombre y Apellido	F.N.	Peso en kg	Per % def	Talla en cm	Peso en kg	Per % def	Talla en cm	Peso en kg	Per % def	Talla en cm
A	Acosta Aldana	16-1-99	15,200	P/T I°-25	110	21,700	P25	123			
=	Agüero Tomás	6-11-04	7,200	I°-30	70	9,300	I°-25	78	A	A	A
R	Almirón Joel	21-8-93	31,000	P/T I°	145	34,000	P/T N	149			
=	Alveolo Libertad	13-3-01	11,900	P/T I°	100	13,900	P/T I°	102	15,300	P/T I°	108
R	Amorena Francisco	14-5-98	16,000	P/T I°	112	19,000	P/T N	115			
R	Amorena Federico	21-12-96	22,000	P/T I°	127	25,000	P/T N	128			
=	Basualdo Romina	15-2-05	22,000	P/T I°	136	25,000	P/T I°	137	28,200	P/T I°-I°	143
R	Benítez Leonardo	28-4-03	11,000	I°-25	89	13,500	P/T N	92			
R	Bidegáin Alexis	24-6-05	8,300	I°-25	69	9,900	P25	75			
R	Bravo Jehiel	15-2-05	8,100	I°-25	89	9,100	I°-25	76	11,360	P/T N	85
R	Basualdo Micaela	16-2-93	34,000	P/T I°	151	36,400	P/T I°	154	40,000	P/T N	158
R	Bogao Gonzalo	7-1-99	20,000	P/T I°	125	23,000	P/T N	128			
R	Benítez Claribel	20-3-04	9,150	I°-25	76	12,800	P/T N	84			
R	Benítez Cesar	4-6-01	13,200	P/T I°	102	18,000	P/T N	108			
R	Benítez Hugo	27-12-99	14,800	P/T I°	110	20,500	P/T N	113			
R	Benítez Leandro	27-4-03	11,000	P/T I°	89	13,500	P/T N	92	15,600	P/T N	99
R	Benítez María	1-4-04	7,900	I°-II°/30	78	12,400	P25	82			
R	Berón Belén	16-12-97	20,000	P/T I°	122	24,000	P/T N	127			
R	Casco Priscila	26-1-05	6,100	I°-25	63	9,000	P25	76			
R	Curima Macarena	18-8-95	29,000	P/T I°	140	33,900	P/T N	145			
R	Castagna Selene	14-3-01	12,800	P/T I°	96	15,700	P/T N	103			
R	Carballo Ramón	15-9-96	18,700	P/T I°	116	23,100	P/T I°	118	25,000	P/T N	126
=	Cóndori Mario	19-5-03	10,600	P/T I°	82	11,600	P/T I°	84	12,700	P/T I°	92
R	Cuénca Kevin	3-1-04	9,500	I°-25	83	12,500	P/T N	90			
R	Cuénca Hugo	24-1-97	20,500	P/T I°	122	22,800	P/T N	125			
R	Carrizo Belén	2-11-04	7,100	I°-25	72	9,100	I°-25	79	11,500	P/T N	86
R	Cañete Analía	20-9-01	13,100	P/T I°	98	15,200	P/T N	104			
R	Carballo Ludmila	26-6-03	10,400	P/T I°	84	14,000	P/T N	90			
R	Casco Alejandro	5-7-04	7,800	P/T I°	79	11,000	P/T N	82			
R	Canteros Melanie	5-3-04	7,200	P/T I°	77	11,000	P/T N	84			
R	Canteros Nahuel	12-11-02	10,700	P/T I°	86	14,500	P/T N	92			
R	Carrizo Marcia	12-4-05	5,100	I°-25	60	10,900	P75	73			
R	Correa Érika	19-10-02	9,300	P/T I°	86	13,900	P/T I°	94	16,800	P/T N	101
R	Casco Priscila	26-1-05	7,200	I°-25	73	9,700	P25	80			
R	Digulio Graciela	5-4-00	11,900	P/T I°	88	17,500	P/T N	102			
A	Digulio Keila	4-6-05	9,000	I°-25	74	-	-	-			
