

2006

Rendimiento en las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica valorados a través de técnicas de screening en terapia ocupacional

Alsina, Verónica Valeria

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/746>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

TESIS DE GRADO

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

RENDIMIENTO EN LAS ÁREAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 24 MESES Y 2 DÍAS DE EDAD CRONOLÓGICA VALORADOS A TRAVÉS DE TÉCNICAS DE SCREENING EN TERAPIA OCUPACIONAL

ALSINA, VERÓNICA VALERIA

VALENTE LOZADA, LUCIANA SOLEDAD

- 2006 -

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
3155	
Vol	Ejemplares
Universidad Nacional de Mar del Plata	

A MAXIMILIANO

AGRADECIMIENTOS:

VERO:

A mis papás.

A Martín por apoyarme y escucharme siempre.

A Eugenia y Norma por su contención.

Y a todos mis amigos, por estar siempre a mi lado.

LULY:

Quiero agradecer en primer lugar a Eugenia y Norma por haberme guiado durante todo este tiempo.

A mi familia por apoyarme y confiar en mí.

A mis amigas de la peña (Ana, Coquis, Euge, San y Estefa), a mis amigas de la facu (Lu, Dany, Ana y Lau), a mis amigos de la vida, porque comparten y compartieron cada uno de mis pasos.

A Valen y Sofi por su alegría.

A mis compañeros de trabajo, especialmente a Jorge por su apoyo incondicional.

A vos Vero, que estuviste constantemente a mi lado compartiendo todos mis estados, y porque, además de recorrer este camino, pudimos aprender a conocernos y formamos una buena dupla.

DIRECCIÓN Y ASESORAMIENTO METODOLÓGICO

DIRECTORA:



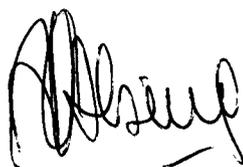
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL
VEYRA, MARÍA EUGENIA

ASESORA METODOLÓGICA:



MG.SC. LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL
GORDILLO, NÓRMA

FIRMA DE LAS TESISISTAS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alsina', with a stylized, cursive script.

Alsina, Verónica Valeria

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luciana Soledad', with a stylized, cursive script.

Valente Lozada, Luciana Soledad

INDICE

INDICE

Introducción.....	1
Tema y problema.....	5
Objetivo General y Específicos.....	6
Estado Actual.....	7
Estado de Situación.....	25
Diagnóstico de Situación.....	27
Marco teórico	
Desarrollo psicomotor.....	28
Importancia de los hábitos	
Alimentación.....	33
Sueño.....	34
Higiene.....	36
Actividad lúdico recreativa.....	37
Desarrollo psicoafectivo.....	40
Importancia del lenguaje.....	49
Atención Primaria de Salud.....	55
Atención ambulatoria.....	57
Equipo en la población maternoinfantil.....	58
Atención primaria en población maternoinfantil.....	59
Terapia Ocupacional en población maternoinfantil.....	62
Técnicas de Sreening en Terapia Ocupacional.....	65
Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 24 m.....	66
Concepto de riesgo-retraso.....	73
Bibliografía.....	76

Aspectos metodológicos

Problema.....	81
Objetivo general y específicos.....	81
Tipo de estudio y Tipo de diseño.....	82
Tipo de enfoque.....	82
Población.....	83
Muestra.....	83
Unidad de análisis.....	83
Criterios de selección de la muestra.....	84
Técnicas de recolección de datos.....	85
Análisis de datos.....	86
Variable.....	88
Definición conceptual y operacional de la variable.....	88
Dimensionamiento.....	91
Bibliografía.....	92
Análisis e interpretación cuali-cuantitativa de los datos.....	93
Descripción del desarrollo psicomotor: áreas en riesgo y retaso.....	95
Análisis cuantitativo de los datos.....	98
Conclusión.....	102
Propuesta de proyecto.....	105
Bibliografía general.....	117
Anexos.....	122

INTRODUCCIÓN

Al comenzar a investigar el tema, que consiste en saber cual es el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica, que fueron valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, de la ciudad de Mar del Plata, se consideraron de importancia algunos conceptos básicos que sustentan, el pensamiento del trabajo de todo profesional de la salud en el área pediátrica.

Myers, en "Los doce que sobreviven", hace referencia al concepto de "CRECIMIENTO" y "DESARROLLO": sostiene que el primero se produce por el aumento de la cantidad de células en el cuerpo o por el aumento de tamaño de forma constante, lo cual es indicativo de progreso, y que esto tiene que ver con el tipo y cantidad de alimento que ingiere el niño en los primeros años de su vida relacionándolo al proceso social.

Si por alguna razón, se observa falta de crecimiento, se debería llevar a cabo una acción correctiva.

Por otro lado, menciona el concepto de Desarrollo; diferenciándolo del crecimiento, pero asume que se encuentran interrelacionados. Define al mismo como un proceso de cambio en donde el niño aprende a dominar niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento y de relación con los demás; por ello refiere que es un proceso multidimensional, integral, que se produce de manera constante, con lo cual, todas las dimensiones se interrelacionan, y el niño siempre se encuentra en desarrollo, interactuando con el medio bio-físico-social, dependiendo de patrones determinados, es decir, más allá de que se encuentren pautas esperables para cada edad, existe una variación individual que tiene que ver con la biología de cada uno, con el ambiente que lo rodea y con su cultura.

Lydia Coriat y Jerusalinsky, en "Cuadernos del Desarrollo Infantil", se refieren al concepto de "*MADURACIÓN*", tomándolo de Piaget, y lo definen como un conjunto de transformaciones que sufre un organismo hasta alcanzar la plenitud de las estructuras biológicas.

En relación a estos tres conceptos, se agrega el concepto de "*SCREENING*", entendiéndolo como "*la detección de individuos presuntamente enfermos en una población presuntamente sana*". Tiene como objetivo, reconocer las enfermedades antes de la aparición de los síntomas. Es la forma de separar partes finas de otras más gruesas. Se lo conoce como "tamizaje" o "despistaje".

Desde el punto de vista médico, se intenta, mediante procedimientos prácticos, reconocer individuos que puedan padecer alguna afección, con lo cual, se trabaja desde el concepto de salud.

Las *Técnicas de Screening*, son métodos simples para detectar a individuos sospechosos, pero no dan un diagnóstico; una vez que el individuo fue seleccionado, debe someterse a pruebas diagnósticas, ya que la pesquisa, no requiere de gran equipamiento y tiempo.

El profesional que lo realiza, toma contacto con el grupo poblacional potencialmente sano y realiza el Screening a cada uno de los individuos.

Los instrumentos que se utilizan en el mismo, deben ser consistentes y encontrarse validados; ser simples de aplicar, aceptables por la comunidad y a un costo proporcional a su efectividad.

En conclusión, los Test de Screening o pesquisa, surgen de la necesidad de contar con métodos rápidos, pero confiables, para centrar así los procedimientos diagnósticos en aquellos niños en los cuales se encuentre la sospecha de sufrir alguna condición.

¹ Lejarraga, H. "Desarrollo del niño en contexto" Primera Edición. ED. Paidós. Año 2004.

Este tipo de detección, que se encuadra en las acciones de *PREVENCIÓN SECUNDARIA*, se lleva a cabo por el Terapeuta Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, dentro del Programa "*Control del niño sano*" en niños, a los 9 meses y a los 2 años de edad.

En el presente trabajo de investigación, se tomará como población de estudio a niños de 2 años y 2 días de edad cronológica que han sido valorados por la Licenciada en Terapia Ocupacional del Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia a través de Técnicas de Screening en el período comprendido entre los meses de Marzo del 2004 y Mayo de 2005, por lo tanto el tipo de diseño en cuanto a su dimensión temporal, es de corte transversal retrospectivo ya que los datos a utilizar han sido registrados en un tiempo anterior a la presente investigación.

Los niños valorados pertenecen por lo general, a familias que han sido afectadas por la crisis socioeconómica actual, caracterizada por trabajos mal remunerados, desocupación, sin obra social, con niveles culturales variados (de primario incompleto a nivel terciario), lo cuál incide desfavorablemente en el desarrollo integral del niño.

Por estas razones, se propone como objetivo de investigación "*Identificar el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor*", más allá del rendimiento global del mismo, ya que el niño puede presentar un coeficiente del desarrollo normal y encubrir un retraso notable en un área. Para evaluar éste rendimiento, el Terapeuta Ocupacional utilizó como instrumentos de evaluación: la *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses* de Rodríguez, Arancibia y Undurraga; y *Entrevista Semiestructurada* a los padres con el fin de detectar hábitos

inadecuados.

TEMA-PROBLEMA

TEMA:

Rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor, en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica, valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e infancia de la ciudad de Mar del Plata.

PROBLEMA:

¿Cuál es el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor, en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica, valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata durante el período comprendido entre los meses de Marzo del 2004 y Mayo del 2005?

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica valorados en los Screening de Terapia Ocupacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Categorizar el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica que se encuentran en situación acorde, de riesgo o de retraso.
- Describir cada una de las áreas del desarrollo psicomotor que se encuentren en categoría de riesgo o retraso.
- Describir hábitos inadecuados en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Se realizó el rastreo bibliográfico a través de Tesis de Grado de la Carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Revista Materia Prima y de las Bases de Datos Pudmed y Medline.

- ✓ **Vega, MC., Campisi, M., Bosenberg Verena, I., Porro, S.:
"Terapia Ocupacional. Rol en el seguimiento del desarrollo infantil de niños de familias pobres". Trabajo de investigación, Premio "AATO 2003". Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Año 2003.**

Esta investigación pretendió realizar un aporte desde la Terapia Ocupacional a la profundización del problema de la pobreza en relación a la salud y el desarrollo de los niños en sus primeros años de vida ya que ésta afecta el desarrollo físico, mental, emocional y social del niño como así también su calidad de vida actual y futura. El propósito de ésta investigación es el contribuir al desarrollo de estrategias de promoción de la salud que favorezcan el desarrollo y bienestar de los niños, previniendo el retraso y los problemas del desarrollo de origen social desde la Atención Primaria, en estrecha relación con el desarrollo de y en sus familias para lo cuál se debe conocer en primer término como es el desarrollo de los niños que se encuentren en riesgo social, para así, en función de los resultados aportar estrategias de acción concretas y adecuadas a la problemática.

Sistematizan y describen el desarrollo psicomotor de los niños desde el nacimiento y a su vez indagan y estudian la problemática de sus núcleos familiares.

La investigación se desarrolló en dos Unidades Sanitarias de la ciudad de Mar del Plata ubicadas en dos barrios periféricos de la misma: Unidad

Sanitaria Barrio Las Heras y Unidad Sanitaria Barrio Libertad.

La muestra se conformó por 80 niños y sus madres, al momento de concurrir al primer control pediátrico. Para poder seguir evaluando a los niños después de los dos años, cuando culmina el Plan Materno Infantil, los investigadores acordaron horarios y días con las madres concurriendo al hogar de los niños. Utilizaron como instrumentos y técnicas de recolección de datos: Test de Desarrollo Psicomotor (EEDP), Test de desarrollo Psicomotor de dos a cinco años (TEPSI), cuestionario con preguntas cerradas y algunas con alternativas, con el objetivo de obtener datos acerca de la salud materno infantil, entrevista tomadas por las Asistentes Sociales, entrevista semiestructurada de seguimiento de la población infantil que se constituyó en guía para las entrevistas tomadas por los docentes de los niños y recopilación documental de legajos escolares.

Los resultados obtenidos fueron: en los dos primeros años de vida, el desarrollo psicomotor de los niños fluctuó entre la normalidad y el riesgo y la normalidad, el riesgo y el retraso, ambos grupos constituyeron el 77% de la población.

"Lo esperable en el desarrollo de estos niños hasta los tres años parece ser la fluctuación, la oscilación con particulares diferencias entre niños y niñas con edades y requerimientos diferentes frente a indicaciones, planes, cartillas homogéneas y masivas."

A los tres años más de la mitad de los niños presentan un desarrollo psicomotor por debajo del nivel que se espera par su edad. Las áreas se encuentran comprometidas en el siguiente orden: motricidad 22% en riesgo y 26% en retraso; lenguaje 26% en riesgo y 11% en retraso; el área con menor grado de compromiso es la de coordinación 7% en riesgo y el 19% en retraso.

A los cinco años según refirieron los docentes, se encontraron dificultades en la organización espacial y en la iniciación a la lectoescritura, pero esto no hace imposible pasar a primer año.

Finalmente, a los siete años, los docentes consideran como normal que estos niños posean un rendimiento más bajo en relación a otros que pertenecen a otros contextos socioeconómicos. Del total de los niños se presentaron dificultades en el área social el 12% (inquietos, juegan a las patadas) y el 20% (muy tímidos pasan desapercibidos); en lectoescritura el 30%; en la organización espacial gráfica el 25%; en dificultades para adquirir conocimientos nuevos el 30%; en coordinación fina y gruesa 25% y en lenguaje el 35%. Se considera necesario la implementación de acciones concretas integrales, que otorguen a los niños y a sus familias, oportunidades para desarrollarse, para satisfacer sus necesidades, mejorar la calidad de vida, es decir promover la salud y por lo tanto la equidad de los niños y familias que viven en la pobreza. El Terapeuta Ocupacional como integrante del equipo de salud y educación, puede detectar y reconocer el nivel de funcionamiento de los niños, con el objetivo de intervenir para promover actividades apropiadas y desafiantes que lleven a facilitar el desarrollo.

- ✓ **Arellano, V, Celesia, M.:** *"La importancia de la valoración del desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional de los niños de 3 y 6 meses de edad, que concurren al programa "Control del niño sano" en el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata".* Tesis de Grado. Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Mar del Plata. Año 2002.

El objetivo general de esta investigación, fue investigar la necesidad de valorar el desarrollo psicomotor antes del tercer trimestre de vida ya que se puede realizar la detección precoz de signos de alarma en el tercer y sexto mes de vida.

La muestra estuvo conformada por niños que concurren al Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata en los meses Marzo-Abril del 2000.

Utilizaron como técnica de recolección de datos la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses, de Rodríguez, Aracibia y Undurraga. El total de niños evaluados fue de 31, correspondiendo a 18 niños de 3 meses y 13 niños de 6 meses de edad.

Del total de 31 niños, el 58% presentó un nivel de desarrollo psicomotor normal, el 32,3% de los niños presentó un nivel de desarrollo en riesgo y el 97% un nivel de desarrollo en retraso.

De las 4 áreas evaluadas, sobre el total de 31 niños de 3 y 6 meses de edad, se registraron 31 retrasos selectivos en las diferentes áreas, el área de mayor compromiso fue el área motora (54,8%),

El área del lenguaje (22,6%) se encontró más comprometida que el área de coordinación (12,9%), mientras que el área social fue la menos comprometida (9,7%).

Del total de 31 retrasos selectivos, la mayor cantidad se observó en el área motora (17), registrándose el 35,2% en el nivel de desarrollo normal, el 47% en el nivel de desarrollo en riesgo y el 17,6% en el nivel de desarrollo psicomotor en retraso.

En el área del lenguaje se observó 7 retrasos selectivos, el 14,2%

corresponde al nivel de desarrollo psicomotor normal, el 57,1% en el nivel de desarrollo en riesgo y el 28,6% en el nivel de desarrollo psicomotor en retraso.

En el área de coordinación, registraron 4 casos selectivos, el 50% corresponde al nivel de desarrollo psicomotor en riesgo, el 25% al nivel de desarrollo normal y el otro 25% al nivel de desarrollo en retraso.

Se registraron 3 retrasos selectivos en el área social, de los cuales, el 66,6% corresponde al nivel de desarrollo psicomotor en riesgo y el 33,3% al nivel de desarrollo psicomotor en retraso.

El porcentaje de niños de 6 meses de edad que se encontró en riesgo o retraso es del 46% y en niños de 3 meses de edad ésta cifra correspondió al 38,8%.

A partir de los datos obtenidos, la conclusión y propuesta de las tesis fue: la intervención del Terapeuta Ocupacional en la valoración del desarrollo psicomotor a los 3 y 6 meses, para el reconocimiento temprano y la detección precoz de desviaciones del desarrollo psicomotor y situaciones de riesgo que involucren al niño y su familia.

- ✓ Delmonte, Carolina; Riccilo, Valeria. *"Factores de riesgo detectados por el Terapeuta Ocupacional que inciden en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses sin patología asociada que concurren al Programa "Control del niño sano" en la Unidad Sanitaria Las Heras"*. Tesis de Grado. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2002.

Las tesis plantearon como objetivo de investigación "Conocer y Describir

cuales son los factores de riesgo que inciden en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses”.

La población estuvo conformada por 27 niños de 15 meses de edad cronológica que concurrieron a controles pediátricos correspondientes al Programa “Control del niño sano” en la Unidad Sanitaria Las Heras en la ciudad de Mar del Plata. Para poder obtener el nivel de desarrollo del lenguaje, se implementó la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses; para detectar los posibles factores de riesgo que prevalecen en la adquisición del lenguaje, se realizó una entrevista, donde se indagó sobre los hábitos familiares, y se utilizó una planilla de observación del Vínculo madre-hijo.

De los 27 niños evaluados, el 74,4%, obtuvieron un nivel de desarrollo psicomotor de riesgo; un 25,9% presentó nivel de desarrollo psicomotor con retraso y un 3,7% del total presentó un nivel de desarrollo normal.

En relación a las áreas evaluadas, en el área del lenguaje el 47,5% de los niños presentó conductas correspondientes a las edades de 10 y 12 meses; en el área social, el 32,5% conductas correspondientes a las edades de 9, 10 y 12 meses; y con respecto a las áreas de coordinación y motora un 5% y un 15% de los niños presentó conductas no acordes a lo esperado para la edad cronológica.

En relación a los hábitos, se encontró en los alimenticios que el 70,4% de los niños presentó lactancia materna, el 59,3% utiliza mamadera y el 14,8% chupete; en el sueño, el 100% de los niños se halló en cohabitación; el 55,2% en colecho; con respecto a la higiene, casi la totalidad de los niños son higienizados diariamente y controlan esfínteres.

Por último, se observó el vínculo, donde el 66,7% de los niños correspondieron a la categoría de vínculo bueno; el 25,9% al vínculo regular

y el 7,4% al malo.

Las tésistas arribaron a la conclusión de que los niños evaluados presentaron un nivel de desarrollo Psicomotor en Riesgo; las áreas de mayor compromiso fueron la del lenguaje y social, presentando conductas por debajo de la edad cronológica. En relación a la adquisición del lenguaje, determinados factores como la persistencia de hábitos y conductas inadecuadas para la edad cronológica, son riesgosos para el desarrollo del niño.

- ✓ Diorio, M., Valotto, J.: *"Desarrollo Psicomotor en niños nacidos de pre-termino con bajo peso entre dos y cinco años de edad"*. Tesis de Grado. Lic. En Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Año 2002.

En la tesis, sus autoras seleccionaron a 55 niños en forma aleatoria, de un universo de estudio de 154 niños de entre 2 y 5 años nacidos de pre-término con bajo peso y muy bajo peso al nacer, atendidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI) de la ciudad de Mar del Plata, durante el período Enero de 1997 a Diciembre de 1999, con el objetivo de conocer el desarrollo psicomotor de éstos niños. Para llevarlo a cabo, utilizaron la técnica de recopilación documental de las Historias Clínicas y aplicaron el Test de Desarrollo Psicomotor de 2 a 5 años de edad Haeussler y col.: para evaluar el Desarrollo Psicomotor en 3 áreas: coordinación, lenguaje y motricidad. Este es un Test de Screening que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto al desarrollo psicomotor de estos niños en relación a una norma estadística establecida por grupo de edad, determinando si este

rendimiento es normal, o está por debajo de lo esperado. Hallaron que el área que presentaba mayor dificultad era la del lenguaje (42,5% en relación al puntaje promedio del Test: 50%).

Determinaron una alta correspondencia entre el diagnóstico clínico al momento del nacimiento; el peso y las semanas de gestación, ya que por ejemplo los niños con posibles patologías graves, con peso al nacer entre 480 y 1100 grs. que nacieron entre las 28 y 33 semanas de gestación, son los que obtuvieron puntajes mayores en la evaluación.

- ✓ **Nogara, M.:** *"Terapia Ocupacional y el desarrollo psicomotor de niños con necesidades básicas insatisfechas"*. Tesis de Grado. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Año 1997.

En esta investigación se estudió la prevalencia de alteraciones o riesgo de alteración del desarrollo psicomotor en niños de 0 a 24 meses de edad con necesidades básicas insatisfechas, con patología asociada, que concurrieron al control del Hospital Materno Infantil de San Clemente del Tuyu, durante el año 1997.

Las técnicas utilizadas para llevar a cabo la investigación fueron entrevistas a madres, padres o tutores de los niños evaluados, recopilación documental de las Historias Clínicas y observación de las conductas del niño. Para evaluar el desarrollo psicomotor, se utilizó la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses.

Sobre una muestra de 91 niños evaluados, el 54,9% presentó nivel de

desarrollo normal; el 29,7% nivel de riesgo y el 15,4% nivel de retraso.

Las áreas del desarrollo mayormente comprometidas fueron la motora y la de coordinación en niños de riesgo; el área social en niños de nivel de retraso. En ambos niveles, el lenguaje, se encontró comprometido de igual manera.

Igualmente, en ambos grupos etáreos, de 0-12 y 13-24 meses, el desarrollo normal se alcanzó en la mayoría de los niños.

ESTADO DE SITUACIÓN

En el Partido de General Pueyrredón, la Secretaria de Salud y Protección Social, desarrolla diferentes programas de Atención Primaria de Salud destinados a la comunidad; uno de ellos es el "*CONTROL DEL NIÑO SANO*", que se lleva a cabo en las 29 Unidades Sanitarias dependientes de la misma.

Dicho programa comenzó en el año 1961, atendiendo a todos los niños que nacen en el Hospital Interzonal Especializado de Maternidad e Infancia; destinado a la Promoción, Prevención y Protección de la población materno-infantil, abordándola de manera interdisciplinaria. Comprende la apertura de la Historia Clínica y entrevista realizada por el Servicio Social; contempla el control del crecimiento (peso, talla, perímetro cefálico), control clínico, y plan de vacunación; además en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, se realiza el despistaje audiológico a los seis meses de edad del lactante; y Talleres de Educación para la Salud, anteriores al control médico, con el fin de brindar a los padres información acerca del desarrollo del niño. El Programa "*Control del niño Sano*", está destinado a niños cuya edad comprende la franja etárea desde el nacimiento hasta los 5 años y 11 meses de edad, encontrándose organizados en controles mensuales hasta los 6 meses, luego trimestrales hasta los 18 meses y finalmente anuales desde los 2 años hasta los 5 años y 11 meses de edad.

