

2002

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

Arellano, Viviana Mabel

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/750>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

TESIS DE GRADO

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.

Arellano, Viviana Mabel

Celesia, María Sol

Noviembre de 2002

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
inventario	signatura top
3255	
vol	ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	



Director de Tesis

Licenciada en Terapia Ocupacional

María Eugenia Veyra



Asesor Metodológico

Licenciada en Terapia Ocupacional

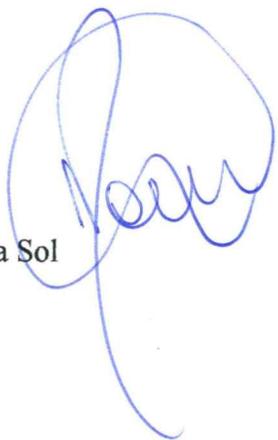
Marisel Donati

Autoras

Arellano, Viviana Mabel

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Arellano", with a horizontal line underneath the name.

Celesia, María Sol

A highly stylized, cursive handwritten signature in blue ink, likely belonging to María Sol Celesia.

Agradecimientos

- Agradecemos a nuestros novios, familia y amigos por haber estado siempre junto a nosotras, por la paciencia, por su ayuda y por la fuerza que nos han brindado, *muchas gracias a todos.*

- Agradecemos de manera muy especial a nuestra directora de tesis, María Eugenia Veyra, y a nuestra asesora metodológica, Marisel Donati, por haber creído en nosotras, por enseñarnos tanto, por ser tan buenos profesionales y por sobre todo por ser tan buenas personas, *muchas gracias.*

Índice Temático

Introducción	1
Tema	7
Marco Teórico	
Capítulo I Estado Actual de la Cuestión	8
Capítulo II Atención Primaria de la Salud	14
II. a. La Salud	14
II. b. Atención Primaria de la Salud	14
II. b. 1. Prevención Primaria	16
II. b. 2. Prevención Secundaria	18
II. c. Rol de Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud en la población materno-infantil	19
II. d. Crítica a la meta “Atención Primaria de la Salud”	20
Capítulo III Características del Desarrollo Psicomotor	23
III. a. Desarrollo	23
III. b. Desarrollo Psicomotor	25
III. b. 1. Características del Desarrollo Psicomotor de los niños del primer y segundo trimestre de vida	28
III. c. Desarrollo Psicoafectivo	35
III. c. 1. El niño y el ambiente facilitador	38
III. d. Valoración del Desarrollo Psicomotor	43
Capítulo IV Aspectos Metodológicos	51
IV. a. Problema	51
IV. b. Objetivo General	51
IV. c. Objetivos Específicos	51
IV. d. Variable de Estudio	52
IV. e. Tipo de Estudio	56
IV. f. Población de Estudio	56
IV. g. Unidad de Análisis	56
IV. h. Muestra	56
IV. i. Técnicas de Recolección de Datos	57
IV. j. Procedimiento de Recolección de Datos	62
Presentación, análisis e interpretación de datos	63
Presentación de datos	63
Análisis e Interpretación de datos	72
Conclusión y Propuesta	87
Bibliografía	91
Anexo	

INTRODUCCIÓN

Introducción

En el Partido de General Pueyrredón, existen 29 Unidades Sanitarias dependientes de la Secretaria de Salud y Protección Sanitaria. En todas estas Unidades, se desarrollan distintos programas municipales, uno de los cuales es el Programa Materno Infantil (PMI), “Control del Niño Sano”.

El Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (IREMI) es considerado *Centro* de Atención Primaria de la Salud materno infantil, porque constituye la máxima complejidad en cuanto a los servicios de salud que brinda. El Programa “Control del Niño Sano” en el Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, funciona desde 1961 y atiende a los niños nacidos en el Hospital Interzonal de Maternidad e Infancia y a aquellos que concurren por demanda espontánea. Actualmente la atención está dirigida a dos grandes grupos poblacionales, la clase media empobrecida o nuevos pobres, y la clase marginal, a diferencia de lo que ocurre en los Centros de Salud barriales, donde la población es más homogénea. La clase media empobrecida posee un nivel sociocultural mayor al de la clase marginal y es por ello que demandan una atención más individualizada.