T	Delgado Wanda	26-3-01	13,000	P/T I°	96	14,000	P/T I°	100	T	T	T
T	Delgado Gabriel	14-7-93	29,500	P/T I°	137	33,200	P/T I°	142	T	T	T
R	Duarte Christian	5-12-03	8,600	P/T I°	74	11,800	P/T N	85			
R	Duarte Brisa	5-9-00	13,000	P/T I°	97	17,700	P/T N	103			
R	Duarte Tamara	22-7-00	14,300	P/T I°	105	19,500	P/T N	110			
R	Dominguez Ramona	3-4-95	33,500	P/T I°	144	37,500	P/T N	146			
R	Dominguez Claudia	16-6-94	35,000	P/T I°	150	39,000	P/T N	153			
R	Diaz Joana	12-8-95	25,000	P/T I°	132	32,500	P/T N	141			
R	Enriquez Claudia	3-1-93	30,100	P/T I°	138	39,500	P/T N	142			
R	Enriquez Sasha	3-7-99	16,000	P/T I°	115	21,000	P/T N	118			
R	Enriquez Rocio	18-6-01	14,600	P/T I°	102	16,200	P/T N	106			
A	Enriquez Jenifer	2-4-98	18,500	P/T I°	110	-	-	-			
A	Enriquez Fernando	12-6-96	21,500	P/T I°	122	-	-	-			
R	Enriquez Aldana	14-9-01	14,000	P/T I°	100	14,800	P/T I°	101	20,800	P/T N	113
R	Enriquez Brisa	12-10-01	12,100	P/T I°	92	16,100	P/T N	103			
R	Enriquez Milagros	4-6-04	8,200	I°-25	74	11,200	P25 P/T N	83			
R	Enriquez Fabiana	10-3-93	30,100	P/T I°	139	43,000	P/T N	143			
R	Fernandez Micaela	28-6-96	23,100	P/T I°	127	26,300	P/T N	130			
R	Fernandez Ayelén	16-8-94	23,500	P/T I°	134	25,000	P/T I°	136	44,000	P/T N	152
R	Fernandez Sonia	21-5-00	14,500	P/T I°	101	16,300	P/T I°	107	24,100	P/T N	121
R	Franco Micaela	3-11-03	8,500	P/T I°	75	10,950	P/T I°	85	14,200	P/T N	94
R	Guardia Hugo	26-1-93	31,100	P/T I°	141	36,000	P/T N	144			
R	Guardia Diego	18-10-96	20,000	P/T I°	120	29,000	P/T N	131			
R	Guardia Milagros	29-9-98	16,100	P/T I°	113	24,300	P/T N	120			
R	Gomez Marcos	22-10-02	10,900	P/T I°	89	15,200	P/T N	99			
R	Gomez Marcos	2-1-05	8,200	I°-25	73	10,900	P/T N	81			
R	Gomez Ariel	27-7-00	13,900	P/T I°	104	18,700	P/T N	112			
R	Gonzalez Carla	28-1-01	13,100	P/T I°	97	18,100	P/T N	106			
R	Gomez Walter	2-6-03	10,100	P/T I°	81	12,500	P/T N	86			
R	Gonzalez Carlos	20-5-00	15,000	P/T I°	104	17,100	P/T N	103			
=	Gomez Lucía	3-7-02	11,100	P/T I°	89	13,000	P/T I°	98	14,100	P/T I°	103
R	Gonzalez Dalma	14-5-04	8,200	P/T I°	74	13,200	P/T N	89			
R	Gonzales Florencia	13-3-99	17,100	P/T I°	119	23,300	P/T N	125			
R	García Noelia	30-8-94	31,500	P/T I°	143	38,400	P/T N	149			
R	García Rocio	16-7-96	25,600	P/T I°	130	29,500	P/T N	133			
R	García Delia	13-7-97	23,100	P/T I°	125	28,600	P/T N	129			
R	Irigoitia Emiliano	23-3-01	13,100	P/T I°	96	17,500	P/T N	106			