Las 29 Unidades Sanitarias desarrollan este programa de manera diferente, de acuerdo a las necesidades de la zona a la cual pertenecen. El Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia se considera un "*Centro de Salud*" por brindar los servicios de: Pediatría, Obstetricia, Salud Mental, Odontología, Ginecología, Nutrición, Audiología, Enfermería, Rayos X, Patología Cervical y Laboratorio.

De las 29 unidades, 13 de ellas poseen Equipo de Salud Mental desarrollando actividades de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, donde se encuentran actualmente trabajando nueve Terapistas Ocupacionales. Específicamente en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, el Terapeuta Ocupacional realiza acciones dentro de las tres prevenciones.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

El Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, se encuentra ubicado en la zona céntrica de la ciudad; su zona programática abarca desde la calle Boulevard Marítimo, limitada por Avenida Juan B. Justo hasta la calle Tucumán, desde Avenida Paso hasta la calle Neuquén y de Avenida Libertad hasta la costa.

A este Centro concurre una población amplia; en general, son familias de clase media empobrecidas, cuyo ingreso no satisface las necesidades básicas, no accediendo a obras sociales; otras familias reciben planes municipales y/o provinciales. Algunas poseen como actividad laboral las artesanías o el malabarismo. Estas personas, suelen vivir en pensiones, comparten vivienda o alquilan, y al no poseer un domicilio fijo, se dificulta el contacto y la comunicación con ellos.

Una de las cuestiones más frecuentes es que las familias suelen caracterizarse por comunicaciones intrafamiliares empobrecidas, sin proyectos ni planificación familiar.

Generalmente las mujeres, se encuentran superadas por todas las situaciones, entre otras cosas, recaen en ellas todas las obligaciones y responsabilidades, produciéndose en estos casos las confusiones de roles. Actualmente, se puede inferir que la Institución, no posee los recursos necesarios para contener a las familias que atraviesan esta situación.

MARCO TEÓRICO

DESARROLLO PSICOMOTOR

Las transformaciones evolutivas se irán dando a lo largo de toda la vida.

En el primer año de vida, el niño anda, explora; el proceso evolutivo se encuentra íntimamente influido por la edad fisiológica y cronológica, y tanto éste, como el crecimiento mental, deben ser observados y analizados en relación a conductas, comportamientos, en patrones.

Es por ello, que se describen las conductas esperables para las diferentes edades del niño, dividiéndolas en cuatro áreas. Gessell, describió el área motora que comprende: reacciones posturales, equilibrio cefálico, posturas sedente, cuadrúpeda y marcha; el área del lenguaje que se refiere a toda forma gestual y lingüística de comunicación: expresión facial, posturas, movimientos, vocalizaciones, palabras, frases y comprensión de la comunicación con los otros; el área personal-social, que incluye las reacciones que el niño tiene hacia la cultura en la que vive, influenciado por el medio; y el área de la conducta adaptativa, que incluye todas las áreas del desarrollo y se refiere a la habilidad del niño de integrar las experiencias pasadas, en las nuevas. Ésta se denomina área de coordinación en la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses de Arancibia, Undurraga y Rodríguez.

En el niño de dieciocho meses de edad, se describen las siguientes conductas en las áreas:

- **MOTORA**: El niño logra el dominio de sus piernas; a los 15 meses puede ya pararse sin apoyo, pero hasta los 36 meses no posee aún equilibrio para pararse solo. Camina y avanza velozmente sin llegar a correr; comienza a treparse de los muebles; sube y baja escaleras tomado de una mano, se agacha para tomar un objeto, y puede tirar de un objeto mientras anda.

- **LENGUAJE**: es más comunicativo; el niño puede nombrar diez palabras bien definidas.

Cuando dice "no", lo hace con acompañamiento del movimiento de cabeza.

Realiza charlas en su jerga y la comprensión del significado de las situaciones se encuentra en el mismo plano, capta el valor general de las situaciones familiares y a su vez de las nuevas; responde a ordenes simples, reconoce figuras, pero aún no las nombra; se llama a si mismo por su nombre y siempre se coloca Él, primero.

- **SOCIAL**: comienza a reclamar "lo mío", aparece el sentido de la posesión personal, distingue entre el "tu" y el "yo".

Le gusta el juego espontáneo y ensimismado; realiza tareas hogareñas.

Generalmente reacciona a cambios de rutina, ya que se aferra a sus bienes mentales y el cambio le parece como un precipicio, con lo cual reacciona con conductas de evitación, echándose al piso, corriendo para esconderse, gritando. Esta oposición es conservadora, en relación a su inmadurez social. Su psicología exige transiciones graduales; aún las palabras le significan poco.

Comienza el control esfinteriano voluntario, pero el hábito de la limpieza es irregular, señala sus necesidades luego de hacerlas, y le gusta tocar las heces. Este es un medio de control personal-cultural, pero no hay una distinción (ni verbal, ni intelectual), entre los productos del intestino y los de la vejiga.

Su juego es imitativo, comienza a fingir hacer lo que ve, por ejemplo: leer un libro.

Su egocentrismo disminuye gradualmente.

- COORDINACIÓN: el niño puede colocar un cubo sobre otro, pero aún no logra hacerlo con tres; puede tirar la pelota y mantener su equilibrio; gracias al movimiento de codo, puede volver las hojas de un libro, introducir una pastilla en una botella y sostener una cuchara. Hace garabatos y reproduce un trazo hecho por un adulto.

Los *dos años*, no poseen grandes diferencias comparándolo con los dieciocho meses; sin embargo, hay avances significativos, como en el área del lenguaje.

- LENGUAJE: Se descarta la jerga, posee alrededor de más de trescientas palabras; utiliza el "mi", "tu" y "yo". Expresa la intención y la acción con la misma frase; el soliloquio se va convirtiendo en canto, de manera que canta sus frases; le agrada escuchar las palabras, por ello le gustan los cuentos que otros le cuentan sobre él mismo o la familia, afirmando así sus conocimientos sobre el sentido de las palabras, y a medida que escucha, revive todo en el área motriz. De éste modo, capta el significado de los verbos. Cuando cuenta sus experiencias, lo hace con fluidez usando verbos en tiempo indefinido. Su comprensión no depende del vocabulario, sino de la maduración neuromotriz.

Hace caso a cuatro órdenes, designa de cuatro a ocho partes del cuerpo.

- **MOTRICIDAD**: el niño disfruta de la actividad de motricidad gruesa; posee un equilibrio superior, se puede pasar de la posición supina, rotando a la prona.

Debido al equilibrio adquirido, corre, ya no necesita ayuda para subir y bajar las escaleras, y se ve obligado a hacerlo alternando sus pies, puede saltar de un escalón y marchar en puntas de pie. Sus juegos son fuertes y con revolcones.

- **SOCIAL**: Manifiesta lo "mío", como propiedad; aún es egocéntrico, viéndose reforzado su egoísmo por el sentido de pertenencia. Cuando se ve en el espejo, se reconoce y se nombra.

Cuando juega con otros se vuelve a sí mismo, su contacto con otros niños es físico, los contactos sociales, son escasos.

En las tareas domésticas, colabora en el vestido, utiliza la cuchara sin derramar; se muestra autoritario, pero muy dependiente de la madre, necesita que ésta esté presente.

El control esfinteriano aún es irregular. Realiza la diferenciación verbal entre las funciones intestinales y las vesicales.

Los ritos son necesarios a la hora de dormir.

Comienza a diferenciar entre el negro y el blanco, y hasta puede nombrar algunos colores. Imita trazos horizontales, circulares y en V, construye hileras horizontales de cubos.

Es capaz de empujar una silla hasta alcanzar el objeto que desea. Ayuda a llevar las cosas a su lugar, puede transportar juguetes frágiles.

- COORDINACIÓN: la motricidad fina ha mejorado, da vuelta una página en un libro, hace torres de seis cubos, sostiene la cuchara: con pulgar sostiene del mango, los dedos radiales en posición supina y la palma hacia abajo.

IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS

ALIMENTACIÓN

La alimentación es el primer contacto del niño con el mundo. El amamantamiento es una fuente de experiencias satisfactorias y provee descarga de tensión interna por medio de la succión.

Según el Ministerio de Salud de la Nación; la Organización Mundial de la Salud; UNICEF; y la Sociedad Argentina de Pediatría, la lactancia materna exclusiva debe cumplirse durante los seis primeros meses de vida; luego se incorporan alimentos complementarios de manera oportuna continuando con la lactancia hasta los dos años.

Esta norma, se sostiene a partir de conceptos médicos: la función digestiva normal cambia considerablemente durante el primer año de vida, con la edad se producen variaciones en el proceso motor del intestino, con lo cuál se va incorporando la alimentación complementaria, pero no antes de los tres meses, ya que la absorción intestinal de grasas se produce a partir de los seis meses.

Además, este proceso se ve acompañado de otro que es la maduración del sistema neuromuscular, que influye y facilita la función alimentaria, en los distintos tipos de alimentos.

A los cinco meses aparecen los movimientos de mandíbula hacia arriba y abajo, lo cuál permite incorporar semisólidos, galletitas, etc. Entre los ocho y diez meses, los movimientos de lengua y de los doce a dieciocho meses los movimientos rotatorios de mandíbula, pudiendo ya a los dos años, masticar.

Pero, la maduración física, es acompañada y contenida por el proceso de subjetivación que lleva al niño a su independencia como persona en desarrollo.

En este proceso de separación entre la madre y el niño, se dá la enseñanza

de hábitos que, de acuerdo a la edad del niño se consideran adecuados o inadecuados.

La prevalencia del uso de chupete, mamadera, pecho en períodos innecesarios, son considerados hábitos inadecuados a la edad de dos años.

El uso del chupete en los primeros meses de vida es útil para que el niño descargue tensiones mediante la succión; pero, una vez adquirida la capacidad para utilizar las manos para tomar y explorar objetos, estos hábitos son innecesarios.

El uso prolongado de éste y la mamadera, poseen desventajas, ya que pueden producir deformidades de las estructuras óseas de la cara, y a su vez porque influyen desfavorablemente en el desarrollo psicomotor del niño, en lo que respecta a la adquisición del lenguaje y exploración del espacio.

SUEÑO

Se puede decir que el sueño además de ser una cuestión fisiológica, responde a mecanismos específicos, evoluciona a la par de la maduración órgano-funcional y se adecua al orden cultural y a las costumbres.

Desde el nacimiento, se considera el Proceso de Personación paulatino, progresivamente, se promueve la autonomía del niño separándolo de la madre, llevándolo a lograr independencia y seguridad.

Dormir cumple una función autorreguladora de la vida psíquica, cuya dinámica indica que esta función deberá integrarse con progresiva participación de la conciencia del bebé. Esta actividad, implica recoger hacia adentro de él mismo su vida psíquica y quedarse con sus fantasías, libidinizar su mundo interior.

Además, ayuda al desarrollo de la corteza cerebral del bebé, interviniendo en el desenvolvimiento total del cerebro y por su intermedio actúa en la adquisición del lenguaje.

En un principio, el recién nacido solo se despierta por hambre, duerme alrededor de 16 a 20 horas, no distinguiendo el día de la noche. Progresivamente se deberá enseñar al niño a diferenciar el estado de vigilia del de sueño. A los tres meses, duerme alrededor de 15 horas repartidas en 4 o 5 períodos, pero en su mayoría por la noche; a los seis meses 14 horas de sueño total, 12 por la noche, una siesta por la mañana y otra por la tarde. Y de los doce a los treinta y seis meses, duerme de 13 a 14 horas, 13 nocturnas y una siesta por la tarde. A los tres años y medio debe ya suspenderse esta última.

Es recomendable, que los padres transmitan al niño seguridad, tranquilidad y puedan enseñar ciertos rituales rutinarios a la hora de dormir para que éste sienta esta seguridad y contención todas las noches, creando así el "*hábito del dormir*". Es importante que éste se genere dentro de una rutina en donde los padres, a través de los hábitos de alimentación e higiene marquen los tiempos de sueño-vigilia.

La cohabitación es recomendable hasta el sexto mes de vida ya que el niño tiene despertares nocturnos solicitando ser amamantado, y a su vez para prevenir el *Síndrome de la muerte súbita*. Cumplido el medio año de vida, el niño debería ser capaz de dormir solo, en su habitación y a oscuras.

La evitación del colecho, de la cohabitación y de conductas de cansancio diurno, son necesarias para la organización del sueño del niño, lo cual producirá disminución de fracasos de atención, irritabilidad, bajo rendimiento diurno, conductas emocionales compulsivas, etc.

Se considera que un niño ha adquirido el hábito del dormir si logra acostarse

sin llorar, cuando concilia el sueño por si mismo y duerme entre 11 y 12 horas en su cuna, sin luz y si es necesario con ayuda de elementos externos.

HIGIENE

La adquisición de este hábito debe favorecerse a través de la experiencia del baño, momento en que los padres tienen otra posibilidad de comunicación con su hijo, utilizando como medio el juego, estimulando así las sensaciones y el vínculo.

La higiene bucal también es importante para evitar caries e infecciones. La enseñanza, se comienza desde los dos años, dando el cepillo al niño, para que éste comience a practicar y poder así adquirir el hábito.

Al hablar del "*hábito de higiene*", también se hace referencia al hábito de la evacuación, tanto intestinal como vesical, lo cual tiene un alto significado social.

Cuando el niño lleva a cabo su destete, su interés se desvía a la región anal, comenzando a diferenciar lo propio de lo impropio.

Se debe permitir al niño realizar actividades con arena, arcilla, plastilinas, etc., materiales socialmente aceptados y placenteros que le posibiliten utilizar sus manos y desarrollar su creatividad.

El niño irá aprendiendo a controlar sus esfínteres de a poco, junto con la maduración fisiológica; entre los doce y quince meses, comienza el inicio, a los quince meses, indicará que está mojado (lo cual es indicativo del crecimiento intelectual); a los dieciocho meses aproximadamente, adquiere el control de las deposiciones; y a los dos años el niño aprende la necesidad de evacuar los intestinos y a controlar la vejiga durante el día; entre los dos

y tres años aproximadamente, logra el control nocturno.

En este proceso, los niños aprenderán a apreciar la limpieza, siempre y cuando los padres puedan acompañarlos con palabras, festejos transmitiendo así confianza en esta capacidad. Si éstos son flexibles, surgirán entre ellos y sus hijos, relaciones que favorecerán un control más rápido, de orina durante el día, y por ende por la noche. En relación a la defecación, los padres están también pendientes, pero deberán crear un ambiente seguro que introduzca al niño a una actitud sana frente a la defecación.

ACTIVIDAD LÚDICA-RECREATIVA

El juego es el reflejo de la sociedad, refleja los valores, constituye una influencia educativa, ayudándole a adquirir conocimientos. Además contribuye a desarrollar la creatividad, la evolución cognoscitiva, social y emocional.

Hay variaciones culturales en relación a las actividades lúdicas y al tiempo que se le dedica a las recreativas.

Cualquier actividad que el niño realice en los primeros años de su vida, implica movimiento, y junto con él, tocan, observan, se desplazan en el espacio y esto hace que disfruten de su cuerpo, que lo descubran.

A su vez, conocen otros objetos, situaciones y espacios por medio de los paseos al aire libre, donde reciben diferentes estímulos. Siendo mayormente aprovechado alrededor de los dieciocho meses, período que Piaget ubica dentro del quinto estadio del período Sensorio-motor

denominado "*Diferenciación de los esquemas de acción por reacción circular terciaria*" (variación de las condiciones por exploración y tanteo dirigido) y *descubrimiento de nuevos medios*². A esta edad las necesidades sociales sobrepasan el interés por los objetos. El infante dá la impresión de explorar realmente las potencialidades del objeto provocando resultados nuevos para ser usados en secuencias de acción dirigidas a metas. Resuelve situaciones nuevas, aparecen nuevas variedades de medios-fines, comienza a tener conciencia de sus desplazamientos.

Entre los dieciocho y veinticuatro meses comienza el interés por otras personas (padres, familia, niños). Piaget lo ubica en el sexto estadio del período Sensorio-motor: "*Comienzo de la interiorización de los esquemas y solución de algunos problemas con detención de la acción y comprensión brusca*"³.

Aparecen la representación y la invención, hay noción de objeto permanente, comienza a considerarse un elemento más dentro de un sistema que le permite relacionar y distinguir entre los movimientos propios y los del objeto. Hasta este momento, Piaget considera al juego como JUEGO DE EJERCICIO.

En el segundo año de vida, aparece el juego imitativo, que se ubica dentro del período Pre-operatorio de Piaget, considerándolo JUEGO SIMBÓLICO (2 a 4 años) aquí, el niño puede representar un significado por medio de un significante. Puede evocar objetos, se produce una imitación diferida que se inicia en ausencia del modelo, luego, ésta evoluciona hacia una imitación interiorizada para posteriormente desarrollar la imagen mental. En este juego simbólico se produce una transformación de lo real por asimilación de las necesidades del "yo". El niño posee imágenes mentales reproductoras que

² Piaget, J. "Los estadios del desarrollo intelectual del niño y del adolescente". Pág. 45

³ Ibid.

evocan lo conocido y anticipadoras sin que se hayan percibido con anterioridad. Su memoria es de reconocimiento y de evocación. Suele observarse a esta edad el juego paralelo, y de los dos a los tres años el juego asociativo.

DESARROLLO PSICOAFECTIVO

El desarrollo es un proceso de sucesivas transformaciones que le permiten al ser humano satisfacer sus diferentes y múltiples necesidades, en un proceso activo de adaptación al medio. Es multidimensional, integral y continuo. Es el camino a la resolución progresiva de las necesidades del niño que parte de la *dependencia absoluta*, donde las condiciones deben ser suficientemente buenas, a una *independencia relativa* que implica la internalización del ambiente y la capacidad del niño de cuidar de si mismo.

Al principio, el infante depende totalmente de la provisión física del cuerpo de la madre aunque, en términos psicológicos "*el infante*" es al mismo tiempo dependiente e independiente ya que posee lo heredado, tiene una realidad propia que nadie puede alterar, al mismo tiempo que el despliegue de los procesos de maduración dependen de la "*provisión ambiental*". Winnicott afirma que "... *hay que proveer al niño de un ambiente que facilite la salud mental y el desarrollo emocional individuales...*"⁴. De éste modo el niño advierte su potencial. Si se proporcionan condiciones suficientemente buenas y hay en el niño un impulso interno hacia el desarrollo, se produce el consiguiente desarrollo emocional. Las fuerzas que empujan hacia la vida, hacia la integración de la personalidad, hacia la independencia, son inmensamente intensas y con condiciones "*suficientemente buenas*", el niño progresa.

El núcleo familiar en que el niño se halla inmerso y que a su vez está enmarcado por la sociedad que le imprime cultura e ideologías particulares, contiene la parte inmadura de la personalidad del niño caracterizada por el narcisismo, pulsiones incestuosas, hostilidad, autoerotismo y tendencia a la simbiosis. Bleger, afirma que la función institucional de la familia es servir

⁴ Winnicott, E. " Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional". Pág. 83. ED. Paidós, Año 1993.

de reservorio, control y seguridad para satisfacer la parte más inmadura o primitiva, narcisista de la personalidad.

Según Soiffer, el grupo familiar tiene la función de "*defensa de la vida*", es la estructura social básica, con interjuego diferenciado de roles, integrada por personas que conviven en forma prolongada, en interacción con la cultura y la sociedad, dentro de la cual se desarrolla el niño. Tiene la tarea de enseñanza del cuidado físico (respiración, alimentación, sueño, vestido, locomoción, lenguaje, higiene, etc.) , de las relaciones sociales (con otros familiares, amigos, etc.), afectivas (elección de pareja, noviazgo) y familiares (elaboración de la envidia, los celos y el narcisismo, desarrollo del amor, respeto, solidaridad, características psicológicas de cada sexo, elaboración del Complejo de Edipo, etc.), actividades productivas y recreativas (juego con juguetes, tareas hogareñas, destreza física, estudios y tareas escolares, arte, deportes, etc.). Los padres imparten nociones de realidad poniendo límites que serán a su vez límites para la fantasía y enseñan las aptitudes psicofísicas que van formando el psiquismo durante su evolución desde el nacimiento hasta la adultez.

Así el desarrollo se concreta a través de intercambios del sujeto con el medio físico y humano, donde se produce un interjuego de transformaciones, el sujeto es influenciado por el medio y a su vez éste por él.

En esta interrelación se encuentra un componente básico que son las condiciones internas del sujeto a través y sobre las cuales actúan las condiciones externas constituidas por el medio físico y humano.

La organización biológica y madurativa del Sistema Nervioso Central que le otorgan al sujeto su forma en relación con el medio, determinan las condiciones internas. Por lo tanto lo que existe y existirá en el mundo

interno es producto de la internalización y reconstrucción subjetiva que el sujeto realiza del mundo externo.

Desde el nacimiento el ser humano posee condiciones internas que le permitirán adaptarse activamente al medio garantizando su desarrollo. Estas condiciones son: la organización de la materia biológica propia de la especie y la capacidad de generar comportamientos que influirán en el mundo externo satisfaciendo sus necesidades.

Wallon sostiene, que el niño comienza a desarrollarse desde la vida intrauterina, en donde el organismo materno provee todas sus necesidades y se anticipa a éstas. El nacimiento señala el comienzo de una nueva etapa, la satisfacción de sus necesidades no es automática y puede demorarse, solo podrá concretarse en la medida en que cuente con sujetos en el mundo externo que generen ciertas conductas complementarias, tendientes a satisfacerlas, construyendo entre el niño y el adulto sistemas que operan en feed-back.