El programa estaba destinado inicialmente a la atención médica primaria del lactante; por estar basado en un paradigma biológico, los trabajadores que lo integraban, médicos pediatras y enfermeros, priorizaban los aspectos curativos y biológicos (planes de vacunación, revisión clínica, prevención y tratamiento de enfermedades).

Actualmente este programa ha sido redefinido hacia la promoción, prevención y protección de dicho grupo etéreo, con abordaje interdisciplinario, controlando el normal desarrollo psicofísico y brindando orientación a los padres.

El objetivo del programa es poder brindar una atención integral a la familia, entendiendo el concepto de *atención integral* como aquel que incluye una mirada a los temas de la población y de la situación de las mujeres, ya que estos están estrechamente vinculados a la salud y desarrollo del niño.

De las 29 Unidades Sanitarias, en 13 de ellas se desarrollan funciones de Salud Mental, y en sus planteles están incluidas 8 Terapistas Ocupacionales.

El departamento de Salud Mental fue creado en 1965, pertenece a la Secretaría Salud y Protección Sanitaria, y su creación respondió a necesidades planteadas específicamente a aspectos referidos a problemas de conducta, aprendizajes y socioculturales de niños y adolescentes.

Desde el comienzo ha desarrollado actividades de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria, abordados por un equipo interdisciplinario conformados por los servicios de psicología, psiquiatría, psicopedagogía, fonoaudiología, servicio social y terapia ocupacional.

Particularmente en el Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (IREMI), el departamento de Salud Mental registró desde su creación una demanda asistencial creciente, de niños entre los 4 y 11 años, con patología instalada y trastornos relacionales severos, al mismo tiempo que se observó, un incremento significativo de la severidad de los trastornos y del número de consultas de niños entre los 4 y 5 años de edad, éstos eran derivados fundamentalmente por los pediatras y jardines de infantes. Los motivos de consulta eran consecuencia de trastornos del crecimiento y desarrollo no detectados en su momento por las familias ni por los trabajadores de Salud (médicos y enfermeras).

Es aquí donde se produce un reclamo reiterado de los pediatras del Plan de Lactantes del Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, para que los profesionales de Salud Mental se integren al mismo.

La participación del servicio de Terapia Ocupacional incorporado a la actividad del Plan de Lactante para el Control del Niño Sano, tiene como objetivo principal la prevención de la incidencia de los factores de riesgo psicosociales sobre el desarrollo del niño y la detección precoz de signos de alarma. Además el abordaje desde Terapia Ocupacional ha permitido que la familia reciba información integral acerca del desarrollo emocional y psicosocial del niño, como así también la valorización de la díada madre-hijo.

La atención del Programa, conocido como **“Plan de Lactantes”**, **“Control del Niño Sano”**, consiste en la atención programada del niño recién nacido hasta los 5 años y 11 meses de edad, en el cual se realizan controles mensuales hasta los 6 meses, a partir de aquí los controles son trimestrales hasta los 18 meses, y anuales desde los 2 años hasta los 5 años y 11 meses de edad.

Las actividades llevadas a cabo en el Programa **“Control del Niño Sano”** comprenden la apertura de Historia Clínica y entrevista Social el día del primer control, además, en todos los encuentros se realizan los controles de crecimiento (registro de peso, talla, perímetro cefálico, plan de vacunación), examen clínico y madurativo, talleres de educación para la salud, como así también la consulta por patología e indicaciones a la familia según la edad cronológica del niño. Se realiza un despistaje audiológico a todos los niños de 6 meses de edad. Cabe destacar que los controles están organizados por grupos según la edad cronológica de los niños.