R	Ibarra Gabriel	7-7-01	13,500	P/T I°	102	17,700	P/T N	111			
R	Inciarte Francisco	5-3-05	5,900	I°-30	69	10,600	P50	79			
R	Ibañez Román	1-2-01	14,100	P/T I°	101	21,000	P/T N	111			
R	Ibañez Ileana	20-5-97	18,700	P/T I°	127	25,100	P/T N	131			
R	Lopez Victoria	1-5-05	4,100	I°-25	58	8,400	P10 P/T N	75			
T	Lopez Hector	18-2-04	8,100	P/T I°	73	11,000	P/T I°	77	T	T	T
R	Leguizamón Mario	5-2-02	12,400	P/T I°	96	17,800	P/T N	108			

R	Leguizamón Florencia	26-10-00	14,100P/T Iº	99	18,800P/T N	106			
R	Leguizamón Lorena	22-2-03	10,100P/T Iº	87	13,900P/T N	93			
R	Mansilla Lorena	12-6-99	16,100P/T Iº	111	18,900P/T N	117			
R	Mansilla Leonel	8-3-04	8,670P/T Iº	78	13,800P/T N	89			
R	Migueles Caren	4-4-98	15,100P/T Iº	106	18,000P/T N	109			
A	Moyano Luz	29-10-03	10,700P/T Iº	84	-	-			
A	Moyano Alexis	7-7-02	13,800P/T Iº	94	-	-			
R	Moreno Agustín	29-8-00	16,200P/T Iº	109	18,500P/T N	111			
R	Moreno Sergio	26-6-02	12,800P/T Iº	96	17,600P/T N	108			
R	Moreno Ludmila	5-11-04	7,200Iº-25	70	11,100P/T N P25	81			
=	Pedrozo Sergio	28-3-02	11,200P/T Iº	89	13,800P/T límite	96	16,200P/T N		101
R	Páez Brian	27-1-01	14,150P/T Iº	102	17,400P/T N	105			
R	Páez Celeste	14-7-99	17,200P/T Iº	118	23,800P/T N	124			
R	Paz Ludmila	26-6-03	12,000P/T Iº	89	13,900P/T N	93			
R	Paz Gustavo	5-11-04	8,700Iº-25	79	10,400P25 P/T N	81			
R	Quiroga Maira	19-9-95	29,100P/T Iº	139	39,000P/T N	142			
A	Ramírez Dalila	27-11-04	2,720P/T IIº	72	-	-			
R	Rosales Celeste	3-11-04	7,150Iº-25	71	11,200P/T N P25	86			
R	Ruiz Díaz Andrea	22-10-03	8,700P/T Iº	69	12,600P/T N	99			
R	Rasgado Gerardo	7-4-99	15,000P/T Iº	104	16,700P/T Iº	109	23,000P/T N		114
A	Sequeira Elías	8-5-05	7,900Iº-25	68	-	-			
A	Sequeira Juan	12-9-03	10,200P/T Iº	78	-	-			
R	Soto Aldana	14-4-04	7,000P/T Iº	71	8,600P/T N	76			
R	Soto Natalia	19-6-02	10,500P/T Iº	83	13,500P/T N	91			
R	Sanchez Maite	30-12-04	7,000P/T Iº	68	8,200P/T Iº	73	10,900P/T N		81
R	Soria Estefanía	31-12-99	16,000P/T Iº	110	17,500P/T N	112			
A	Salazar Estefanía	23-2-99	19,000P/T Iº	112	-	-			
R	Salazar Ana	16-3-06	9,700P/T Iº IIº	86	14,200P/T N	95			
R	Vizgarra Ariel	16-12-97	18,200P/T Iº	118	23,000P/T N	121			
R	Vizgarra Isaías	20-5-01	13,900P/T Iº	102	19,750P/T N	109			
R	Vizgarra Javier	24-4-02	12,400P/T Iº	97	17,200P/T N	102			
R	Verón Antonela	29-5-05	4,200IIº-40	61	10,450P50 P/T N	76			
A	Vieytes Gabriela	12-12-02	12,500P/T Iº	80	-	-			

R: Recuperado =: igual M : Mejorados A : Abandono T : traslado