Bowlby sostiene que, *"en un principio el niño no discrimina entre los adultos que lo cuidan y que recién entre el cuarto y sexto mes aparecen comportamientos diferenciados hacia un adulto especial: la conducta de apego en el hombre se establece alrededor de los seis meses y se va incrementando a lo largo del segundo año de vida y a principios del tercero, cuando las manifestaciones son intensas y frecuentes, habiendo diferentes factores que activan la conducta"*⁵

El niño posee capacidades precoces para generar vínculos de apego, lo cual es iniciado desde antes del nacimiento y condicionado por las expectativas maternas durante la gestación. En contraposición, autores como

⁵ Chokler, M., "Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa", ED. Cinco. Diciembre 1998.

Ajuriaguerra, sostiene que las características del niño promueven, modelan y sostienen las conductas de apego de la madre.

Hochman considera que desde la gestación, se produce el "*Proceso de Personación*", describiéndolo como una relación de extrema fusión desde la vida intrauterina donde la relación es de máxima dependencia biológica y afectiva. El feto aparece como un órgano privilegiado aunque diferenciado respecto del cuerpo de la madre. Así se establece un círculo de acciones recíprocas sostenidas por el cordón umbilical, por medio del que se nutre el equilibrio simbiótico madre-hijo. El niño dentro del cuerpo de la madre es una especie de prolongación donde ésta proyecta todos sus deseos, con el fin de que realice sus esperanzas secretas. Luego con el nacimiento, este equilibrio fusional se interrumpe ya que el niño vive esta situación traumática como una experiencia de desamparo y angustia. Sucede luego un período de restauración, que se produce por intermedio de la lactancia, tanto natural como artificial, reconstituyendo una nueva entidad fusional, encontrándose el niño en un estado de extrema dependencia biológica y afectiva, ya que éste no puede alimentarse solo y no puede sobrevivir sin la asistencia de una persona adulta. Hacia los ocho meses, la relación madre-hijo adquiere estabilidad y el niño puede sobrevivir a la separación momentánea, dado que la imagen que el niño tiene de su madre, y que la madre tiene de él, están suficientemente interiorizadas como para que un alejamiento temporario no simbolice una destrucción. Esto se traduce en el interés del niño por el juego de "*esconder y encontrar*" y a partir del cuál aprende a dominar mágicamente la angustia producida por la separación. Esta relación evoluciona, el niño adquiere una personalidad más autónoma y recíprocamente la madre se desprende de él. Suceden intercambios más diferenciados, el niño reconoce a su madre y ésta comienza a entender el

lenguaje infraverbal de su hijo, descifra sus mensajes, da sentido a sus gestos, sonrisas, gritos, etc.

*"...Hacia el decimoquinto mes de vida extrauterina, la relación fusional sufre una nueva y definitiva derrota. En este momento el niño empieza a hablar, y por medio del lenguaje se afirma, resueltamente, como diferente de su madre..."*⁶

Con el crecimiento de la capacidad perceptual, el niño estructurará conductas de apego más complejas. Más allá de la tendencia genética a promover éstas conductas, se producirá un aprendizaje del apego que se genera hacia aquellas personas que interactúan con el niño y le proveen una respuesta específica adecuada.

Aquí las conductas táctiles, los movimientos, el olor, las miradas, la sonrisa, etc., tienen un lugar primordial.

Winnicott, postula los términos "*Handling*" (cómo manejar al bebé) y de "*Holding*" (cómo sostener al bebé), como elementos constitutivos de la personalidad, para ello la madre, debe durante la gestación y primeras fases del desarrollo del bebé, identificarse totalmente con las necesidades de éste.

Hochman, subraya la importancia de la alternancia entre los momentos de fusión-separación, ya que así el niño desarrolla la noción de diferenciación entre el "yo" y el "no-yo". El niño aprende a diferenciarse, descubre su propia identidad, su valor.

Bettelheim, sostiene que en la constitución de la personalidad del niño existen dos momentos críticos: el primero se produce entre los seis y nueve meses de edad, donde *"...la lactancia y todo lo que tiene lugar a propósito de ella parece ser la experiencia nuclear a partir de la cuál, se desarrollan los*

⁶ Hochman, "Hacia una Psiquiatría comunitaria". Pág. 35, ED. Amorroutu, Año 1971.

sentimientos sobre uno mismo y las otras personas; así es de importante esta experiencia inicial de actuar por propia cuenta dentro de un contexto de mutualidad...⁷. Se desarrolla la noción de sí mismo o yo corporal y posteriormente la de un ser social, cuando el niño descubre su influencia sobre el mundo externo. Así el "yo" se expande y el niño pasa de actuar a interactuar, comenzando a desarrollar su autonomía, lo cuál se afianza en un segundo momento, entre los dieciocho y veinticuatro meses de vida, cuando el lenguaje y la locomoción transforman al lactante en un niño propiamente dicho.

Freud postula dos módulos en el desarrollo psíquico del niño: el *cronológico* (etapas de la organización sexual del niño) y *estructural* (instancias: ello, yo y superyo). Las etapas cronológicas se superponen en un plano estructural. De acuerdo a como se resuelvan las etapas durante la infancia será la manera en que se resolverán los conflictos emocionales en la vida adulta.

El contacto con el mundo externo exige una rápida adaptación provocando una actividad perceptivo-motora de exploración intensa, activando el tono muscular, modificando la postura y el movimiento, despertando curiosidad, interés, ansiedad, temor a lo desconocido.

Estos sentimientos del niño son neutralizados a través del contacto con el adulto en el vínculo de apego, lo cuál posibilita la conexión del niño al medio que lo rodea, la exploración que hace del mismo, garantiza la satisfacción de sus necesidades, disminuyendo los efectos excesivos de tensión y emoción.

Luego, este vínculo se internalizará y desplazará a otra figuras a partir de la interacciones con el medio.

Winnicott describe este desplazamiento como "*fenómenos transicionales*", éstos adquieren importancia vital para el bebé y son una defensa contra la ansiedad. La figura primaria de apego será reemplazada por el "*objeto*

⁷ Bettelheim, B., "La fortaleza vacía". Pág. 32. ED. Laia., Barcelona, Año 1967

transicional". Las conductas de apego persisten a lo largo de la vida de una persona y las separaciones demuestran el grado de solidez yico y madurez afectiva.

El rol del adulto es de suma importancia en el establecimiento de este vínculo ya que de la calidad de éstos, dependerá el sentimiento de confianza y seguridad con que el niño se enfrenta al mundo dominándolo y dominando su si-mismo. El vínculo de apego sobreexagerado anula la exploración y conquista de autonomía por parte del niño, llevándolo a asumir un rol pasivo y dependiente.

La interacción del niño con el medio depende del grado de curiosidad que éste posea, de los estímulos que el medio le ofrece para generar comportamientos de búsqueda, orientación, manipulación, defensa, etc. Así el niño aprende, se conecta, conoce el mundo externo y lo internaliza. En este proceso el niño debe contar con una figura de apego cerca, que le permita disminuir la ansiedad o excitación excesiva que le produce el conocimiento del mundo externo. De este modo el niño se garantiza una activa adaptación al medio.

El niño y el adulto adjudican significantes a las señales corporales emitidas por el otro, provocando respuestas esperadas; esto se va produciendo desde el nacimiento y la gestación.

Entre el año y año y medio de edad, comienza la separación activa de la madre, porque se adquiere la marcha, el lenguaje, la formación de símbolos y el juego.

La bipedestación y la marcha facilitan la relación del niño con el padre, y lo conecta con los objetos y personas que lo rodean; lo cuál se considera fundamental para el proceso de individuación. La marcha permite mayor conexión con el ambiente y a su vez contribuye a la instalación de la

actividad mental, marcando el comienzo del pensamiento abstracto.

El lenguaje surge en el intermedio de la actividad lúdica. La palabra implica la reparación del objeto. El lenguaje y el juego son consecuencia de la formación de símbolos, que es una función del "yo" que se organiza durante el segundo año de vida. Este *proceso de formación de símbolos* constituye una activación por medio de la cuál se junta e integra lo interno con lo externo, el sujeto con el objeto y las experiencias más antiguas con las más recientes.

El juego es considerado como un ejercicio preparatorio que anuncia las actividades futuras del adulto.

Piaget establece una clasificación del juego en:

- DE EJERCICIO: destinado a la obtención del placer, es sin estructura, comienza a los pocos meses de edad y se extiende hasta los dos años.
- DEL COMO SÍ: se agrega el símbolo y la ficción como elementos estructurales. Se extiende desde los dos hasta los seis años. Presuponen la representación de la imagen mental.
- REGLADOS: propios de la pubertad.

Entre el año y medio y los dos años de edad se produce la etapa anal, desarrollada por Freud en su teoría sobre la sexualidad infantil. Él planteó que esta etapa se extiende hasta los cuatro años de vida, en sus dos modalidades: anal expulsiva y retentiva. La primera transcurre en el segundo año de vida y la segunda a partir de los dos años y hasta alrededor de los

tres.

La defecación constituye la enseñanza del control esfinteriano, siendo ésta la primera prohibición que el niño recibe. Los psicodinamismos que se producen alrededor de la etapa anal y el control de esfínteres adquieren gran importancia en la formación del psiquismo.

IMPORTANCIA DEL LENGUAJE

A partir de los objetivos planteados en ésta investigación y de los resultados estadísticos que se obtuvieron, se considera de importancia, desarrollar teóricamente la evolución del lenguaje y su implicancia en la constitución del sujeto en desarrollo ya que esta área es la que mayor porcentaje de afección ha presentado.

La adquisición del lenguaje presenta una secuencia, que se encuentra dividida en dos tipos de habla, una *pre-lingüística* y otra *lingüística*.

➤ HABLA PRE-LINGÜÍSTICA: también conocida como pre-verbal, abarca los diez primeros meses de vida. Encontramos así:

-Llanto indiferenciado: reacción refleja producida por la espiración en el primer mes de vida.

-Llanto diferenciado: luego del primer mes, es la madre quien puede identificar sus causas.

-Arullos: son chillidos, gorgoteos, que el niño emite cuando está contento. Son vocales y la primera consonante es la "J", antes de los tres meses.

-Balbuceo: a los tres meses, se inicia la modulación de resonancia (modulación laringea). El niño jugará repitiendo diferentes sonidos.

-Lalación: aparece en la segunda mitad del primer año. El niño se vuelve más consciente de los sonidos que escucha y los repite. Imita sus propios sonidos.

-Ecolalia: imita conscientemente los sonidos que emiten los otros sin comprenderlos. Esto se produce aproximadamente entre los nueve y doce meses de edad.

➤ HABLA LIGUÍSTICA: pasada la fase de ecolalia, entre los doce y quince meses de edad, aparecen las primeras palabras. Encontramos:

-Oración de una palabra (bolofrase): el niño señala un juguete, galletita, etc. y dice "eso". Los padres lo interpretan como "dame eso". Esta palabra expresa un pensamiento. Se observa aproximadamente al año.

-Oración con múltiples palabras: aquí el niño combina sonidos que para él significan algo pero no es comprendido por los adultos. Esto ocurre cuando el niño se encuentra aprendiendo los sustantivos.

Gessell, habla de "*jerga expresiva*", refiriéndose a expresiones que suenan como oraciones, con inflexiones, pausas y ritmos. Se observa alrededor de los dos años, cuando el niño reúne dos o más palabras para formar una oración. Estas primeras oraciones, son combinaciones de verbos y sustantivos

-Sonidos verbales gramaticalmente correctos: el niño comienza a utilizar oraciones más largas que incluyen todas las partes del habla y conoce los principios gramaticales. A los tres años, el niño posee un vocabulario de alrededor de 900 palabras.

Piaget sostiene que el período de organización sensoriomotriz es

necesario para que tenga lugar la *función semiótica*, de la que el lenguaje es tan sólo una manifestación. Esto es, porque el lenguaje en un principio es acción, el niño recibe impactos y envía demandas. La acción, como el habla, confirma el mundo de los objetos.

El período sensorio-motor por el que atraviesa el niño, permite que a través de la experiencia, se estimule su inteligencia.

Algunos autores sostienen que el lenguaje es posterior a la inteligencia.

Piaget, afirma que la formación del pensamiento y la adquisición de la palabra suponen la representación, y que ambos se dan en forma conjunta en el proceso de la función simbólica. La lengua al estar formada por símbolos y signos, facilita la representación simbólica.

Sostiene que *"...existe un centro cortical del lenguaje y la capacidad de aprender una lengua, está ligada a las propiedades hereditarias de la especie humana..."*⁸

Investigaciones actuales, afirman que existen evidencias, a través de topografía óptica, que sugieren que poco antes de nacer, en el futuro bebé se acelera el lóbulo temporal izquierdo cuando se le hace escuchar el habla normal, no así el habla invertida, por ejemplo: hola como estás?, invertido sería: como hola estás?

El neonato, muestra preferencia por la lengua materna, posee la capacidad de discriminar formas diferentes en una sucesión de sílabas iguales que se le presentan en forma repetida, y en las que al cabo de varias repeticiones se le cambia la consonante, por ejemplo: tá-tá-tá...pá. Reconoce la prosodia o ritmo de las lenguas y discrimina diferencias con estructuras prosódicas distintas (ejemplo: inglés, portugués), esta

⁸ Ajuriaguerra, "Manual de Psiquiatría infantil", cuarta edición, ED Toray Masson, Año 1980.

capacidad, se afina hacia los 5 meses de vida postnatal, momento en donde es capaz de discriminar la lengua materna de otras.

A partir de lo anteriormente dicho, se reafirma la existencia de una organización cerebral, órganos ajustados para ésta función.

Leontiev, tomando como referente a Vigostky, plantea que *"...el seguimiento y el desarrollo de una actividad reproductiva y de las correspondientes capacidades tienen lugar en el hombre solo en su comunicación permanente con otras personas..."*⁹

En sus inicios, la comunicación del niño con los otros, no se halla mediatizada por la palabra sino por acciones objetales directas del adulto, por ejemplo: cuando el adulto aproxima al niño cierto objeto al que éste tiende; también cuando el adulto aproxima una taza para que el bebé tome de la misma: el adulto acerca correctamente la taza a la boca del pequeño y la va inclinando de a poco, luego la coloca en las manos del niño; al principio corrigiendo y orientando activamente sus movimientos, de ésta manera el adulto estructura en el niño un nuevo sistema motriz funcional. A partir de este ejemplo, se pueden decir que las acciones del niño están dirigidas al adulto y al objeto incitándolo a la comunicación.

Para que el niño domine el lenguaje, la comunicación verbal, necesitará de acciones objetales conjuntas con el adulto, es decir que a través de la participación en una actividad conjunta con otras personas, el niño se apropia de la experiencia, poniendo al descubierto el significado social de los objetos.

El niño en su conciencia puede reflejar el conocimiento y el significado social de los objetos, realizando una actividad adecuada a la que está afectado dicho objeto, pero no lo podrá hacer de manera autónoma, sino

⁹ Golder, Mario. "Angustia por la utopía". Ateneo Vigostkiano de la Argentina. Año 2002, 1ª edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

siempre que esté estructurado por aquellas personas que interactúen y se comuniquen con él, posibilitando que éste desobjetive los significados de los que se apropiará.

Para explicar de manera superficial y global la idea expuesta por Leontiev, se agrega, que este autor habla de la importancia que tiene la enseñanza y educación (no a nivel escolar) del hombre para su desarrollo psíquico, siendo ambas, formas sociales de organización de la apropiación de la cultura, de las capacidades formadas socio-históricamente y objetivadas por ésta.

A diferencia de los autores citados anteriormente, Calmels, Daniel; sostiene que la vivencia corporal temprana graba en el niño una forma de pensar el cuerpo como base de intercambios Yo-Mundo.

El autor describe la *crianza* de los niños desde las funciones de sostén de apoyo, refiriendo a ésta como la función de la madre, la cual sostiene, contiene y alimenta. Es la primera contención que el adulto le ofrece al niño.

Esta función de sostén varía, de acuerdo al pasaje del niño de la horizontalidad a la verticalidad; así se describe la función del sostén de pecho, brazo y mano, lo cual lleva al niño a su autonomía.

Los cuidados, que se desarrollan alrededor del cuerpo del niño, poseen una implicación corporal del adulto, desde el contacto y la voz como aspecto corporal del lenguaje.

Betthelheim, habla de una interacción, de una comunicación que tiene sus comienzos en la lactancia. Pone énfasis en ésta relación, refiriendo que la lactancia condiciona la formación de relaciones personales.

En la relación alimentaria existente entre la madre y el niño, se observa que el niño es activo, y es la madre quien lo va guiando, desde el

amamantamiento, en el juego con sus manos en la comida, el vaso, la cuchara, el tenedor, en el momento de su higiene personal, el aprendizaje del control esfinteriano, etc., hacia su independencia, ingresando así a la cultura. Plantea que el niño, se comunica con su llanto, gorjeos, sonrisa, etc., siendo el efecto de estas acciones, experiencias que lo socializan y humanizan en interacción con los otros.

Dolto afirma, que desde el origen, el niño es un ser de comunicación y luego continúa siendo un ser del lenguaje.

La organización del lenguaje se origina en la relación inicial madre-bebé, debido a la incapacidad del niño de vivir solo.

La madre y el padre, representan la célula de referencia simbólica para el niño y es su función asumir la triangulación, es por ésta, que el lenguaje simbólico se puede expresar y permite la estructuración del sujeto.

Es el deseo humano, el que lleva a la comunicación intrapsíquica con los mayores, siendo todo "*encuentro interhumano*", el que produce efecto de variación sensible en un organismo y modifica el hábito pre-existente, convirtiéndose así en significante.

El niño, al ser un sujeto de deseo y desear, aprende el lenguaje, la lengua de quienes lo educan.

El lenguaje, es utilizado por los padres para educar a sus hijos, dando acceso así, a la autonomía de su comportamiento, al respeto, a la responsabilidad de sus actos, a la adaptación de sus deseos a la sociedad y a la realidad.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

"... La estrategia de Atención Primaria de la Salud como clave para alcanzar la meta de Salud para todos, esto es, la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todos y cada uno de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación..."¹⁰

Esta definición, es la que según la *Declaración de Alma Ata*, define a la *Atención Primaria*. En nuestro país, esta meta representa un paso importante a alcanzar, recién alrededor del año 2003, se presentó un Plan Federal de Salud, donde se plantea un sistema de salud equitativo e integral a largo plazo y en donde la estrategia de Atención Primaria es la organizadora.

No es difícil pensar que dada la situación Argentina, caracterizada por gran porcentaje de desocupación, remuneraciones mal pagas, necesidades básicas insatisfechas, estrés producido por estas situaciones, etc. (que no se diferencia de los países latinoamericanos) sea cumplido en un muy largo plazo y/o tal vez solo quede en el intento.

Por otro lado, se sabe que esta medida es de suma importancia ya que por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en la Provincia de Buenos Aires es del 9,6 % de cada 1000 niños nacidos, y la mortalidad materna varía del 0,9% al 19,7%, solo tomando los datos publicados en el año 2003 en nuestra provincia, sin tener en cuenta al resto del país, que se cree debe poseer porcentajes similares o mayores.

¹⁰ "A su salud" Atención Primaria de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Publicado por la representación de la OMS/OPS en Argentina. Entrevista editorial. Publicaciones Noticia. N° 8. Agosto-Septiembre Año 2004.

Se sabe que, si éstas políticas de salud pudieran emplearse con atención adecuada, podrían haberse evitado estas muertes.

Según el Dr. Sotelo, Juan M., representante de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud en la Argentina, en una entrevista realizada por la revista de la Organización Panamericana de Salud, el concepto de : *"Salud para todos"*, no se cumplió por la dificultad en la incorporación del concepto, Él planteó en la misma, que hubo dos concepciones: una, que la entendió como un nivel de atención, y otra, como una estrategia transformadora que actuaría en el nivel de atención en que se la sitúe. Sumado a esto, el decaimiento económico.

Además de ésta dificultad, en la actualidad se encuentran otras, como ser: los obstáculos para trabajar de manera intersectorial y la participación débil de la comunidad.

La coordinación de los diferentes sectores y de los componentes de la comunidad, es muy difícil.

El sector sanitario, se ha podido articular con el del medio ambiente, pero quedan por hacerlo la educación, el trabajo, alimentación etc., sectores que forman parte de la vida de un individuo con Salud.

Pero más allá de todas estas dificultades y realidades, la Declaración de Alma Ata, aún sigue vigente y se habla de un *"Pacto Social por la Salud"*; éste implicaría apoyo para una Atención Primaria de Salud renovada, en donde las ideas se debatan y recojan el sentir de la población en su conjunto, así incluirían distintos estratos de la comunidad: Organizaciones No Gubernamentales, Organizaciones Comunitarias, Asociaciones Profesionales, Sector Privado y Público, Gobiernos.

Porqué incluir estos sectores?, porque se considera a la Salud un concepto más amplio, que tiene que ver con derechos y deberes, con comportamientos

individuales y sociales; según la nueva concepción del concepto de la Organización Mundial de la Salud, se entiende a ésta como la capacidad de un individuo o grupo para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, por un lado, y por el otro, poder cambiar y adaptarse al medio ambiente.

ATENCIÓN AMBULATORIA

En los países con ingresos más bajos, éste tipo de atención contribuye a mejorar la salud y representa la mayor parte de la carga económica de los actuales sistemas de atención.

El término "*Atención de Salud Ambulatoria*", se refiere a los individuos y organizaciones que dispensan servicios de salud personal en régimen extrahospitalario.

Éstos comprenden tanto servicios de primer contacto como algunos de seguimiento, especializados, al igual que tareas asistenciales que no siempre forman parte de los servicios básicos o fundamentales.

La atención ambulatoria, como se dijo, contribuye en:

- El nivel y distribución de los resultados en la población.
- El nivel y distribución de la carga económica de la Atención de Salud.
- La satisfacción de la población.

EQUIPO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El equipo multidisciplinario es el pilar organizativo de la Atención Primaria de Salud.

Zurro y Pérez, definen al equipo como: *"... la estructura organizativa y funcional constituida por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan de forma continuada y compartida las actividades de las Atenciones Primarias de Salud en el seno de una comunidad determinada..."*¹¹

En *"Guía para la gestión de la Atención Primaria de Salud"*, se considera al equipo como un grupo de personas que comparten una meta y un objetivo en común, que son determinados por las necesidades de la comunidad, al logro de los cuales contribuye cada integrante del equipo y en coordinación con las funciones de los otros.

Entonces, el equipo se ajusta a las necesidades y características de la comunidad que atiende.