Los Talleres de Educación para la Salud son previos al control clínico del niño, y están a cargo de los integrantes del equipo de salud, pediatra y/o enfermero y/o terapeuta ocupacional, y/o psicólogo y/o asistente social; en los cuales se informa sobre el funcionamiento y los alcances del Programa de Atención al Niño. La actividad llevada a cabo por el Terapeuta Ocupacional dentro de los talleres consiste en brindar información acerca del desarrollo integral del niño según su edad cronológica; la distribución de cartillas a los familiares referidas a las conductas del desarrollo esperables para cada etapa cronológica, el medio de facilitarlas y la descripción de indicadores de riesgo. Se implementa de este modo una estrategia participativa que genere inquietudes e iniciativas en las familias, favoreciendo la comunicación con el equipo. Los contenidos específicos que se desarrollan desde Terapia Ocupacional en los Talleres se refieren a la promoción de lactancia exclusiva, prevención de accidentes, hábitos (sueño, higiene, alimentación), estimulación, juego, anticipación de patologías prevalentes (prevención, manejo y signos de alarma), y la observación de las relaciones interpersonales.

Esta modalidad de Talleres le permite al Terapeuta Ocupacional, detectar situaciones de riesgo que involucren al niño tanto en su desarrollo psicomotor como psicoafectivo y su grupo familiar.

El Terapeuta Ocupacional además de participar de todos los Talleres de Educación para la Salud, correspondientes para cada edad (acciones de Prevención Primaria), realiza la Valoración del Desarrollo Psicomotor con turno diferido, a los 9 y 24 meses de edad de los niños que concurren al Control del Niño Sano en el Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia (acciones de Prevención Secundaria).

Dada la gran demanda de atención de niños, algunas valoraciones del desarrollo se llevan a cabo en los meses siguientes a los pautados.

De la observación de dichas valoraciones realizadas entre los 9 y los 11 meses de edad, en el período que comprende marzo-abril del año 2000, se puede concluir que el porcentaje de niños que presenta alteraciones en el desarrollo es significativo, ya que representa el 17% de la población evaluada.

En base a estos resultados, el objetivo general de la investigación es poder reconocer la necesidad de valorar el desarrollo psicomotor antes del tercer trimestre de vida, ya que en ese período (tercer y sexto mes de vida), es posible la detección precoz de signos de alarma (indicios y/o señales que aparecen y que no se corresponden con el normal desarrollo del niño), que interfieran con el posterior desarrollo del niño.

Para ello se instrumentará una prueba estandarizada (Escala De Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses de Rodriguez, S.; Arancibia,V.; y Undurraga,C.), la cual constituirá el eje central de la investigación y cuyo propósito fundamental no es clasificar o rotular a los niños bajo un determinado nivel de desarrollo, sino más bien evaluar un cierto nivel de rendimiento que permita oportunamente intervenir y favorecer el desarrollo pleno del potencial psicomotor del niño.

Complementariamente se realizará una observación del vínculo madre-bebé y una entrevista semiestructurada a las madres acerca de los hábitos/comportamientos del lactante, para poder aportar de esta manera otros datos a los obtenidos por la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses, ya que el Perfil Psicomotor arrojado por esta Escala no posibilita una mirada integral del desarrollo del niño, y dado que las funciones que desempeña el

Terapista Ocupacional en Salud Mental en la población materno-infantil están dirigidas a obtener un adecuado conocimiento de los aspectos físicos, psicosociales, conductuales y vinculares del niño, intentando promover de esta manera un desarrollo integral de los niños para llegar a ser adultos sanos.

La *detección temprana* brinda la posibilidad de prevenir y minimizar los retrasos del desarrollo y promover un crecimiento y desarrollo armónico.

TEMA

Tema

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.