Igualmente, se sabe que no solo éstos factores determinan los miembros del equipo, también influye la situación económica y política, la infraestructura de cada país (ciudad), disponibilidad de profesionales, estructura poblacional, etc.

El equipo posee diferentes funciones que hacen y/o favorecen a la salud individual y colectiva de la población como lo son: la Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Asistencia, Rehabilitación, Funcionamiento Interno y Soporte, que se refiere a las sesiones y reuniones, Formación Continua, Docencia, Investigación y Control.

¹¹ "Manual de Atención Primaria de la Salud". Cap. 1. Organización y pautas de actuación en consulta. ED. Doyma. 1986.

Todas éstas, se llevan a cabo dentro de los tres niveles de prevención. En el Nivel Primario, se realiza la protección y promoción de la salud; en el Nivel Secundario el diagnóstico y tratamiento precoz; y en el Nivel Terciario, se busca evitar complicaciones y secuelas irreversibles o detener el avance en caso de que se haya instalado la patología.

ATENCIÓN PRIMARIA EN POBLACIÓN MATERNO- INFANTIL

La Atención Primaria es el primer contacto entre la población y el sistema de salud.

Es de importancia que el o los profesionales de la salud puedan dar su asistencia con énfasis en la prevención, escuchando a los padres en la entrevista y examen del niño con instrumentos adecuados con facilidad, para las interconsultas, trabajando interdisciplinariamente.

Los profesionales que trabajan con esta población deben reconocer oportunamente los riesgos, déficit, derivar a especialistas, recibir contrarreferencia, realizar intervenciones o tratamientos, contactar otras instituciones para favorecer la integración del niño a la sociedad, su escolaridad y su aprendizaje. Es decir, el profesional, ocupa un lugar importante en la promoción del desarrollo del niño, en la prevención de sus trastornos, en su detección oportuna y asistencia.

En la Atención Primaria de Salud, el profesional que trabaja en la primera infancia, lleva a cabo funciones para el seguimiento del desarrollo del niño; éstas son:

- *Evaluación del riesgo del niño y su familia de padecer problemas del desarrollo:* explorando y definiendo el riesgo, en líneas generales, las funciones motrices, del lenguaje y cognitivas se ven afectadas por factores biológicos y medioambientales.
- *Identificación de factores protectores:* que tienen que ver con movilizar los recursos propios del niño (nutrición, grado de comunicación con los padres, actitud activa, interés hacia el mundo, etc.); y los de la familia (fortaleza de la madre, función de la madre y del padre, nivel de alarma, existencia de otros familiares, etc.).
- *Promoción de un desarrollo positivo y prevención de problemas de desarrollo:* reforzando el vínculo madre-hijo, siendo éste uno de los más importantes, ya que posee efectos multiplicadores, cambios ambientales en el hogar, capacitación de recursos humanos de la salud, cambios estructurales en las políticas de salud. En prevención, identificación y acciones en población en riesgo; en trastornos del desarrollo: identificación y tratamiento oportuno; en trastornos del comportamiento o déficit de atención, implementación de estrategias para una mejor adaptación al medio social.
- *Vigilancia del desarrollo y detección oportuna de sus trastornos:* se refiere al monitoreo en el desarrollo del niño, si éste se considera presuntamente sano, el profesional lo irá evaluando en las consultas. Si se considera de riesgo, se irá evaluando de manera periódica y sistemática, con instrumentos formales.

- Definición del problema de desarrollo detectado: ante una duda de retraso madurativo, se deben evaluar las áreas del desarrollo, para ver si se encuentra una/s áreas del desarrollo afectadas, y ver las posibles alternativas: variante normal del desarrollo; verdadero retraso, asociado a una enfermedad crónica; retraso debido a falta de estímulo medioambiental; eclosión de un síndrome autista; manifestación de una enfermedad orgánica no progresiva; etc.

- Elaboración de una lista de necesidades: puede incluir necesidades diagnósticas, terapéuticas, plan de interconsultas y derivación.

- Coordinación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos: en éste nivel el nexo entre los diferentes especialistas debería ser la familia ya que brindaría mayor contención a la misma y al niño, y los tratamientos se cumplirían; asimismo, los profesionales deben trabajar de manera interdisciplinaria.

- Seguimiento y continencia del niño y su familia: el profesional debe encontrarse alerta de nuevos métodos de tratamiento, ya que los problemas sociales y necesidades psicológicas nuevas se plantean continuamente.

Estas tareas, son llevadas en toda Institución que trabaje en Atención Primaria de Salud, como lo es el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, en sus diferentes programas, y específicamente en el Programa "Control del Niño Sano", cuyo equipo se encuentra conformado por: un Asistente Social, una Enfermera, tres

Pediatras, y una Terapista Ocupacional.

TERAPIA OCUPACIONAL EN POBLACIÓN MATERNAINFANTIL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El abordaje en la población materno-infantil, posee sustentos teóricos, pero más allá de la teoría, el abordaje es sobre todas las cosas *"práctico"*. Esto quiere decir que se trabaja con lo cotidiano.

El abordaje comienza con la entrevista a los padres y con la evaluación del niño, para luego, arribar a un diagnóstico.

Para poder realizar un abordaje, es imprescindible el trabajo con los padres, *porqué?*, porque si se recuerda a Winnicott, Él sostiene que es necesario proveer al niño de un ambiente que facilite y promueva el desarrollo emocional del mismo; y lo que se intenta desde Terapia Ocupacional, es acompañar a la familia, para que sean ellos, quienes acompañen al niño en el proceso de desarrollo. Es decir que, el Terapista cumple el rol de facilitador, su objetivo central será el dar la posibilidad de desarrollo de capacidades para un posterior desarrollo emocional y que éste sea la base de la Salud Mental en la vida de un individuo.

El Terapista Ocupacional dentro del marco de la Atención Primaria de Salud, y en función de sus incumbencias, se vale de su rol y su sustento para llevar a cabo acciones en los tres niveles de prevención.

En lo que respecta a la Prevención Primaria, y Promoción de la Salud, el Terapista Ocupacional, en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo

Etcheverry de Maternidad e Infancia, realiza el taller de "*Educación para la Salud*", destinado a padres, para que éstos puedan recibir información acerca del desarrollo de su hijo, y por otro lado, para que se detecten posibles situaciones de riesgo.

En Prevención Secundaria, una de las acciones que se realizan es la detección precoz, a través de Técnicas de Screening para estar alerta a determinados signos de alarma, ya que en los dos primeros años de vida, el niño recibe diferentes oportunidades de aprendizaje a través de la vivencia. Debe adquirir la marcha, el lenguaje, sentimientos sobre sí mismo, representaciones mentales, control de emociones, autonomía, etc.

Estos signos de alarma observados por el profesional, incluyen:

- Capacidad de autocontención del niño, que es expresada por aquellos recursos con los que cuente; observándose en las reacciones corporales, como inmovilización, movimientos desorganizados, etc.
- Calidad del movimiento: rítmico, hiperactivo, con movimientos anticipatorios, etc.
- Llanto: si es por irritación, cansancio, dolor, soledad, etc.
- Mirada: si es explorativa, de evitación, periférica, etc.
- Puntos de concentración o unificación: el niño centra su atención en una luz, en una parte del cuerpo.

- **Sonrisa:** si es bizarra, vacía.

- **Tono muscular:** hiper-hipotonía, relajado.

- **Motricidad:** se observan las pautas madurativas.

- **Lenguaje:** comunicativo o no, si es acorde o no a su edad cronológica.

- **Juego.**

Alrededor de los dos años, se puede observar, agresividad contra otros, ausencia de lenguaje o inadecuación, ausencia de la marcha, o una marcha particular, preocupación obsesiva por la sexualidad (masturbación compulsiva), angustia de separación (simbiosis patológica).

Una disarmonía, representa el riesgo de un retraso o la instalación de un trastorno del desarrollo.

Por ello, la importancia en la detección temprana de estos signos de alarma, que permiten luego diagnosticar retrasos madurativos globales, enlentecimiento en la adquisición de pautas, deterioro de funciones ya adquiridas, detección de patologías del Sistema Nervioso Central, desfasaje en un área en particular, trastornos psicossomáticos, del desarrollo, hipoestimulación ambiental, etc.

A partir del diagnóstico, se intenta realizar el tratamiento oportuno, para desbloquear la situación conflictiva.

Resumiendo, es de suma importancia la detección de los signos de alarma, y es función del Terapeuta Ocupacional, ver, señalar y tratarlos (tarea que se

desarrolla en el Programa "*Control del Niño Sano*"), ya que de no ser tratados, se podrían observar posteriormente las consecuencias en la escolaridad del niño, en su vida social, momentos en donde se ponen a prueba las capacidades adquiridas, y todos sus vínculos.

TÉCNICAS DE SCREENING EN TERAPIA OCUPACIONAL

Las *Técnicas de Screening*, son instrumentos de evaluación del desarrollo del niño, que se utilizan para tamizar, diferenciar a aquellos niños normales de los que poseen posibles anomalías en el desarrollo.

Los Test de pesquisa permiten detectar individuos probablemente enfermos en una población presuntamente sana. Las pruebas utilizadas son de fácil aplicación, factibles de puntuar e interpretar y útiles para administrar en el niño mismo. No se encuentran diseñados para determinar el tipo y grado de retraso.

Se pueden encontrar diferentes Test, como ser el de DENVER (revisado por Frankenburg), TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor de 2 a 5 años, de Haeussler, I. y Marchenr, O.), PRUNAPE (Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo Psicomotor en niños menores de 6 años, de Lejarraga, H. y Pascucci).

En Terapia Ocupacional, en el Programa "*Control del niño sano*" para llevar a cabo el Screening de dos años, se utiliza como instrumento la "*Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses*", cuyos autores son Rodríguez, Arancibia y Undurraga. Esta escala es uno de los instrumentos

más representativos de evaluación del nivel de desarrollo de funciones psicológicas, permite evaluar las condiciones de entrada de los niños a programas de intervención, los que al modificar las condiciones deficitarias ayudan al niño a alcanzar un nivel de desarrollo esperable para su edad cronológica, por ello es que esta escala evalúa objetivamente, siendo válida y confiable.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0 A 24 MESES:

Ésta escala, está conformada por cuatro áreas de funcionamiento específicas e independientes, distinguiéndose como:

- ÁREA MOTORA: corresponde la motilidad gruesa, coordinación corporal general y específica.
- ÁREA DEL LENGUAJE: incluye el verbal y no verbal: vocalizaciones, comprensión, emisión.
- ÁREA SOCIAL: habilidad del niño para reaccionar frente a personas y aprender por medio de la imitación.
- ÁREA DE COORDINACIÓN: comprende las reacciones del niño que requieren la coordinación de funciones. Incluye también el esquema corporal.

Se observa al niño en diferentes situaciones provocadas por el examinador. La Escala consta de 75 ítems, cinco para cada edad, la puntuación admite solo dos posibilidades: éxito o fracaso, se consideran quince grupos de edad entre los 0 y 24 meses, por ser las edades representativas en cuanto a los nuevos logros que tienen lugar en el desarrollo psicomotor.

Se realizan preguntas a la madre o acompañante del niño sobre todas aquellas conductas que no son posibles de observar directamente en el transcurso de la evaluación.

Se determina una *RAZÓN* entre la edad mental y cronológica del niño, la conversión de ésta razón a puntaje estándar es el *COEFICIENTE DE DESARROLLO*. A su vez se determina el *PERFÍL DE DESARROLLO PSICOMOTOR* que permite advertir el rendimiento del niño en las áreas valoradas. El *GRÁFICO DE DESARROLLO PSICOMOTOR* posibilita de forma rápida visualizar éste rendimiento.

Materiales requeridos para su administración:

➤ BATERIA DE PRUEBA:

Consta de los siguientes once elementos:

- 1 campanilla de metal.
- 1 argolla roja de 12 cm. de diámetro con cordel de 50 cm.
- 1 cuchara de plástico de 19 cm. de largo de color vivo.
- 10 cubos rojos de madera de 2.5 cm. por lado.
- 1 pastilla rosada poli vitamínica.
- 1 pañal.

- 1 botella entre 4 y 4 $\frac{1}{2}$ cm. de alto y 2 cm. de diámetro.
- 1 hoja de papel oficio sin líneas.
- 1 lápiz de cera.
- 1 palo de 41 cm. de largo y 1 cm. de diámetro.
- 1 dibujo de una muñeca.

➤ MANUAL DE ADMINISTRACIÓN:

Contiene las instrucciones específicas para cada uno de los 75 ítems, donde se detalla la edad (mes a que corresponde el ítem), número de ítem, ítem (descripción de la tarea a realizar), ubicación del niño, administración (específica de la actividad a realizar e indicación del crédito a otorgar) y el material (elemento necesario para llevar a cabo la prueba).

➤ HOJA DE REGISTRO O PROTOCOLO:

Contiene respuestas del niño para cada ítem. Contiene la edad del niño, ítem, puntaje, ponderación y observación distribuido en cinco columnas colocadas en sentido vertical.

Para poder interpretar los datos, tomando como referencia la hoja de registro, previamente se debe conocer:

✓ Edad cronológica:

- En días: multiplicando los meses que tiene el niño por treinta, esto será de utilidad para poder determinar el rendimiento del niño en la prueba.

- En meses: se considera por ejemplo un niño de veintiún meses, desde que tiene veinte meses y dieciséis días hasta que tiene veintidós meses y quince días. Este rango de quince días es válido para todos los meses, lo cual posibilitará determinar el mes de iniciación de la prueba, y la tabla de conversión de puntajes que debe utilizarse.

✓ Edad mental:

Es el puntaje que obtiene el niño en la prueba. El mes mayor en que el niño responde con éxito a los cinco ítems, es considerado el *MES BASE* y éste se multiplica por treinta. Luego a cada ítem respondido con éxito, se le da su puntaje adicional (ponderación), y se suma el puntaje del mes base al total de puntos adicionales obtenidos por los ítems respondidos exitosamente. La cifra resultante de la sumatoria corresponde a la edad mental del niño.

✓ Razón entre edad mental y edad cronológica:

Se debe dividir el puntaje obtenido por el niño en la prueba (edad mental), por la edad cronológica del niño (edad cronológica en días).

✓ Coefficiente de desarrollo:

Para obtenerlo hay que convertir la razón de edad mental y edad cronológica a puntaje estándar, para ello se debe buscar el mes correspondiente a la edad cronológica en meses del niño y determinar el estándar equivalente a la razón obtenida.

Esto permite interpretar la actuación del niño en términos de promedio y la

desviación estándar a su grupo etáreo, categorizándolo en:

- Coeficiente de desarrollo normal: cuando su desarrollo psicomotor está de acuerdo a lo esperado para su edad, para lo cuál debería obtener un coeficiente de desarrollo cercano al promedio (100) hasta una desviación estándar (85).

- Coeficiente de desarrollo en riesgo: cuando el niño obtiene un coeficiente entre una y dos desviaciones estándar bajo el promedio.

- Coeficiente de desarrollo de retraso: cuando el niño se ubica a más de dos desviaciones estándar (70).

Por lo tanto se considera del siguiente modo:

- Coeficiente de desarrollo mayor o igual a 85: **NORMAL**.
- Coeficiente de desarrollo entre 84 y 70: **RIESGO**.
- Coeficiente de desarrollo menor o igual a 69: **RETRASO**.

✓ Perfil de desarrollo psicomotor:

Advierte el rendimiento del niño en cada una de las áreas de desarrollo evaluadas y permite observar si existen desviaciones respecto a lo esperado a su edad cronológica. Indica en la parte superior y horizontal, la edad cronológica en meses en quince grupos y en el eje vertical, se hallan las cuatro áreas del desarrollo.

✓ Gráfico de desarrollo psicomotor:

Proporciona de un modo visible la suma del puntaje obtenido en la prueba y la edad tanto cronológica como mental del niño al momento de la evaluación. El mismo consta de un eje vertical, donde se coloca la edad cronológica en días (con intervalos de 6 desde 0 a 720 puntos) y un eje horizontal donde se coloca la edad mental (con idénticos intervalos y puntaje). Éste permite interpretar la actuación del niño en términos del promedio y de la desviación estándar de su grupo de edad. Luego de marcados los puntajes se dibuja una línea curva en el gráfico. La curva superior, corresponde al rendimiento promedio de cada edad, la intermedia, indica el rendimiento a una desviación estándar del promedio y la inferior, corresponde a dos desviaciones estándar bajo promedio. La interpretación sería la siguiente:

- Rendimiento sobre la línea intermedia: **NORMAL.**
- Rendimiento entre la curva intermedia e inferior: **RIESGO.**
- Rendimiento por debajo de la curva inferior: **RETRASO.**

Esta interpretación se utiliza para aquellos niños menores de dieciocho meses, porque a partir de ésta edad, se toman en cuenta los promedios y desviaciones del nivel socioeconómico medio alto.

Entonces la interpretación del gráfico pasaría a ser:

- Rendimiento sobre curva intermedia: **NORMALIDAD.**
- Rendimiento entre curva intermedia e inferior: **DE RIESGO.**
- Rendimiento bajo la curva inferior: **DE RETRASO.**

✓ Tablas de puntaje:

Para convertir el resultado de la prueba estándar y obtener así el coeficiente de desarrollo.

Complementariamente, el Terapeuta Ocupacional realiza la observación del vínculo y la entrevista a los padres o quien lleve al niño al control; en la misma se indaga sobre los diferentes hábitos:

- Alimentación: lactancia materna; uso de mamadera; de chupete, de vaso, cuchara, etc.
- Sueño: colecho (¿con quien?), cohabitación (¿con quien?), cantidad de horas, rutinas a la hora de dormir, etc.
- Higiene: baño, frecuencia, control de esfínteres, etc.
- Actividad lúdica-recreativa: paseos, descripción de juegos, etc.

De esta manera, se detectan aquellos hábitos inadecuados que puedan también, influir negativamente en el desarrollo del niño.

CONCEPTOS DE RIESGO-RETRASO

Al nombrar el término "*Riesgo*", se está definiendo a la posibilidad de un individuo de padecer un problema en su salud. Osea que, si es probable, no todos pueden presentar un problema, entonces, este concepto se refiere a algo individual; y es individual en el sentido de que este individuo necesita una atención diferente.

Otro enfoque, refiere que el riesgo puede pertenecer a una determinada comunidad, y aquí, cada Centro de Atención, debe definir con estudios locales sus escalas de riesgo, conociendo así la realidad local.

Igualmente, los profesionales que trabajan con la población infantil, deben evaluar este riesgo y definirlo; el mismo se puede definir en tres categorías:

➤ RIESGO MEDIOAMBIENTAL:

Los factores de este riesgo varían de acuerdo a cada país.

El término "*factor*", se refiere a las características que por su presencia aumentan la probabilidad de padecer un daño.

Estos factores definen a la población de riesgo; pero hay factores que se encuentran repetidamente:

- Bajo nivel socioeconómico
- Bajo nivel de educación materna
- Bajo nivel de interacción entre los padres y sus hijos y bajo nivel de estimulación en el hogar.
- Madre adolescente

- Familia disgregada, padres ausentes, enfermedad mental, etc.
- Falta de acceso a servicios de salud y redes de protección social
- Eventos familiares estresantes

➤ RIESGO BIOLÓGICO:

Esta categoría incluye la exposición a eventos nocivos de la etapa prenatal y postnatal, sus factores son:

- Bajo peso al nacer
- Exposición a toxinas fetales
- Asfixia al nacer
- Retardo del crecimiento
- Desnutrición
- Déficit sensorial

➤ RIESGO INSTALADO O ESTABLECIDO:

Son los niños con condiciones médicas o enfermedades etiológicas que afectan al desarrollo psicomotor, como ser: malformación congénita, síndromes genéticos, etc.

Ahora bien, "... cuando se habla de retraso, se puede hablar también de retardo ya que son sinónimos, y significan "ir atrás", tienen que ver con una lentitud en la adquisición de los hitos del desarrollo..."¹². En este caso, no se observa una anomalía, como lo serían los términos de alteración o trastorno, sino que los hitos no se cumplen de la manera esperada. El

¹² Lejarraga, H. "Desarrollo en Contexto" Editorial Paidós. Tramas Sociales. Año 2004

retraso se puede dar en una o dos áreas del desarrollo, pero también se puede dar en dos o más áreas y aquí ya se estaría hablando de un "*retraso global*", en donde el niño se comporta como más pequeño a su edad cronológica.

La denominación de "*retraso del desarrollo*", es utilizada como un diagnóstico temporario, hasta confirmar el diagnóstico de retardo mental a través de pruebas formales, en niños menores a cinco años.

Por último, si se hace referencia a los conceptos anteriormente explicados, también se debe nombrar lo "*normal*", entendiéndolo como conductas o comportamientos que realiza el niño dentro de aquellos hitos del desarrollo esperables a una edad determinada.

BIBLIOGRAFÍA:

- ✓ *"A su salud". Atención Primaria de la Salud. Organización Panamericana de la Salud N° 8. Entrevista/editorial. Agosto-Sep. 2004.*

- ✓ *"Abordaje de los Problemas de Salud Mental desde Atención Primaria". Relación con los Servicios de apoyo especializados. Atención Primaria. Vol. 28. N° 1, 15 de Junio del 2001.*

- ✓ *Arellano, V, Celesia, M., "La importancia de la valoración del desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional en los niños de 3 y 6 meses de edad que concurren al "Control del niño sano" en el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata". Tesis de grado. UNMdP. 2002*

- ✓ *Bettelheim, B., "La fortaleza vacía". ED. Laia. Barcelona 1967.*

- ✓ *Bobath, K., "Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral". Segunda Edición. ED. Panamericana 1982*

- ✓ *"Boletín de la Organización Mundial de la Salud". La Revista Internacional de Salud Pública. Recopilación de artículos N° 3. Año 2000.*

- ✓ Calmels, Daniel, *"El cuerpo cuenta. La presencia del cuerpo en las versificaciones, narrativas y lecturas de crianza"* ED. Cooperativa El Farol. Año 2004.
- ✓ Calmels, Daniel, *"Del sostén a la transgresión. El cuerpo en la crianza"* 1º edición, ED. Novedades educativas. Año 2001.
- ✓ Chiappini, C.; Rodríguez de Miyares. *"Observación de lactantes". Signos de alarma en el primer año de vida. Autismo Precoz. Detección y tratamiento.*
- ✓ Chokler, M., *"Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa"*, ED. Cinco. Diciembre 1998.
- ✓ Estivill, E. y de Béjar, S.; *"Duérmete niño"*, ED. De bolsillo. 5º edición, Argentina, 2005.
- ✓ Freud, S., *"Obras completas"*. Tomo IV. ED. Biblioteca Nueva.
- ✓ Gassier, J., *"Manual del Desarrollo Psicomotor del Niño. Las etapas de la socialización. Los grandes aprendizajes. La creatividad"*. ED. Doray-Masson.
- ✓ Gessell, A., *"El niño de 1 a 5 años"*. Capítulos N° 3 y N° 4. ED. Paidós, Buenos aires, 1979.
- ✓ Giberti, E., *"Escuela para padres. Los chicos del tercer milenio"*. Pág. /12. Rev. N° 9, 8 y 15.

- ✓ Golder, Mario, *"Angustia por la utopía"*, 1º edición. ED. Ateneo Vigostkiano de la Argentina, Año 2002.
- ✓ Guías de Salud N° 1. *"El bebe"*. UNICEF Argentina. Sociedad Argentina de Pediatría. Año 2001.
- ✓ *"Guía para la gestión de la Atención Primaria de la Salud"*. Organización Panamericana de Salud. Año 1997.
- ✓ Hochman, *"Hacia una Psiquiatría comunitaria"*. ED Amorrrotu. 1971.
- ✓ *Incumbencias Profesionales correspondientes al título de Licenciatura en Terapia Ocupacional* que otorga la Universidad Nacional de Mar del Plata. Anexo. Resolución N° 147.
- ✓ Jenik, Alejandro, División de Neonatología del Departamento de pediatría Hospital Italiano de Buenos Aires. Artículo especial: *"Colecho y Síndrome de Muerte Súbita del Lactante: una relación conflictiva"*.
- ✓ Jerusalinsky y col., *"Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil"*. ED. Nueva Visión. Bs. As. 1988.
- ✓ Koupernik, C., *"Desarrollo psicomotor de la primera infancia"*. ED. Paideia. 1968
- ✓ *"Lactancia Materna Hoy"*. Boletín Informativo. Publicación semestral. Dic. 1998. Vol. N° 2.

- ✓ Lejarraga y col., *"Guías para la evaluación del desarrollo del niño menores de 6 años. Servicio de crecimiento y desarrollo"*. Hospital Garrahan. Bs. As. 1996.
- ✓ Lejarraga, H., *"Desarrollo del niño en contexto"*. Editorial Paidós. Primera edición. Año 2004.
- ✓ Medellín, G; Tascon, E., *"Crecimiento y desarrollo del ser humano"*. Atención Primaria en Salud. Tomo 1. Organización Panamericana de la Salud. 1995.
- ✓ Meredith, F. Small., *"Dormir razonablemente. Nuestros hijos y nosotros"*. Javier Vergara Editor. Año 1999.
- ✓ Myers, R., *"Los doce que sobreviven"*. OPS-OMS. Año 1993.
- ✓ *"Prevención de los Trastornos de la Salud Mental desde la Atención Primaria de Salud"*. Atención Primaria. Vol. N° 4. Suplemento N° 1. Dic. 1999.
- ✓ Rodríguez, Arancibia, Undurraga, *"Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 24 meses"*. Segunda edición. ED Galdoc. Año 1979
- ✓ Sociedad Argentina de Pediatría. Secretaria de Educación Continua. Módulo N° 2 PRONAP. Año 1999.
- ✓ Sociedad Argentina de Pediatría. Secretaria de Educación Continua. Módulo N° 1. PRONAP. Año 2004.

- ✓ Soiffer, R., *"Psiquiatría infantil operativa"*. Tomo N° I. Psicología evolutiva. ED. Kargieman. Bs. As. Año 1988.

- ✓ Winnicott, *"Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional"*. ED. Paidós. Año 1993.

- ✓ Zurro, M; Carro Pérez; *"Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en consulta"*. ED. Doyma. Año 1986.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

PROBLEMA

¿Cuál es el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor, en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica, valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo comprendido entre los meses de Marzo del 2004 y Mayo del 2005?

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica valorados en los Screening de Terapia Ocupacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Categorizar el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica que se encuentran en situación acorde, de riesgo o de retraso.
- Describir cada una de las áreas del desarrollo psicomotor que se encuentren en categoría de riesgo o retraso.
- Describir hábitos inadecuados en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica.

TIPO DE ESTUDIO

Fue *DESCRIPTIVO* porque posibilitó determinar cual es el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor, ya que se midió y describió datos sobre el mismo, independientemente del rendimiento global, en niños de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica que fueron valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la Ciudad de Mar del Plata en el período comprendido entre los meses de Marzo del 2004 y Mayo del 2005.

TIPO DE DISEÑO

Fue *NO EXPERIMENTAL*, ya que la variable a investigar no fue manipulada ni controlada, sino que se la estudió tal como se presenta. Por su dimensión temporal, fue de corte *TRANSVERSAL RETROSPECTIVO*, los datos que se utilizaron fueron registrados en un tiempo único, anterior a la presente investigación.

TIPO DE ENFOQUE

Fue *CUANTITATIVO*, porque los datos fueron registrados objetivamente y medidos en forma controlada a través de la *Escala de Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses* desarrollada por Rodríguez, Arancibia y Undurraga, la cuál es utilizada como una técnica de recolección de datos con la finalidad de confirmar resultados que fueron analizados estadísticamente posibilitando así generalizar los mismos.

CUANTITATIVO.

POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por 96 niños de veinticuatro meses de edad cronológica que fueron valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la Ciudad de Mar del Plata durante el período comprendido entre Marzo 2004 y Mayo 2005.

MUESTRA

Dado los criterios de exclusión considerados en ésta investigación la muestra estuvo compuesta por 74 niños de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica que fueron valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la Ciudad de Mar del Plata durante el período comprendido entre Marzo 2004 y Mayo 2005.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los niños de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica que fueron valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la Ciudad de Mar del Plata durante el período

comprendido entre Marzo 2004 y Mayo 2005.

CRITÉRIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

➤ CRITÉRIOS DE INCLUSIÓN:

- Todos los niños de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica que fueron valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la Ciudad de Mar del Plata durante el período comprendido entre Marzo 2004 y Mayo 2005.

➤ CRITÉRIOS DE EXCLUSIÓN:

- Niños mayores y menores de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica que fueron valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la Ciudad de Mar del Plata durante el período comprendido entre Marzo 2004 y Mayo 2005.
- Niños de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica, que fueron valorados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional fuera del período comprendido entre los meses de Marzo del 2004 y Mayo del 2005.

- Niños de veinticuatro meses y dos días, con patología orgánica asociada.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

➤ RECOPIACIÓN DOCUMENTAL:

De las Historias Clínicas, de niños que fueron valorados a través de la *"Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses"* de Rodríguez, Arancibia, Undurraga¹³, en los Screening en Terapia Ocupacional en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia en el período comprendido entre los meses de Marzo del 2004 y Mayo del 2005. De las mismas se tendrán en cuenta el rendimiento psicomotor de los niños de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica y los informes de entrevistas semiestructuradas realizadas por la Licenciada en Terapia Ocupacional a los padres de los niños donde constan datos actuales acerca de hábitos de alimentación, sueño, higiene, y lúdico recreativos.

➤ ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

Realizada a los todos los profesionales que forman parte del Programa *"Control del Niño Sano"* (tres Médicos Pediatras, un Asistente Social, un

Licenciada en Terapia Ocupacional y una Enfermera) en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la Ciudad de Mar del Plata, con el fin de recabar información acerca de:

- ✓ Cantidad de niños que participan del programa
- ✓ Características socioeconómicas y culturales de las familias
- ✓ Confiabilidad del instrumento de Screening y seguimiento de los casos
- ✓ Percepción que poseen en relación al rendimiento de las áreas de desarrollo

ANÁLISIS DE DATOS:

Luego de realizada la Recopilación Documental de las Historias Clínicas y las Entrevistas Semiestructuradas a los profesionales que componen el equipo interdisciplinario, se desarrolló el análisis e interpretación correspondiente de los datos. Dado el tipo de investigación se realizó un *ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO*, mediante tablas y representación gráfica del rendimiento psicomotor en cada una de las áreas del desarrollo de niños de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica para poder objetiva y sistemáticamente cuantificar los datos en las categorías acorde, riesgo y retraso. Conjuntamente se realizó una *DESCRIPCIÓN* de los hábitos de alimentación, higiene, sueño y actividad lúdico-recreativa para poder

¹³ Rodríguez, Arancibia, Undurraga, "Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 4 meses". ED Galdoc.

detectar aquellos hábitos inadecuados que inciden desfavorablemente en el desarrollo psicomotor de estos niños.

VARIABLE DE ESTUDIO:

Rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor en niños de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE:

Resultado de conductas adquiridas por el niño en diferentes etapas evolutivas, en niveles de complejidad creciente, esperables para una edad cronológica y en cada una de las dimensiones: motora, lenguaje, social y coordinación.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE:

La demostración del niño de las conductas alcanzadas en su desarrollo psicomotor se valoran de la siguiente manera:

➤ 18 MESES:

- ✓ Lenguaje y Social: muestra sus zapatos.
- ✓ Motora: camina varios pasos hacia el lado y camina varios pasos hacia atrás.
- ✓ Coordinación: retira inmediatamente la pastilla de la botella y

atrae el cubo con un palo.

➤ 21 MESES:

✓ Lenguaje: nombra un objeto de los cuatro presentados, imita tres palabras en el momento del examen y dice al menos seis palabras.

✓ Lenguaje y social: usa palabras para comunicar deseos.

✓ Coordinación: construye una torre de tres cubos.

➤ 24 MESES:

✓ Motora: se para en un pie con ayuda.

✓ Lenguaje: nombra dos objetos de los cuatro presentados, apunta cuatro o más partes en el cuerpo de la muñeca.

✓ Social: ayuda en tareas simples.

✓ Coordinación: construye una torre con cinco cubos.

Esto permite interpretar la actuación del niño en términos de promedio y la desviación estándar a su grupo etáreo, categorizándolo en:

- Coficiente de desarrollo normal: cuando su desarrollo psicomotor está de acuerdo a lo esperado para su edad, para lo cual debería obtener un

coeficiente de desarrollo cercano al promedio (100) hasta una desviación estándar (85).

- Coeficiente de desarrollo en riesgo: cuando el niño obtiene un coeficiente entre una y dos desviaciones estándar bajo el promedio.

- Coeficiente de desarrollo de retraso: cuando el niño se ubica a más de dos desviaciones estándar (70).

Por lo tanto se considera del siguiente modo:

Coeficiente de desarrollo mayor o igual a 85: **NORMAL**.

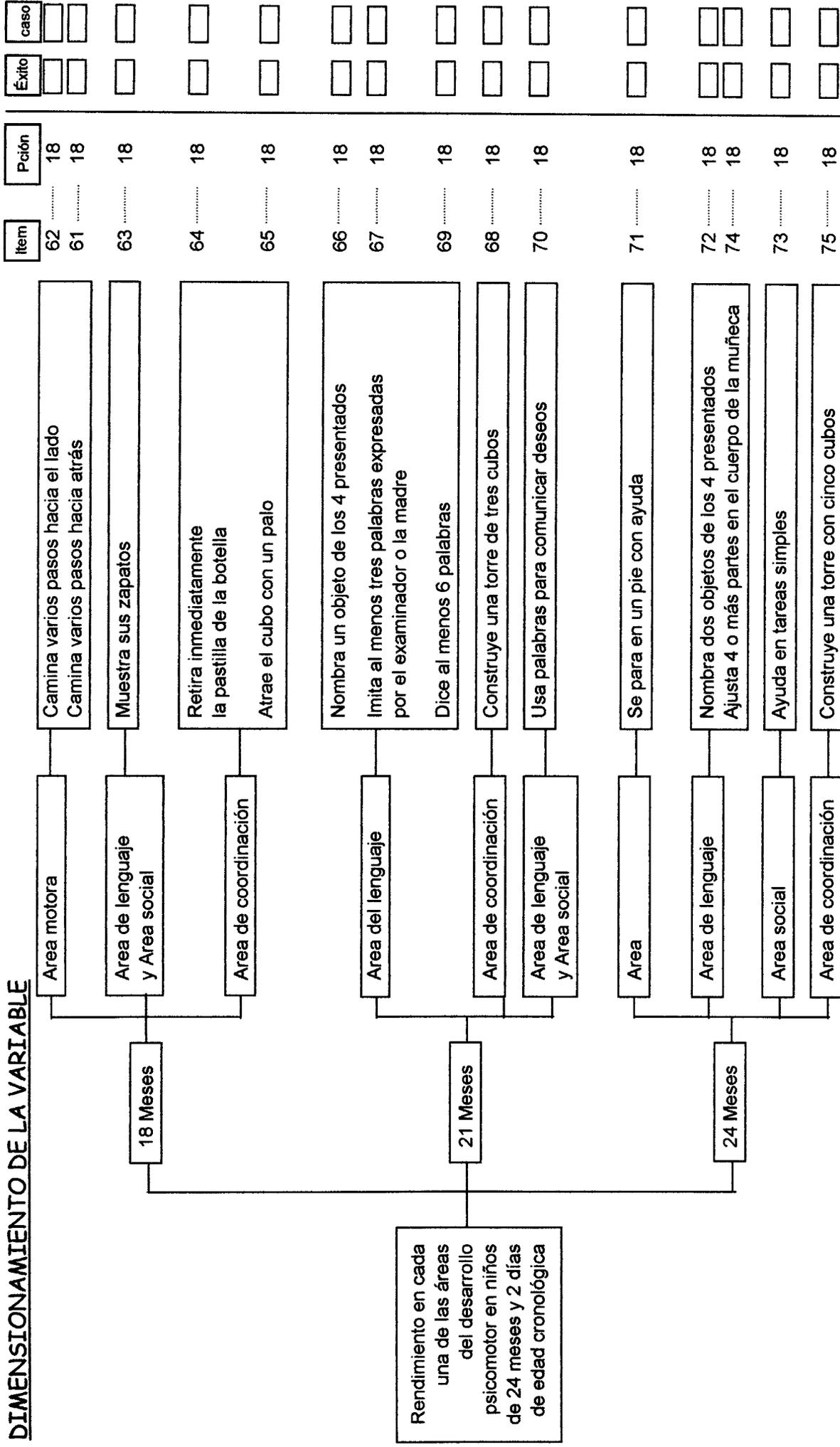
Coeficiente de desarrollo entre 84 y 70: **RIESGO**.

Coeficiente de desarrollo menor o igual a 69: **RETRASO**.

DIMENSIONAMIENTO

Fe de erratas: página nº 71 corresponde a página nº 91

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE



C.D. Mayor o igual a 85: Normal
 C.C. Entre 84 y 70: Riesgo
 C.D. Menor o igual a 69: Retraso

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Pineda, E.; col., *"Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de Salud"*. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Segunda edición. Año 1994.

- ✓ Polit y Hungler, *"Investigación científica en ciencias de la salud"*. Editorial Interamericana. Cuarta Edición.

- ✓ Sampieri, R.; Collado, C. Y Lucio, P.: *"Metodología de la investigación"*. Editorial Mc Graw Hill. Segunda edición. Año 2002

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CUALI-CUANTITATIVA
DE LOS DATOS

La descripción de los hábitos inadecuados se realizó a partir de la revisión de entrevistas registradas en las Historias Clínicas, realizadas por la Licenciada en Terapia Ocupacional a madres de niños de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica que concurrieron al Programa "Control del niño sano" en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry, durante el período comprendido entre los meses de Marzo de 2004 y Mayo de 2005.

Las entrevistas realizadas a las madres de los niños acerca de los hábitos de éstos, proporcionan los siguientes resultados:

- Hábitos de alimentación: el 51,35% de los niños presentó hábitos inadecuados, se halló que 26 niños (65%) persisten en el uso de mamadera, 7 (17,5%) continúan siendo amamantados y 7 (17,5%) continúan con el uso de chupete. El uso prolongado de la mamadera y el chupete, produce desventajas a la edad de los dos años porque impiden u obstaculizan la exploración del espacio y de los objetos, la adquisición del lenguaje y a su vez, porque pueden producir deformidades bucales óseas.

- Hábitos de sueño: el 50% de los niños, presentó conductas inadecuadas, en 13 (35,13%) niños se registró cohabitación con los padres y 24 (64,86%) duermen en colecho con los padres y/o hermanos. Esto es causado por conductas de apego excesivo y no por falta de espacio físico. Estas desorganizaciones producen en el niño: irritabilidad, bajo rendimiento diurno, conductas emocionales compulsivas, fracasos de atención, etc. lo cual obstaculiza el desarrollo psicoafectivo y psicomotor. No se registró alteración en

los períodos de sueño.

- Hábitos de higiene: no se hallaron hábitos inadecuados en cuanto a la higiene personal y en lo que respecta al control de esfínteres, poseen conductas esperadas a su edad cronológica.

- Hábitos lúdicos recreativos: no se hallaron conductas inadecuadas.

Para concluir, se destaca la presencia, a la edad de dos años, de conductas inadecuadas producto de la persistencia de los hábitos de alimentación y sueño, constituyéndose éstos, en factores de riesgo para el desarrollo integral de los niños, ya que están en íntima relación con su autonomía, el desarrollo y la adquisición del lenguaje.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

ÁREAS EN RIESGO Y RETRASO

La descripción de las áreas del desarrollo psicomotor surge a partir de la recopilación de resultados obtenidos de la evaluación de niños de dos años y dos días de edad cronológica, realizada por la Licenciada en Terapia Ocupacional del Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata, durante el período comprendido entre los meses de Marzo del 2004 y Mayo del 2005, quién ha realizado esta evaluación, utilizando como instrumento de pesquisa, la *"Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses"* de Rodríguez, Arancibia y Undurraga.

Esta escala posibilita la categorización del desarrollo psicomotor en *NORMAL*, cuando el niño obtiene un coeficiente de desarrollo psicomotor mayor o igual a 85 puntos, *RIESGO*, cuando el coeficiente obtenido es entre 84 y 70 puntos y *RETRASO*, cuando es menor o igual a 69 puntos.

Para poder realizar esta categorización, se tiene en cuenta el desarrollo integral del niño. Lejarraga, H., sostiene que el ser humano es el resultado de tres factores, el programa genético (genoma humano), el medio ambiente (factores que interactúan con el genoma humano desde el comienzo de la vida) y la interacción entre ambos, la cuál es bidireccional y dónde uno de los factores modifica la expresión del otro y viceversa, a través del tiempo, implicando cambios entre ellos. De este modo se produce un organismo único e integrado.

El desarrollo del niño se puede ver como *"...el producto de la interacción dinámica y continúa entre el niño, la experiencia provista por su familia y el contexto social..."*¹⁴

¹⁴ Lejarraga, H. "Desarrollo en Contexto" Editorial Paidós. Tramas Sociales. Año 2004

Por ello esta escala posibilita evaluar el desarrollo integral en áreas (Motora, Lenguaje, Coordinación y social) para luego realizar la categorización correspondiente y detectar si un niño presenta un desarrollo normal o se encuentra en riesgo o retraso.

A partir del análisis de las evaluaciones de la muestra poblacional, no se evidenciaron casos con desarrollo global afectado.

De 74 niños evaluados (100%), 9 niños (6,66%) se hallaron en la categoría de riesgo: 7 niños (9%) en el área del lenguaje y 2 (3%) niños en el área de coordinación, 35 niños (25,9%) en la categoría de retraso: 1 (1%) niño en el área motora, 2 (3%) niños en el área de coordinación, 5 (7%) niños en el área social y 27 (36%) niños en el área del lenguaje.

Se detectó en solo un niño, signos de alarma: desconexión con el medio circundante, los objetos y los padres, evitación de la mirada, ausencia de comunicación e interacción en el juego.

Como se mencionó anteriormente, las conductas inadecuadas a la edad que se observaron en los hábitos de sueño (colecto y cohabitación con los padres y/o hermanos) y en los hábitos de alimentación (lactancia materna más allá del tiempo indicado y en períodos innecesarios, uso prolongado de mamadera y chupete), y la dificultad en la puesta de límites permiten inferir, la influencia negativa que éstos ejercen sobre el desarrollo psicomotor global de los niños.

Se pudo registrar que los casos de retardo del lenguaje se deben generalmente a una sobreutilización o utilización exacerbada del lenguaje no verbal por parte del niño, en donde el padre decodifica y facilita la respuesta al mismo, con lo cuál se afecta el área del lenguaje expresivo y social.

En las áreas, motora y de coordinación, los casos que presentaron retraso,

podrían deberse a la influencia de factores de tipo medioambiental.

Según las entrevistas realizadas a los profesionales el equipo de salud del Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, analizadas según la técnica cualitativa: ANÁLISIS TEMÁTICO se arriba a que todas las áreas del desarrollo psicomotor, especialmente la del lenguaje, se ven afectadas por factores que propician un ambiente pobre en estímulos, en donde existen carencias nutricionales y necesidades básicas insatisfechas, producto de condiciones socioeconómicas bajas, bajo nivel de educación materna, bajo nivel de interacción familiar y de estimulación en el hogar, madres adolescentes, padres ausentes o familias disgregadas, eventos familiares estresantes y falta de límites.

En el primer nivel de atención el agente de salud debería poner énfasis en la búsqueda de la etiología y categorizar el problema, ya que de ello surgirá el tratamiento o la intervención más eficaz.

ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS DATOS

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS CUANTITATIVO E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

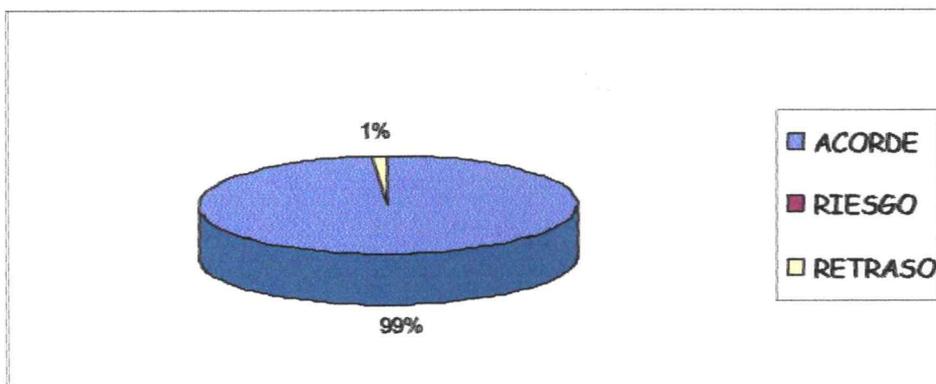
➤ RENDIMIENTO EN EL ÁREA MOTORA:

TABLA 1: Rendimiento en el área motora del desarrollo psicomotor de niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica evaluados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional que asistieron al programa "Control del niño sano" en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia. Mar del Plata. Marzo de 2004 a Mayo de 2005.

RENDIMIENTO EN EL ÁREA MOTORA	NÚMERO DE NIÑOS	PORCENTAJE DE NIÑOS
ACORDE	73	99%
RIESGO	0	0%
RETRASO	1	1%

FUENTE: Screening del Desarrollo Psicomotor. Departamento de Salud Mental. IREMI. Marzo de 2004 a Mayo de 2005

GRÁFICO 1: Rendimiento en el área motora del desarrollo psicomotor de niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica evaluados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional que asistieron al programa "Control del niño sano" en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia. Mar del Plata. Marzo de 2004 a Mayo de 2005.



FUENTE: Screening del Desarrollo Psicomotor. Departamento de Salud Mental. IREMI. Marzo de 2004 a Mayo de 2005

De un total de 74 niños evaluados de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica, el 99% presentó rendimiento ACORDE, no se hallaron niños en situación de RIESGO y el 1% de los niños se halló en situación de RETRASO.

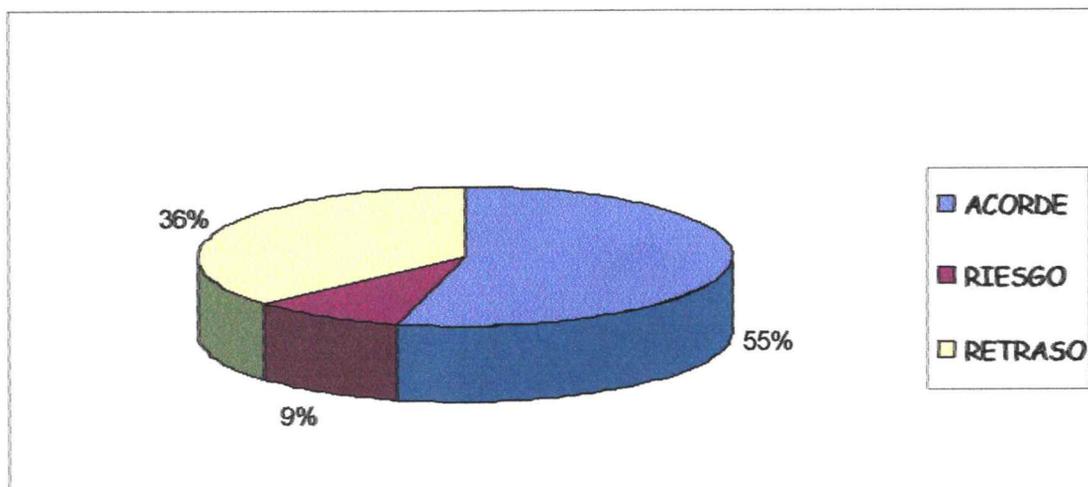
➤ RENDIMIENTO EN EL ÁREA DEL LENGUAJE:

TABLA 2: Rendimiento en el área del lenguaje del desarrollo psicomotor de niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica evaluados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional que asistieron al programa "Control del niño sano" en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia. Mar del Plata. Marzo de 2004 a Mayo de 2005.

RENDIMIENTO EN EL ÁREA LENGUAJE	NÚMERO DE NIÑOS	PORCENTAJE DE NIÑOS
ACORDE	40	55%
RIESGO	7	9%
RETRASO	27	36%

FUENTE: Screening del Desarrollo Psicomotor. Departamento de Salud Mental. IREMI. Marzo de 2004 a Mayo de 2005

GRAFICO 2: Rendimiento en el área del lenguaje del desarrollo psicomotor de niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica evaluados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional que asistieron al programa "Control del niño sano" en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia. Mar del Plata. Marzo de 2004 a Mayo de 2005.



FUENTE: Screening del Desarrollo Psicomotor. Departamento de Salud Mental. IREMI. Marzo de 2004 a Mayo de 2005

De un total de 74 niños evaluados de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica, el 55% presentó rendimiento ACORDE, el 9% se encontró en situación de RIESGO y el 36% de los niños se halló en situación de RETRASO.

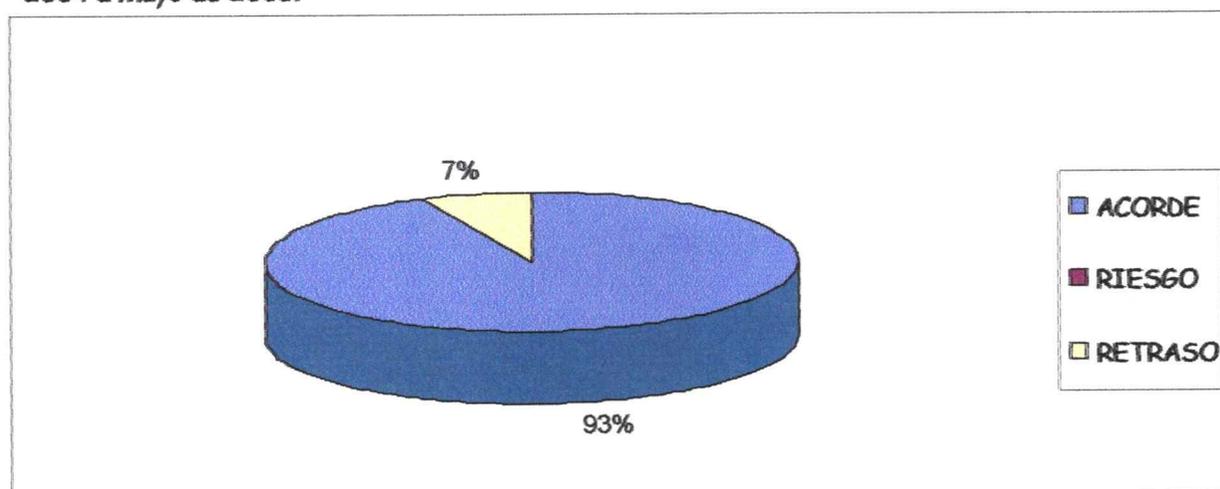
➤ RENDIMIENTO EN EL ÁREA SOCIAL:

TABLA 3: Rendimiento en el área social del desarrollo psicomotor de niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica evaluados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional que asistieron al programa "Control del niño sano" en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia. Mar del Plata. Marzo de 2004 a Mayo de 2005.

RENDIMIENTO EN EL ÁREA SOCIAL	NÚMERO DE NIÑOS	PORCENTAJE DE NIÑOS
ACORDE	69	93%
RIESGO	0	0%
RETRASO	5	7%

FUENTE: Screening del Desarrollo Psicomotor. Departamento de Salud Mental. IREMI. Marzo de 2004 a Mayo de 2005

GRÁFICO 3: Rendimiento en el área social del desarrollo psicomotor de niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica evaluados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional que asistieron al programa "Control del niño sano" en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia. Mar del Plata. Marzo de 2004 a Mayo de 2005.



FUENTE: Screening del Desarrollo Psicomotor. Departamento de Salud Mental. IREMI. Marzo de 2004 a Mayo de 2005

De un total de 74 niños evaluados de veinticuatro meses y dos días de edad cronológica, el 93% presentó rendimiento ACORDE, el 7% de los niños se halló en situación de RETRASO.

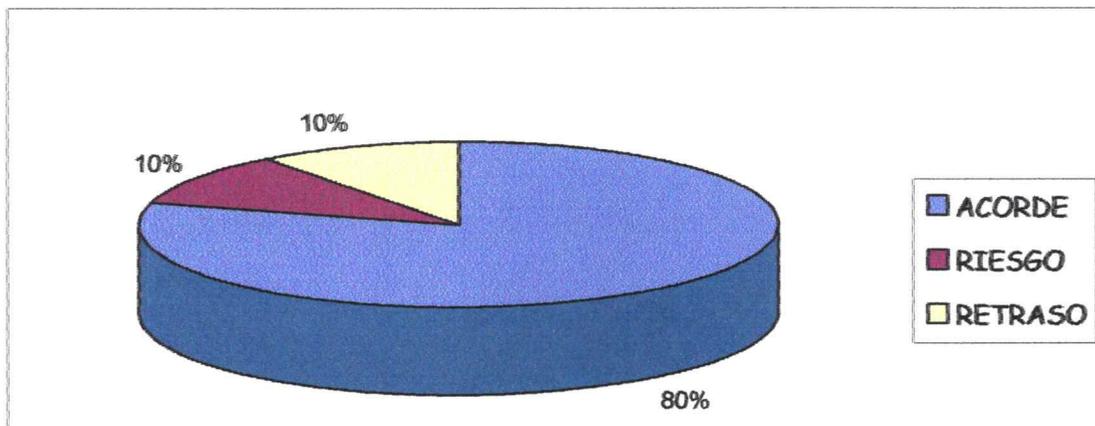
➤ RENDIMIENTO EN EL ÁREA DE COORDINACIÓN:

TABLA 4: Rendimiento en el área de coordinación del desarrollo psicomotor de niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica evaluados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional que asistieron al programa "Control del niño sano" en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia. Mar del Plata. Marzo de 2004 a Mayo de 2005.

RENDIMIENTO EN EL ÁREA DE COORDINACION	NÚMERO DE NIÑOS	PORCENTAJE DE NIÑOS
ACORDE	56	80%
RIESGO	9	10%
RETRASO	9	10%

FUENTE: Screening del Desarrollo Psicomotor. Departamento de Salud Mental. IREMI. Marzo de 2004 a Mayo de 2005

GRÁFICO 4: Rendimiento en el área de coordinación del desarrollo psicomotor de niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica evaluados a través de Técnicas de Screening en Terapia Ocupacional que asistieron al programa "Control del niño sano" en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia. Mar del Plata. Marzo de 2004 a Mayo de 2005.



FUENTE: Screening del Desarrollo Psicomotor. Departamento de Salud Mental. IREMI. Marzo de 2004 a Mayo de 2005

De un total de 74 niños evaluados de 24 meses y 2 días de edad cronológica, el 80% presentó rendimiento ACORDE, el 10% se halló en situación de RIESGO y el 10% de los niños se halló en situación de RETRASO.

CONCLUSIÓN

A partir del análisis de las evaluaciones del desarrollo psicomotor realizadas por la Licenciada en Terapia Ocupacional, a niños de dos años y dos días de edad cronológica que concurrieron al "*Programa Control del Niño Sano*", en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata durante el período comprendido entre los meses de Mayo del 2004 y Marzo de 2005, se puede concluir que 74 niños (100%) no presentaron afecciones en el rendimiento global del desarrollo psicomotor, pero sí se detectaron porcentajes diferenciales en las categorías de riesgo y de retraso, especialmente en lo que respecta al área del lenguaje: 27 niños (36%) se hallaron en la categoría de retraso y 7 niños (9%) en la categoría de riesgo.

Si se parte de la presunción de que el ámbito natural y más significativo para el proceso de crianza de un niño, entendiendo a ésta, como la actividad que posibilita que ellos crezcan y desarrollen su potencial, es el de la familia, cabe preguntarse... ¿Qué está ocurriendo en ellas, que hace que éste área, tan importante para el desarrollo psíquico de un niño, se encuentre afectada?

Al intentar responder esta pregunta, no se puede dejar de considerar el efecto provocado por la situación socioeconómica vivenciada por las familias, lo cual podría imponer limitaciones para llevar a cabo una adecuada crianza.

Actualmente, la sociedad se enfrenta a situaciones relacionadas a un período de transformaciones, en donde por un lado se encuentran las problemáticas de exclusión social característica del sistema global y latinoamericano, y por el otro, con aquellas que resultan de un desarrollo tecnoeconómico, que también es excluyente.

Años atrás, como efecto del proceso de globalización, la Argentina, sufrió

una declinación del sistema laboral que produjo altos índices de desocupación y elevadas cifras de subempleo, resultado del cierre masivo de empresas industriales, causado por la apertura económica indiscriminada, pérdida de puestos de trabajo como consecuencia del proceso de privatizaciones y concesiones, generando la caída de ingresos de los sectores medios y populares, desencadenándose una exclusión social que implica la pérdida del sentido de realización personal, con efectos en la dinámica familiar, produciendo un debilitamiento de lazos sociales.

Todas estas transformaciones socio políticas y económicas, impactan en las familias; padre y madre deben trabajar, se acceden a trabajos mal remunerados o en "negro", que hacen que las familias en general no cubran las necesidades básicas de sus hijos, lo cual incidiría negativamente en el desarrollo integral de los mismos. Pero éstos no son los únicos factores de riesgo, también se encuentran altos índices de disfunción familiar, padres adolescentes, etc. y sumado a ellos, se incluye el fenómeno tecnológico.

Como se mencionó anteriormente, se cree que éste último es excluyente, ya que a medida que la tecnología avanza, necesita más de ella misma, para resolver los problemas que se crean, lo cual genera un sistema cerrado, en donde la persona debe programarse y educarse para ello, disminuyendo así las capacidades creativas, los conocimientos, la comprensión, siendo reemplazadas por la información, la memoria y la resolución de problemas.

De esta manera, las familias se ven atravesadas por esta variedad fenoménica, y en ello el potencial riesgo de los niños en desarrollo.

Estas tendencias están cambiando las pautas de conducta, de valores; se está generando una sociedad distinta y como consecuencia un desarrollo infantil diferente.

Así, surge en nosotras un nuevo interrogante: ¿De qué manera abordar el

desarrollo infantil en esta transición?

Como futuras profesionales de la Salud, consideramos de importancia dentro del marco de la Atención Primaria de Salud, desarrollar acciones dentro de programas y políticas que se encuentren dirigidas a la vigilancia del Desarrollo Infantil; fomentar el trabajo intersectorial, proponiendo como objetivo primordial el "*Desarrollo Infantil*", unificando criterios, y conceptos, dando sentido a la Atención Primaria de la Salud como estrategia.

Para ello, creemos que se deben fortalecer los lazos interdisciplinarios e intersectoriales, abordando al niño y fomentando el vínculo con los padres, con otros, que permitan el contacto con el propio cuerpo, con el del otro; favoreciendo así la introducción al lenguaje y comunicación.

"La organización política, el derecho, la moral, los modelos de pensamiento, la lógica, las reglas gramaticales y sintácticas, las formas del lenguaje, de las representaciones, de la sensibilidad, de la emoción, instituidas, vigentes y legalizadas en una formación social determinada, organizan desde el comienzo de la vida, el psiquismo individual".

Ana Quiroga.

PROPUESTA DE PROYECTO

PROPUESTA DE PROYECTO:

"TERAPIA OCUPACIONAL COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO EN PREVENCIÓN PRIMARIA:
PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS
DE 12 MESES A 2 AÑOS DE EDAD"

FUNDAMENTACIÓN:

Este proyecto surge de la investigación cuyo objetivo fue identificar el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor en niños de dos años y dos días de edad cronológica valorados a través de técnicas de Screening en Terapia Ocupacional.

Los resultados arrojados en la misma alertan sobre una alta incidencia de niños con retraso en el área del lenguaje y presencia de hábitos inadecuados en relación a la función de alimentación y sueño, que persisten a la edad de dos años.

En función de la influencia negativa que ello provoca en el desarrollo integral de los niños y adhiriendo al concepto de *Atención Primaria de Salud* como estrategia, se propone la *promoción de la salud*, abordando como eje central el desarrollo infantil de niños de doce meses a dos años de edad, generando espacios públicos de encuentro y reconocimiento entre los diferentes grupos, implementando políticas que produzcan mayor igualdad, partiendo de principales activos como la educación y la salud, intentando coordinar ambos sectores, y abordando de modo diferente el programa "*Control del Niño Sano*" dirigido a esta población.

Se cree necesario que los profesionales de la salud trabajen interdisciplinaria e intersectorialmente.

La importancia del trabajo interdisciplinario radica en que cada uno de los integrantes del equipo, contribuye desde su área, en coordinación con las funciones de las otras disciplinas a la concreción de objetivos y metas en común. A través del mismo se facilita la interconsulta, el reconocimiento oportuno de los riesgos, los déficits, los diferentes tratamientos y las derivaciones necesarias.

El trabajo intersectorial implica tener contacto con otras instituciones lo que favorece la integración del niño a la sociedad fomentando su aprendizaje.

Por lo tanto, tomando como eje estas dos modalidades de trabajo, se pretende que el equipo de salud, construya redes con las familias y con el sector educativo, favoreciendo la participación e inclusión de ambos en la detección de factores de riesgo y signos de alarma en éste grupo etáreo.

A partir de lo anteriormente mencionado y de los datos arrojados en la investigación realizada se propone trabajar:

- ✓ Con el equipo de los jardines maternales, brindando información acerca de los factores de riesgo y signos de alarma que dificultan el desarrollo psicomotor, con la participación activa de los mismos.
- ✓ Con los padres y sus hijos, en donde el equipo de profesionales de la salud, que llevan a cabo el Programa "*Control del Niño Sano*", promuevan un espacio recreativo informativo a través de los mensajes de cuidados generales de la salud del niño, la enseñanza de pautas de crecimiento y desarrollo, la estimulación, etc., con el fin de favorecer la interacción entre ambos a través del juego.

El fin último de éste proyecto es generar acciones tendientes a la disminución del porcentaje de niños con retraso en el área del lenguaje y cantidad de hábitos y conductas inadecuadas.

Como agentes de salud, dentro del marco de la Atención Primaria de Salud, y más allá de las funciones inherentes al rol del Terapista Ocupacional, desde ésta área se propone este proyecto para ser llevado a cabo por el equipo de profesionales de la salud. La modalidad de aplicación del proyecto será la siguiente: cada uno de los profesionales que conforma el equipo interdisciplinario realizará las actividades programadas, las cuales serán coordinadas por el Servicio de Terapia Ocupacional, debido a que desde aquí, surge la inquietud de generar éste proyecto de promoción de salud. Esta propuesta se encuentra destinada a favor de un nuevo pacto social que permita el desarrollo de políticas sociales más universales que conlleven a la justicia social. En dicho pacto, el presente y el futuro de los niños debería ser prioritario, reconociendo las necesidades de fortalecer las capacidades de las familias para la crianza y disminuyendo todo factor de riesgo medioambiental que entorpezca el desarrollo integral de los niños.

DESTINATARIOS

- ✓ Niños entre doce meses y dos años de edad cronológica y sus familias, que concurren al Programa "*Control del Niño Sano*", en el Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la Ciudad de Mar del Plata.
- ✓ Equipo y personal de Jardines Maternales que pertenecen a la zona programática del Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la Ciudad de Mar del Plata, según la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón.

OBJETIVOS GENERALES

- ✓ Generar espacios de encuentro interdisciplinarios e intersectoriales entre profesionales docentes, personal y gabinete (en caso de existir) de los Jardines maternales que se encuentran dentro de la zona programática y los profesionales que conforman el equipo del Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la Ciudad de Mar del Plata, para facilitar el reconocimiento de la incidencia de los factores de riesgo y favorecer el desarrollo de los niños.
- ✓ Generar un espacio de comunicación entre los padres y sus hijos, para favorecer el desarrollo integral de los niños.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Brindar a los profesionales docentes, personal y gabinete (en caso de existir) de los Jardines Maternales, herramientas para la promoción del desarrollo y la detección precoz de factores de riesgo y signos de alarma.
- ✓ Promover la participación activa de los padres en el proceso de desarrollo de los niños.
- ✓ Reforzar la información que poseen los padres sobre los efectos adversos que pueden generar la persistencia de los hábitos inadecuados.

INDICADORES

- ✓ Presencia de signos de alarma en el desarrollo psicomotor en riesgo y retraso de los niños.
- ✓ Retraso en el área del lenguaje.
- ✓ Persistencia de hábitos y conductas inadecuados a la edad de dos años y dos días de edad cronológica en alimentación: uso prolongado de chupete y mamadera, lactancia materna, y sueño: colecho y cohabitación con los padres.

METAS

- ✓ Que el 90% de los profesionales docentes, personal y gabinete (en caso de existir) que conforman el equipo de los Jardines Maternales puedan acceder a información sobre factores de riesgo y signos de alarma que afecten el desarrollo integral de los niños.

- ✓ Que el 80% de los padres que asisten con sus hijos al Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia puedan participar activamente en el proceso de desarrollo de los mismos.

- ✓ Que el 80% de los padres puedan acceder al conocimiento sobre los efectos negativos que generan la persistencia de hábitos inadecuados en el desarrollo de sus hijos.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN PRIMARIA:

- TALLERES PARA EQUIPO Y PERSONAL DE JARDINES MATERNALES:

Coordinados por el equipo de Salud del Centro Municipal Instituto

Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, dirigidos a docentes, personal y gabinete (en caso de existir) de los Jardines Maternales, en dónde se brindará información y orientación acerca de factores de riesgo y de cómo identificarlos, signos de alarma, desarrollo psicomotor de los niños y conceptos de Atención Primaria de Salud a través de charlas utilizando la técnica de Roll-playing, propiciando la participación activa, la comprensión de los conceptos brindados y agudizando la observación, con el fin de favorecer la detección precoz de cualquier situación de riesgo o retraso en el desarrollo de los niños y en consecuencia ser tratado oportunamente.

Se realizarán cuatro encuentros cada tres meses, con el fin de evacuar dudas, reforzar conocimientos y detectar dificultades.

➤ ESPACIOS RECREATIVOS- INFORMATIVOS:

Realizados en la sala de espera del Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, previo al control pediátrico fomentando el juego entre niños y entre éstos y sus padres, los cuales serán llevados a cabo por el cualquier profesional que conforme el equipo interdisciplinario de salud, en dónde se podrá observar, fuera del consultorio, el modo de interacción vincular entre los mismos.

En éste espacio se entregarán cartillas a los padres brindando conocimiento acerca de cómo los juegos corporales, cuentos, etc., favorecen el lenguaje y el desarrollo integral de sus hijos.

RECURSOS

✓ HUMANOS:

Terapista Ocupacional

Asistente Social

Psicólogos

Médicos Pediatras

Enfermeras

Fonoaudiólogos

Docentes Maternales

Gabinete (en caso de existir) de los Jardines Maternales

Personal de los Jardines Maternales

✓ EDIFICIOS:

En la sala de espera del Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia y en el salón de usos múltiples, sala de actos o cualquier otro espacio con el que cuente el edificio de los Jardines Maternales.

✓ FINANCIEROS:

No se utilizarán recursos financieros, más allá de los asignados por la Secretaría de Salud y el Ministerio de Educación.

TIEMPO DEL PROYECTO: un año

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

➤ EVALUACIÓN DE PROCESO:

Indicadores:

Evaluación realizada por el coordinador del proyecto: Terapeuta Ocupacional:

- ✓ Cantidad de padres que participan en el juego espontáneo con sus hijos
- ✓ Cantidad de padres que se han acercado a los profesionales que conforman el equipo de salud con el fin de evacuar dudas sobre signos de alarma detectados en sus hijos
- ✓ Cantidad de cartillas entregadas a los padres
- ✓ Cantidad de charlas brindadas a los profesionales docentes, personal y gabinete (en caso de existir) de los Jardines Maternales.

Evaluación realizada por el beneficiario: Docentes, personal y gabinete (en caso de existir) de los Jardines Maternales:

- ✓ Cantidad de solicitud de encuentros por parte de los profesionales docentes, personal y gabinete (en caso de

existir) de los Jardines Maternales al equipo de salud

- ✓ Cantidad de posibles casos con signos de alarma presentados por los docentes, personal y gabinete (en caso de existir) de los Jardines Maternales

- ✓ Cantidad de casos de niños en riesgo o retraso real, detectados por los docentes, personal y gabinete (en caso de existir) de los Jardines Maternales

Los instrumentos que serán utilizados para recabar la información son:

- ✓ Cuestionario para que los profesionales docentes, personal y gabinete (en caso de existir) de los Jardines Maternales, brinden, al equipo de profesionales de salud que llevan a cabo el proyecto de *"promoción de la salud"*, información sobre la modalidad del mismo. (Ver Anexo I)

- ✓ Planilla de observación del juego espontáneo entre los padres y sus hijos.

- ✓ Planilla de registro de cantidad de cartillas entregadas a los padres de los niños.

- ✓ Planilla de registro de consultas realizadas por los padres de los niños a los profesionales del equipo de salud.

- ✓ Planilla de registro de cantidad de charlas brindadas a los

profesionales docentes, personal y gabinete (en caso de existir) de los Jardines Maternales.

- ✓ Planilla de registro de cantidad de casos de niños con riesgo o retraso reales, presentados por los docentes, personal y gabinete (en caso de existir) de los Jardines Maternales.

➤ EVALUACIÓN FINAL:

Indicadores:

- ✓ Cumplimiento de los objetivos del proyecto en tiempo y forma
- ✓ Porcentaje del cumplimiento de las metas del proyecto en tiempo y forma

Los datos serán registrados en una "*Matriz de Registro*" de resultados finales, para ser analizados, y luego realizar un informe de evaluación indicando: resultados, grado de alcance de los mismos, eficacia y eficiencia, problemas en la ejecución y logro de los objetivos específicos, conclusiones y recomendaciones para la retroalimentación de él o futuros programas. (Ver anexo II)

➤ EVALUACIÓN DE IMPACTO:

Finalizada la implementación del proyecto de "*Promoción de la Salud*", se realizará el Screening a todos los niños de dos años y dos días de edad

cronológica que hayan participado del mismo, utilizando como instrumento de pesquisa la *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses*, desarrollada por Rodríguez, Arancibia y Undurraga. De éste modo los datos obtenidos serán comparados con registros previos y se analizará la disminución o no de los factores de riesgo, signos de alarma y hábitos o conductas inadecuadas, a través de una "Planilla de comparación". (Ver Anexo III).

Conjuntamente se analizarán todas las planillas de registro que se han tomado durante la realización del proyecto, realizando el informe correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- ✓ *"A su salud". Atención Primaria de la Salud. Organización Panamericana de la Salud N° 8. Entrevista/editorial. Agosto-Sep. 2004.*
- ✓ *"Abordaje de los Problemas de Salud Mental desde Atención Primaria". Relación con los Servicios de apoyo especializados. Atención Primaria. Vol. 28. N° 1, 15 de Junio del 2001.*
- ✓ *Ajuriaguerra, J., "Manual de Psiquiatría Infantil", ED. Masson, 4ta edición. Año 1980.*
- ✓ *Arellano, V, Celesia, M., "La importancia de la valoración del desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional en los niños de 3 y 6 meses de edad que concurren al "Control del niño sano" en el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata". Tesis de grado. UNMdP. 2002*
- ✓ *Bettelheim, B., "La fortaleza vacía". ED. Laia. Barcelona 1967.*
- ✓ *Bobath, K., "Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral". Segunda Edición. ED. Panamericana 1982*
- ✓ *"Boletín de la Organización Mundial de la Salud". La Revista Internacional de Salud Pública. Recopilación de artículos N° 3. Año 2000.*

- ✓ Calmels, Daniel, *"El cuerpo cuenta. La presencia del cuerpo en las versificaciones, narrativas y lecturas de crianza"* ED. Cooperativa El Farol. Año 2004.
- ✓ Calmels, Daniel, *"Del sostén a la transgresión. El cuerpo en la crianza"* 1º edición, ED. Novedades educativas. Año 2001.
- ✓ Chiappini, C.; Rodríguez de Miyares. *"Observación de lactantes". Signos de alarma en el primer año de vida. Autismo Precoz. Detección y tratamiento.*
- ✓ Chokler, M., *"Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanicismo a la psicomotricidad operativa"*, ED. Cinco. Diciembre 1998.
- ✓ Estivill, E. y de Béjar, S.: *"Duérmete niño"*, ED. De bolsillo. 5º edición, Argentina, 2005.
- ✓ Freud, S., *"Obras completas"*. Tomo IV. ED. Biblioteca Nueva.
- ✓ Gassier, J., *"Manual del Desarrollo Psicomotor del Niño. Las etapas de la socialización. Los grandes aprendizajes. La creatividad"*. ED. Doray-Masson.
- ✓ Gessell, A., *"El niño de 1 a 5 años"*. Capítulos N° 3 y N° 4. ED. Paidós, Buenos aires, 1979.
- ✓ Giberti, E., *"Escuela para padres. Los chicos del tercer milenio"*. Pág. /12. Rev. N° 9, 8 y 15.

- ✓ Golder, Mario, *"Angustia por la utopía"*, 1º edición. ED. Ateneo Vigostkiano de la Argentina, Año 2002.
- ✓ Guías de Salud N° 1. *"El bebe"*. UNICEF Argentina. Sociedad Argentina de Pediatría. Año 2001.
- ✓ *"Guía para la gestión de la Atención Primaria de la Salud"*. Organización Panamericana de Salud. Año 1997.
- ✓ Hochman, *"Hacia una Psiquiatría comunitaria"*. ED Amorroutu. 1971.
- ✓ *Incumbencias Profesionales correspondientes al título de Licenciatura en Terapia Ocupacional* que otorga la Universidad Nacional de Mar del Plata. Anexo. Resolución N° 147.
- ✓ Jenik, Alejandro, División de Neonatología del Departamento de pediatría Hospital Italiano de Buenos Aires. Artículo especial: *"Colecho y Síndrome de Muerte Súbita del Lactante: una relación conflictiva"*.
- ✓ Jerusalinsky y col., *"Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil"*. ED. Nueva Visión. Bs. As. 1988.
- ✓ Koupernik, C., *"Desarrollo psicomotor de la primera infancia"*. ED. Paideia. 1968
- ✓ *"Lactancia Materna Hoy"*. Boletín Informativo. Publicación semestral. Dic. 1998. Vol. N° 2.
- ✓ Lejarraga y col., *"Guías para la evaluación del desarrollo del niño"*

- menores de 6 años. Servicio de crecimiento y desarrollo". Hospital Garrahan. Bs. As. 1996.*
- ✓ Lejarraga, H., "*Desarrollo del niño en contexto*". Editorial Paidós. Primera edición. Año 2004.
 - ✓ Medellín, G; Tascon, E., "*Crecimiento y desarrollo del ser humano*". Atención Primaria en Salud. Tomo 1. Organización Panamericana de la Salud. 1995.
 - ✓ Meredith, F. Small., "*Dormir razonablemente. Nuestros hijos y nosotros*". Javier Vergara Editor. Año 1999.
 - ✓ Myers, R., "*Los doce que sobreviven*". OPS-OMS. Año 1993.
 - ✓ "*Prevención de los Trastornos de la Salud Mental desde la Atención Primaria de Salud*". Atención Primaria. Vol. N° 4. Suplemento N° 1. Dic. 1999.
 - ✓ Pineda, E.; col., "*Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de Salud*". Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Segunda edición. Año 1994
 - ✓ Polit y Hungler, "*Investigación científica en ciencias de la salud*". Editorial Interamericana. Cuarta Edición
 - ✓ Rodríguez, Arancibia, Undurraga, "*Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 24 meses*". Segunda edición. ED Galdoc. Año 1979

- ✓ Sampieri, R.; Collado, C. Y Lucio, P.: "Metodología de la investigación". Editorial Mc Graw Hill. Segunda edición. Año 2002
- ✓ Sociedad Argentina de Pediatría. Secretaria de Educación Continua. Modulo N° 2 PRONAP. Año 1999.
- ✓ Sociedad Argentina de Pediatría. Secretaria de Educación Continua. Módulo N° 1. PRONAP. Año 2004.
- ✓ Soiffer, R., "*Psiquiatría infantil operativa*". Tomo N° I. Psicología evolutiva. ED. Kargieman. Bs. As. Año 1988.
- ✓ Winnicott, "*Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*". ED. Paidós. Año 1993.
- ✓ Zurro, M; Carro Pérez; "*Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en consulta*". ED. Doyma. Año 1986.

ANEXOS

ANEXO I

.....de.....de 2005

Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia.

Sr. Director

S/D

Para la realización de nuestra Tesis de Grado de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, siendo alumnas de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, solicitamos por su intermedio tener acceso a las Historias Clínicas de niños de dos años que han sido evaluados por la Licenciada en Terapia Ocupacional de la Institución a través Técnicas de Screening y realizar entrevistas semiestructuradas a los profesionales de la salud que conforman el equipo interdisciplinario.

La finalidad es recabar información acerca de los resultados de los Screening, de los hábitos de los niños de dicha franja etárea y de la población que concurre a la institución para analizarlos y determinar cual es el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor de los niños, y en a partir de esta información comenzar nuestro trabajo de investigación.

Desde ya muchas gracias. Saludan atentamente:

Alsina, Verónica
DNI 26057555

Valente Lozada, Luciana
DNI 26456155

ANEXO II

TERAPIA OCUPACIONAL ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

NOMBRE DEL NIÑO:

NOMBRE DE LA MADRE:

FECHA DE EVALUACION:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD CRONOLOGICA días meses

EDAD MENTAL:

EM/EC.....PE=CD.....

DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL
RIESGO
RETRASO

EDAD	ITEM	PUNTAJE	OBSERVACIONES
18 MESES	- 61 (LS) muestra sus zapatos - 62 (M) camina varios pasos hacia el lado - 63 (M) camina varios pasos hacia atrás - 64 (C) retira inmediatamente la pastilla de la botella - 65 (C) atrae el cubo con un palo	18	
21 MESES	- 66 (L) nombra un objeto de los 4 presentados - 67 (L) imita 3 palabras en el momento del examen - 68 (C) construye 1 torre con 3 cubos - 69 (L) dice al menos 6 palabras - 70 (LS) usa palabras para comunicar deseos	18	

<p>24 MESES</p>	<p>- 71 (M) se para en 1 pie con ayuda - 72 (L) nombra 2 objetos de los 4 presentados - 73 (S) ayuda en tareas simples - 74 (L) apunta 4 o mas partes del cuerpo de la muñeca - 75 (C) construye 1 torre con 5 cubos</p>	<p>18</p>	
---------------------	--	-----------	--

HABITOS		SI	NO	OBSERVACIONES
ALIMENTACION	Lactancia materna Uso de mamadera Uso de chupete			
SUEÑO	Cohabitación Colecho Horas			
BAÑO	Diario Otra frecuencia			
ACTIVIDAD LUDICO RECREATIVA	Diario Otra frecuencia Descripción			

ANEXO III

La presente entrevista será anónima y utilizada para recabar información acerca de los compromisos más frecuentemente detectados en niños de 2 años y dos días de edad cronológica que fueron valorados a través de Técnicas de Screening en el "Centro de Salud Municipal Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia" de la Ciudad de Mar del Plata.

Dichos datos serán tomados en cuenta para la Tesis de Grado a realizar por Alsina, Verónica y Valente Lozada, Luciana, alumnas de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

1. ¿Cuántos niños de 2 años y dos días de edad cronológica conformaron aproximadamente el Plan de Lactantes en el período comprendido entre los meses de Marzo de 2004 a Mayo de 2005?
2. ¿Qué características (social, económica, cultural, etc.) puede describir en forma general acerca de las familias que concurren a éstos Screening?
3. Como profesional de la salud, ¿Considera usted que la "Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses" de Rodríguez, Aracibia y Undurraga, es confiable a la hora de poder detectar si existen o no posibles compromisos en el desarrollo?
4. Una vez detectado el compromiso, ¿Como continúa el seguimiento de

este niño?

5. ¿Qué percepción tiene usted acerca del desarrollo de los niños? Si presentan compromiso, ¿Cuáles son los más frecuentes?

6. ¿Podría mencionar alguna característica significativa de las familias de los niños que presentan compromiso en alguna del área del desarrollo?

7. En la actualidad, ¿Está investigando algún tema relacionado a esta problemática?

PARA TERAPIA OCUPACIONAL

1. ¿Con qué frecuencia son administrados los Screening en los niños que concurren al Programa "Control del Niño Sano"?

2. ¿Cree usted que el Programa "Control del niño sano" es eficaz?

3. ¿Considera que las pruebas que se toman para evaluar cada una de las áreas del Desarrollo psicomotor son suficientes como para detectar un posible compromiso en la mismas?

4. ¿Los datos obtenidos deben ser reforzados con otra técnica de Screening o evaluación?

5. ¿Cuáles son las áreas comprometidas del desarrollo psicomotor que usted percibe más frecuentemente y que son detectadas a través de la "Escala de Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses" de Rodríguez, Aracibia y Undurraga?

Desde ya muchas gracias, saludan atte.

Alsina, Verónica
DNI 26057555

Valente Losada, Luciana
DNI 26456155

ANEXO IV

ESCALA DE EVALUACION DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE

0 A 24 MESES.

Autores: Arancibia, Rodríguez, Undurraga

QUINCE	56.	(M)	Camina solo	18
MESES	57.	(C)	Introduce la pastilla en la botella	c/u
	58.	(C)	Espontáneamente garabatea	
	59.	(C)	Coge el tercer cubo conservando los dos primeros	
	60.*	(L)	Dice al menos tres palabras	
DIECIOCHO	61.	(LS)	Muestra sus zapatos	18
MESES	62.	(M)	Camina varios pasos hacia el lado	c/u
	63.	(M)	Camina varios pasos hacia atrás	
	64.	(C)	Retira inmediatamente la pastilla de la botella	
	65.	(C)	Atrás el cubo con un palo	
VEINTIUN	66.	(L)	Nombre un objeto de los cuatro presentados	18
MESES	67.	(L)	Imita tres palabras en el momento del examen	c/u
	68.	(C)	Constuye una torre con tres cubos	
	69.*	(L)	Dice al menos seis palabras	
	70.*	(LS)	Usa palabras para comunicar deseos	
VEINTICUATRO	71.	(M)	Se para en un pie con ayuda	18
MESES	72.	(L)	Nombre dos objetos de los cuatro presentados	c/u
	73.*	(S)	Ayuda en tareas simples	
	74.	(L)	Apunta a o más partes en el cuerpo de la muñeca	
	75.	(C)	Constuye una torre con cinco cubos	

* El asterisco indica que se trata de una pregunta a la madre o acompañante

La capacitación de los examinadores debería ser efectuada por alguien que estuviese familiarizado con los materiales, con el procedimiento y con el manejo de niños de corta edad. El adiestramiento óptimo se efectúa en grupos pequeños, no mayor a diez personas.

Cuando esto no es posible, se recomienda después de haber estudiado cuidadosamente el procedimiento, efectuar evaluaciones inter-juez; esto significa que dos personas observan una evaluación y otorgan los créditos en forma independiente para cada ítem. Al finalizar la sesión de administración, se comparan los resultados obtenidos en cada sub-prueba comentando y discutiendo los posibles problemas suscitados en la evaluación.

Cada examinador debería ejercitarse al máximo en estas condiciones, hasta obtener una confiabilidad de al menos 90%.

La supervisión de un examinador experimentado muchas veces ayuda a reducir el tiempo de ejercitación necesario, para que los resultados lleguen a ser objetivos y confiables.

Instrucciones generales para la administración de la E.E.D.P.

1. Asegúrese que el niño se encuentra en situación confortable; la Escala no debe ser administrada si el niño no está en condiciones adecuadas, (por ejemplo si tiene fiebre, hambre, sueño, etc.).

2. Informe brevemente a la madre o al acompañante del niño sobre el objetivo de la Escala, para favorecer su cooperación. Es importante explicarle que *no* se trata de una prueba de inteligencia, sino más bien de una evaluación del desarrollo del niño. Hágale saber al acompañante que no se espera que el niño sea capaz de responder exitosamente frente a todas las situaciones que se le proponen.

- Anote en el protocolo los datos de identificación del niño: nombre; relación con acompañante; fecha de nacimiento; fecha de la evaluación; peso y talla del niño; lugar del examen y nombre del examinador.

Instrucciones específicas: pasos a seguir en la administración de la E.E.D.P.

1) Edad cronológica (E.C.)

La edad cronológica del niño debe expresarse:

a) En días, multiplicando los meses *siempre por 30*. Por ejemplo, si el niño tiene 10 meses y 5 días, la E. C. en días será = 305 días.

b) En meses. Cabe hacer notar que un niño debe considerarse de 10 meses, por ejemplo, desde que tiene 9 meses y 16 días hasta que tiene 10 meses y 15 días. Este rango de 16 días en ambos sentidos, vale para todos los meses.

La E.C. en días servirá para determinar el rendimiento del niño en la prueba.

La E.C. en meses permitirá determinar el mes de iniciación de la prueba, y la tabla de conversión de puntajes que se debe utilizar.

- Inicie la prueba comenzando siempre con el mes inmediatamente *inferior* al de la edad cronológica en meses del niño. Por ejemplo, si el niño tiene 10 meses y 5 días, tiene una E.C. en meses = 10, por lo tanto, inicie la prueba con los ítem correspondientes al noveno mes.

- Si el niño fracasa en *cualquier* ítem del mes inferior a su edad, en nuestro ejemplo, el noveno mes, continúe administrando la Escala, descendiendo en edad, hasta el mes en el cual el niño aprueba los 5 ítem.

- Posteriormente, administre los ítem de los meses *superiores*. Comience con los ítem de la edad cronológica del niño, 10 meses en el ejemplo, y si el niño responde exitosamente uno o más ítem, prosiga con los meses superiores de la misma forma (12, 15, etc) hasta que el niño fracase en todos los ítem de un determinado mes.

2) Edad Mental (E.M.)

La edad mental es el puntaje que obtiene el niño en la prueba. Se otorga puntaje a los ítem aprobados, según se indica a continuación:

- El mes mayor en que el niño responde con éxito a los cinco ítem, es considerado MES BASE y éste se multiplica por 30 (*).

- Luego, por cada uno de los ítem respondidos favorablemente (puntaje adicional), anote el puntaje que se indica en la 4ta columna del protocolo (ponderación) sea ésta 6, 12 o 18 puntos.

La puntuación diferente según los meses deriva de que cada mes respondido con éxito, equivale a 30 días de desarrollo psicomotor; si un mes tiene 5 ítem le corresponden 6 puntos a cada uno; lo que es efectivo desde UN MES hasta DIEZ MESES.

A cada ítem del MES DOCE se le otorgó puntaje doble, es decir 12 puntos, debido a que la Escala no contempla pruebas del MES ONCE y los días de este mes deben ser considerados en el puntaje total.

A cada ítem de los MESES QUINCE, DIECIOCHO, VEINTIUNO Y VEINTICUATRO se le otorgó puntaje triple, es decir 18 puntos, debido a que entre cada uno de estos meses hay

(* Si el niño falla en algún ítem del primer mes, no se calcula el MES BASE, y se procede simplemente a sumar todos los puntajes obtenidos.

dos meses para los cuales no se contemplan pruebas en la Escala y que al igual que en el caso anterior, deben ser considerados en el puntaje total.

— Suma el puntaje del mes base al total de puntos adicionales obtenidos por los ítem respondidos exitosamente. La cifra resultante de la sumatoria corresponde a la *Edad Mental* del niño, en días de desarrollo.

3) Razón entre Edad Mental y Edad Cronológica (EM/EC)

Para determinar esta razón se debe dividir el puntaje obtenido por el niño en la prueba (Edad Mental) por la edad cronológica del niño en días (Edad Cronológica en días). Tenemos entonces la siguiente fórmula:

$$\text{Razón (EM/EC)} = \frac{\text{Edad Mental (EM)}}{\text{Edad Cronológica (EC)}}$$

La razón debe obtenerse con tres decimales a objeto de aproximar el segundo decimal hacia arriba, cuando el tercero es 5 o más. De esta forma la razón (EM/EC) se expresa con dos decimales.

4) Coeficiente de Desarrollo (C.D.):

Para obtener el Coeficiente de Desarrollo, la razón (EM/EC) debe convertirse a Puntaje Estándar (P.E.).

Para este efecto se debe buscar el mes correspondiente a la Edad Cronológica en meses del niño y determinar el Puntaje Estándar equivalente a la razón obtenida.

En la Segunda Parte, capítulo IV, se encuentran las tablas de puntaje por meses de edad. En ellas, a través de columnas, están expresada las conversiones entre la razón (EM/EC) y coeficiente de Desarrollo (Puntaje Estándar).

En la Cuarta Parte, capítulo IV, se describe el procedimiento mediante el cual se llegó a la construcción de estas tablas; y se explica el por qué de la existencia de más de una tabla para los meses 16 y en adelante, y el procedimiento para encontrar las conversiones no contempladas en las tablas.

Un niño cuyo desarrollo psicomotor está de acuerdo a lo esperado para su edad, debería obtener un C.D. cercano al promedio (100), hasta una desviación estándar (85); consideramos de riesgo, al niño que obtiene un coeficiente entre una y dos desviaciones estándar bajo el promedio; y con retraso, a aquel que se ubica a más de dos desviaciones estándar (70).

Es así que tenemos:

- C.D. mayor o igual a .85 : normal
- C.D. entre .84 y .70 : riesgo
- C.D. menor o igual a .69 : retraso

Sin embargo, puede darse el caso en que un niño obtenga un C.D. de 100 ó más pero, haya fallado en muchos ítem que evalúan un área determinada. Se recomienda por lo tanto, una vez obtenido el C.D., traspasar los datos al perfil de desarrollo psicomotor, que se describe a continuación.

5) Perfil de desarrollo psicomotor

En la evaluación del desarrollo psicomotor, es importante tener, además de un puntaje global, una apreciación del rendimiento del niño en las distintas áreas de desarrollo. Un Coeficiente de Desarrollo normal puede encubrir un retraso notable en un área. Puede ocurrir también que un C.D. muy bajo, no se deba a un retraso general, sino, a dificultades en una o dos áreas.

Para conocer en forma más precisa el desarrollo del niño, en un momento determinado se ha diseñado un perfil por áreas de desarrollo que permite, entre otras cosas, advertir un retardo selectivo en el desarrollo del niño. El perfil lleva indicado en la parte superior horizontalmente, la edad cronológica en meses (1 a 24 meses), lo que corresponde a 15 grupos de edad, es decir, a quince columnas. En el eje vertical, aparecen las cuatro áreas del desarrollo medidas en la Escala, a saber: Coordinación, social, lenguaje motricidad.

Cada ítem de la Escala se encuentra representado por el número que le corresponde en el protocolo y han sido clasificados en casilleros según el área de desarrollo que miden y según el mes de edad en que aparecen en la prueba. Si un ítem mide el rendimiento en dos áreas simultáneamente éste aparece en ambas. Los casilleros sombreados indican ausencia de ítem para esa área en ese mes de edad.

Procedimiento para efectuar e interpretar un perfil:

Marque una línea vertical a la derecha de la edad cronológica en meses del niño, atravesando las cuatro áreas de desarrollo (*).

Observe el último ítem del área de coordinación (C) que fue aprobado por el niño; busque en el perfil en el área de coordinación la ubicación del número que corresponde a ese ítem y enciérrelo en un círculo. Proceda de igual forma con las otras tres áreas (S - L y M). Cuando exista un casillero sombreado, y el rendimiento del niño se encuentra en el casillero inmediatamente anterior a éste, cubra el círculo en el área sombreada. (Cuando hay dos ítems en el casillero anterior al sombreado (9 y 18 meses - área motora) para marcar el área sombreada, es necesario que el niño haya tenido éxito en *ambos* ítems).

Una con una línea los números marcados en cada una de las áreas.

Así obtendrá dos líneas en sentido vertical. La primera, recta, que corresponde a la edad cronológica del niño. La segunda línea, generalmente quebrada, indica el rendimiento máximo del niño en las diferentes áreas del desarrollo.

La línea vertical establecida a la derecha de la edad cronológica, marca el rendimiento esperado para ese niño; cualquier desplazamiento más abajo de este rango debiera ser considerado como una señal que sugiere el punto de partida desde donde debe intervenir para lograr mejorar el rendimiento de ese niño en la o las áreas desplazadas.

* Para las edades intermedias, que no aparecen en el gráfico, considere como edad cronológica aquella inmediatamente inferior a la edad cronológica del niño. Así, por ejemplo, si un niño tiene 17 meses, trace la línea vertical que corresponde al rendimiento esperado, a la derecha de los casilleros que corresponden a 15 meses.

Gráfico de desarrollo psicomotor:

El uso de Coeficiente de Desarrollo resulta indispensable cuando se administra con fines de investigación, ya que permite comparar rendimientos a diferentes edades. Sin embargo, éste requiere de una serie de cálculos a efectuar que toman cierto tiempo.

Debido a estas razones hemos querido proporcionar además una forma rápida de visualizar el rendimiento de un niño, que requiere solamente la suma del puntaje obtenido (Edad Mental) y la edad (Edad Cronológica en días). El gráfico permite interpretar fácilmente la actuación de un niño determinado, en términos del promedio y de la desviación estándar de su grupo de edad.

Con el fin de ofrecer mayor facilidad en el manejo de esta forma de registro, se ha dividido el gráfico en dos hojas: una para el primer año de vida y otra para el segundo.

El gráfico lleva en su eje vertical, una escala de puntajes (0 a 720 puntos, con intervalos de 6 puntos). En su eje horizontal, se encuentra ubicada la edad en días (de 30 a 720, con intervalos de 6 días).

La *curva superior* continúa corresponde al rendimiento promedio para cada edad; la *curva intermedio* (primera punteada) indica el rendimiento a una desviación estándar del promedio; y la *curva inferior* (segunda punteada) corresponde a dos desviaciones estándar bajo el promedio.

De este modo, siguiendo las instrucciones que se detallan a continuación, se puede ubicar el rendimiento de un niño. Si su rendimiento está sobre la curva intermedia se dice que este es normal y por el contrario, si su rendimiento se ubica bajo la curva intermedia, se supone un cierto retardo. Este se considera de riesgo si se ubica entre la curva intermedia y la inferior; y si se ubica bajo la curva inferior, se supone un retraso.

Procedimiento para efectuar e interpretar un gráfico

Al usar el gráfico debe tenerse en cuenta que:

a — desde los 18 meses y en adelante, se tomaron los promedios y desviaciones del *nivel socio-económico medio-alto*. Esta determinación obedece al hecho de haber constatado en nuestra población, que la curva de desarrollo psicomotor se separa por nivel socio-económico a partir de los 18 meses, en desmedro del nivel bajo (*); y que estos niños, mediante un programa de estimulación, pueden lograr el rendimiento del nivel medio-alto (**).

b — el gráfico fue construido en base a frecuencias pulidas, luego existen pequeñas diferencias en algunos meses respecto a los puntos que separan los niveles de normalidad, riesgo y retraso en relación a los mismos puntajes expresados en C.D. (puntajes estándar).

— Ubique en el eje vertical la cifra que corresponde a la Edad Mental, esto es el puntaje obtenido por el niño en la prueba.

— Luego, ubique en el eje horizontal la Edad Cronológica en días.

— A continuación, marque un punto en el sitio donde se corte la línea horizontal con la línea vertical.

— Este punto se puede localizar en el espacio de *normalidad*, en o sobre la curva intermedia (primera punteada), de *riesgo*, entre la curva intermedia (primera punteada) y la curva inferior (segunda punteada); y *retraso*, bajo la curva inferior (segunda punteada).

(*) Rodríguez, S. y Lira, M.I.: Desarrollo psicomotor de lactantes de Santiago: diferencias según coeficientes de desarrollo en dos niveles socio-económicos, Santiago, Chile, 1976.

(**) Montenegro, et al., Programa de Estimulación Precoz - Informe Final, Santiago, Chile, 1976.

Edad	Items	Puntaje	Ponderación	Observaciones
DIEZ MESES	46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice	6	6	
	47. (S) Imita gestos simples	6	c/u	
	48. (C) Coge al tercer cubo dejando uno de los dos primeros	6		
	49. (C) Junta cubos en la línea media	6		
	50. (SL) Reacciona al "no-no"	0		
DOCE MESES	51. (M) Camina de la mano	12	12	
	52. (C) Junta las manos en la línea media	12	c/u	
	53. (M) Se pone de pie solo	12		
	54. (SL) Entrega como respuesta a una orden	0		
	55. (L) Dice al menos dos palabras	0		
QUINCE MESES	56. (M) Camina solo	0	18	
	57. (C) Introduce la pastilla en la botella	0	c/u	
	58. (C) Espontáneamente garabatea	0		
	59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros	0		
	60. (L) Dice al menos tres palabras	0		

— El MES BASE, es decir, el mes mayor en que respondió exitosamente los cinco ítem, es nueve meses; luego este mes se multiplicó por 30 (9 x 30) . . . 270 puntos

— Se anotó el puntaje de los ítem adicionales respondidos favorablemente con la ponderación correspondiente (6 + 6 + 6 + 6 + 12 + 12) 60 puntos

— Al puntaje del mes base, se le sumó los puntajes adicionales; obteniéndose así, la Edad Mental del niño (270 + 60) . . . 330 puntos
EM = 330

3) Razón entre EM y E.C.

Para determinar la razón EM/EC, se aplicó la siguiente fórmula:

$$\text{razón} = \frac{\text{E.M. } 330}{\text{E.C. } 305} = 1.081 = 1.08$$

$$\text{EM/EC} = 1.08$$

4) Coeficiente de Desarrollo (C.D.): Para obtener el C.D. se buscó en la tabla correspondiente a 10 meses (edad cronológica en meses) y se buscó el puntaje de conversión correspondiente a la razón EM/EC de 1.08, obteniéndose así el puntaje estándar de 0.96.

Tenemos, por consiguiente que:
razón EM/EC = 1.08 = PE = 0.96
C. D. = 0.96, correspondiente a rango de normalidad.

5) Perfil de desarrollo psicomotor:

Suele ocurrir que un niño tiene un retraso en un área del desarrollo, el que queda encubierto por el buen rendimiento en las otras áreas. En el caso que ha servido de ejemplo, el C.D. era 0.96, ubicado en un rango de normalidad pero, el perfil que se ilustra a continuación, nos indica que su rendimiento no era homogéneo.

- Se marcó la línea vertical a la derecha de la edad cronológica del niño (10 meses), atravesando las cuatro áreas de desarrollo.
- Se observó el último ítem aprobado por el niño en cada una de las áreas; es decir, en el área de coordinación el ítem 52; en el área social el ítem 47; en el área del lenguaje el ítem 45; y en área motora el ítem 53 y se encerraron cada uno en un círculo.
- Se unieron los números marcados mediante una línea.
- La línea a la derecha de los diez meses (edad cronológica) indica que se esperaba que el niño respondiera exitosamente todos los ítem a la izquierda de esta línea; sin embargo, la línea quebrada (perfil del rendimiento obtenido) demuestra que el niño tiene un rendimiento inferior al esperado para su edad en el área específica del lenguaje (nivel de 9 meses); lo que estaría indicando que la estimulación de ésta área debería efectuarse considerando al niño como de nueve meses de edad.

edad \ área	8	9	10	12
área coordinación		43	46 48	52
		44	49	
área social		45	47 50	54
área lenguaje		45	50	54 55
área motora		41	42	51 53

ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR: 0 a 2 AÑOS (Rodríguez, S., et al.)
STGO. - CHILE

PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR

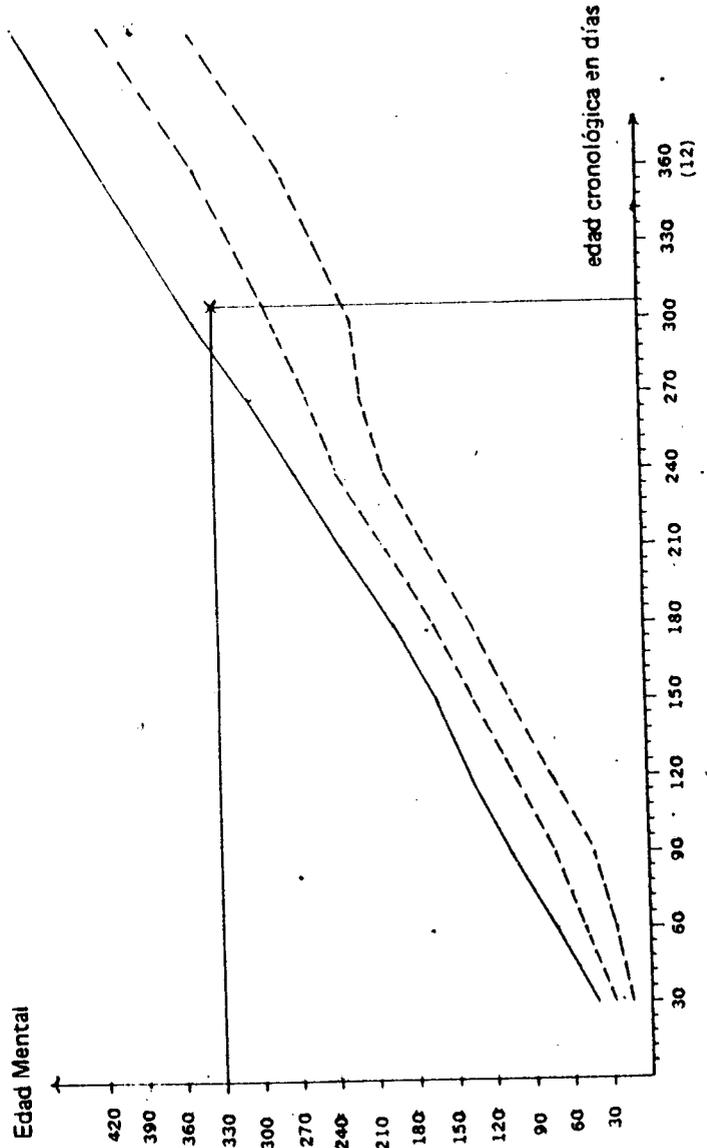
área	edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
coordinación	4		8	12	16	22	27	32	39	43	46	52	57	64	68	75
				13	17	23	28	35		44	48	54	58	65		
social	1		6	11	20	21	30	34		45	47	54		61	70	73
				8							50					
lenguaje	2		7	12	17	21	30	33	40	45	50	54	60	61	66	72
				15	20							55			67	74
motora	3		9	14	18	24	26	31	36	41		51	56	62		71
									37	42		53		63		

área	edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
coordinación	4		8	12	16	22	27	32	39	43	46	52	57	64	68	75
				13	17	23	28	35		44	48	54	58	65		
social	1		6	11	20	21	30	34		45	47	54		61	70	73
				8							50					
lenguaje	2		7	12	17	21	30	33	40	45	50	54	60	61	66	72
				15	20							55			67	74
motora	3		9	14	18	24	26	31	36	41		51	56	62		71
									37	42		53		63		

5) Gráfico de desarrollo psicomotor:

Con el objeto de visualizar rápidamente el rendimiento de un niño, sin efectuar más cálculos que su Edad Mental y Edad Cronológica, y teniendo en cuenta las limitaciones del mismo, se sugiere el uso del gráfico.

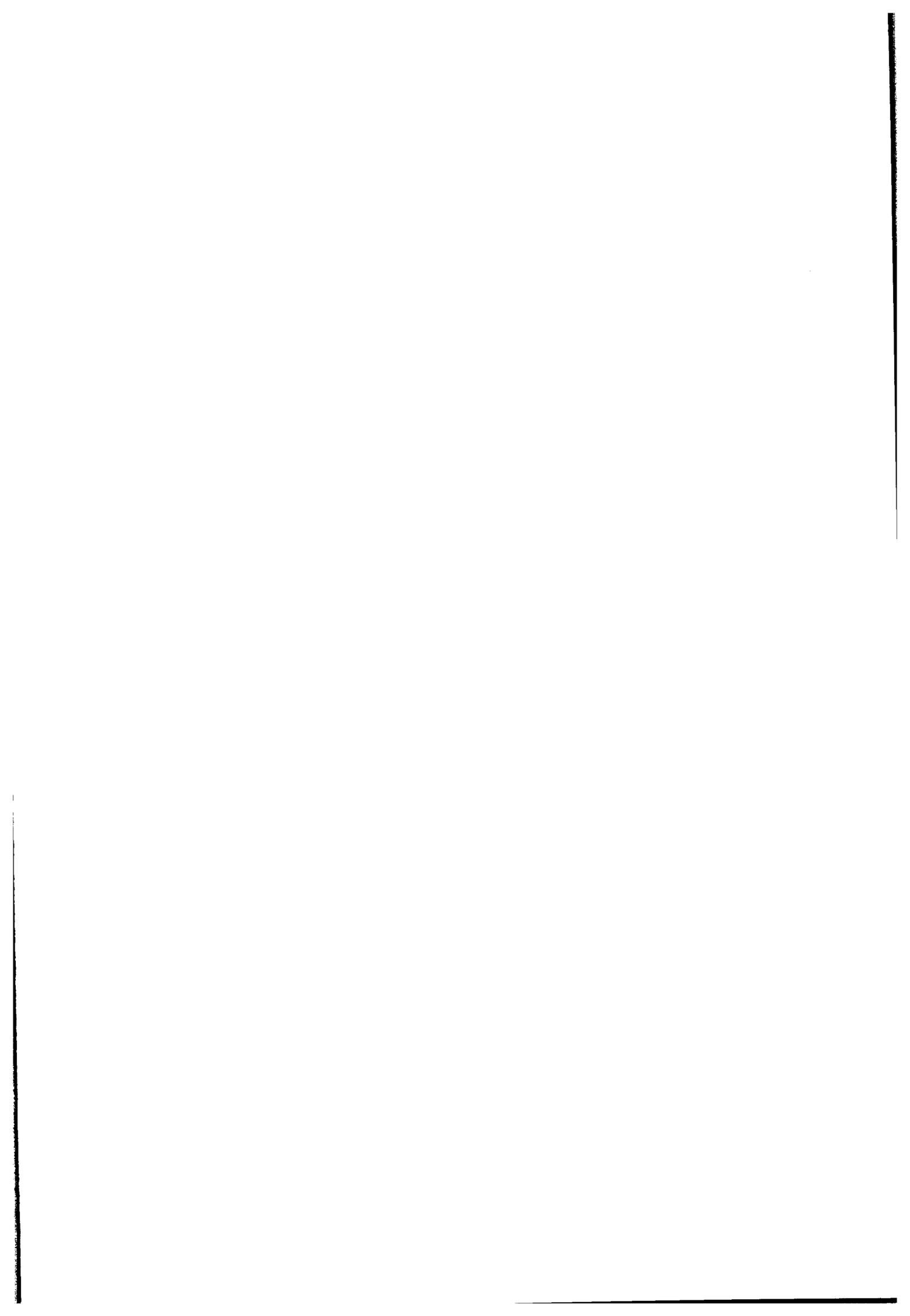
- El procedimiento se describe a continuación con los datos del ejemplo anterior, en el gráfico del primer año de vida.
- Se ubicó en el eje vertical la cifra que corresponde a la Edad Mental = 330 puntos.



- Se ubicó en el eje horizontal la Edad Cronológica en días del niño = 305 días.

- Se marcó el punto en donde se cortó la línea horizontal, trazada a partir de la EM = 330, con la línea vertical, trazada a partir de la EC = 305 días.

- El punto quedó localizado levemente bajo el promedio, pero dentro del espacio de normalidad.



ANEXO DE PROPUESTA FINAL

ANEXO I

Cuestionario

Para poder realizar la evaluación del taller que se está llevando a cabo, solicitamos respondan al siguiente cuestionario marcando con una X la respuesta o bien respondiendo brevemente según el caso.

Desde ya muchas gracias.

1. Considera la modalidad del taller:

a) Buena ()

b) Regular ()

c) Mala ()

¿Porqué?.....
.....
.....

2. La frecuencia e implementación de los talleres se adapta a las necesidades del grupo?

a) Si ()

b) No ()

¿Porqué?.....
.....

.....
3. ¿Los conceptos brindados son suficientes y claros al momento de ser llevados a la práctica?

- a) Si ()
- b) No ()

¿Porqué?.....
.....
.....

4. ¿Usted ve facilitada la detección de factores de riesgo y signos de alarma a partir de los conocimientos brindados?

- c) Si ()
- d) No ()

¿Porqué?.....
.....
.....

5. Otros comentarios.....
.....
.....

ANEXO II**Matriz de Registro-Evaluación final.**

Objetivo Específico	Meta	Tiempo previsto	Meta alcanzada
Brindar al equipo de los Jardines Maternales, herramientas para la promoción del desarrollo y la detección precoz de factores de riesgo y signos de alarma.	Que el 90% de los profesionales docentes y personal que conforman el equipo de los Jardines Maternales puedan tener conocimiento sobre factores de riesgo y signos de alarma que afecten el desarrollo integral de los niños	1 año	
Promover la participación activa de los padres en el proceso de desarrollo de los niños.	Que el 80% de los padres que asisten con sus hijos al IREMI puedan participar activamente en el proceso de desarrollo de los mismos.	1 año	
Reforzar la información que poseen los padres sobre los efectos que generan la persistencia de los hábitos inadecuados.	Que el 80% de los padres puedan tener conocimiento sobre los efectos negativos que generan la persistencia de hábitos inadecuados en el desarrollo de sus hijos	1 año	

ANEXO III

Planilla de comparación- Evaluación de Impacto

ÁREAS DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	RESULTADO DE SCREENING PREVIO A LA APLICACIÓN DEL PROYECTO	RESULTADO DE SCREENING POSTERIOR A LA APLICACIÓN DEL PROYECTO	RESULTADOS COMPARATIVOS FINALES		
			+	-	=
ÁREA MOTORA					
ÁREA DE COORDINACIÓN					
ÁREA SOCIAL					
ÁREA DEL LENGUAJE					

HÁBITOS	CANTIDAD DE HÁBITOS INADECUADOS DETECTADOS PREVIAMENTE A LA APLICACIÓN DEL PROYECTO	CANTIDAD DE HÁBITOS INADECUADOS DETECTADOS PREVIAMENTE A LA APLICACIÓN DEL PROYECTO	RESULTADOS COMPARATIVO FINALES		
			+	-	=
ALIMENTACIÓN					
SUEÑO					
HIGIENE					
LUDICO-RECREATIVO					



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
U. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223- 4752442.

Jurado:

- ✓ Lic. JERRA, Maria Eugenia
- ✓ Lic. GONZALEZ, Nancy.

- ✓ Lic. BEECHER, Nora.

Fecha de Defensa: 10/07/2000

Nota: 8 (ocho).