MARCO TEÓRICO

Capítulo I

Estado Actual de la Cuestión

I. Estado Actual de la Cuestión

De la búsqueda bibliográfica realizada, los artículos de mayor aproximación al tema de investigación han sido recogidos a través de la base de datos Medline, Tesis de Grado de la Universidad Nacional de Mar del Plata y Publicaciones científicas de Archivos Pediátricos Argentinos, los cuales se citan a continuación:

Alfaro, Graciela A; Barbero, Marcela A. *Desarrollo mental y psicomotor en niños nacidos de pretérmino*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 1999.

En la ciudad de Olavarría (provincia de Buenos Aires), observaron y describieron el comportamiento del desarrollo mental y psicomotor de los niños de pretérmino con P.A.E.G.(Peso Adecuado para la Edad Gestacional), evaluados a la edad corregida al término de 0-24 meses, en el Hospital Público Coronel Olavarría.

El estudio estuvo conformado por 49 niños, evaluados con la Escala Bayley de Desarrollo Infantil. La investigación permitió observar que el promedio para el área psicomotriz fue más bajo que para los índices de desarrollo mental, encontrándose ambos valores por debajo de la puntuación media propuesta por Bayley. Se comprobó también que el mínimo porcentaje que logró superar la media (36,7% en el área mental y 24,5% en el área psicomotriz) fue menor para el área psicomotora.

En relación al intervalo de edad corregida en el que se registraron los índices más bajos (tanto en el área mental como psicomotriz), los mismos se ubicaron en el intervalo de 19 a 21 meses de edad corregida; en cambio, el mayor porcentaje de niños que logró superar el promedio estandarizado por Bayley se registró en el intervalo de 6 a 8 meses (de edad corregida), para la escala mental, y en el de 3 a 5

meses para la psicomotora. Coincidentemente en el intervalo de 22 a 24 meses (de edad corregida), no se registraron índices superiores a la media en ambas áreas.

Por otro lado, observaron que el porcentaje de respuestas positivas más bajo se registró al evaluar el lenguaje expresivo y la actividad en decúbito prono.

De Andraca, I; Pino, P; De la Parra, A; Rivera, F; Castillo, M. *Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas.* Revista Saúde Pública. 1998 Abril; 32(2): 138-47.

El objetivo fue evaluar los efectos de los factores de riesgo en el desarrollo infantil, de niños nacidos en óptimas condiciones biológicas y bajo nivel socioeconómico y las circunstancias sociales adversas a las que están expuestos. Evaluaron aproximadamente 788 infantes de ambos sexos, los que fueron estudiados y controlados prospectivamente entre los 6 y 12 meses. Su desarrollo mental (M.D.I.) y psicomotor (P.D.I.) fue evaluado usando la Escala Bayley de Desarrollo Infantil (Bayley Scale of Infant Development).

La combinación de categorías de riesgo con el temperamento infantil, la inteligencia materna y la estimulación familiar, muestra una alta predicción en el desarrollo del niño, más que otras combinaciones analizadas en este estudio.

Llegaron a la conclusión que el desarrollo psicomotor de los niños nacidos en óptimas condiciones biológicas, está afectado negativamente por la presencia de condiciones adversas simultáneas.

Nogara, M. Eugenia. *Terapia Ocupacional y el desarrollo psicomotor de niños con necesidades básicas insatisfechas.* Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 1997.

El objetivo de la investigación fue analizar la prevalencia de alteraciones o riesgo de alteraciones del desarrollo psicomotor en niños de 0-24 meses de edad

con N.B.I. (Necesidades Básicas Insatisfechas) sin patología asociada, que concurren a control en el Hospital Materno Infantil de San Clemente de Tuyú.

Se utilizó como instrumento de medición la E.E.D.P (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses de Rodríguez, S y Cols.)

De los 91 niños evaluados, el 54,9% presentó un nivel de desarrollo normal; el 29,7% se ubicó en la categoría riesgo y el 15,4% en la categoría retraso.

Las áreas del desarrollo de mayor compromiso fueron el área motora y el área de coordinación, ubicándose principalmente entre los niños de nivel de "riesgo"; mientras que el área social se encontró entre los niños del nivel "retraso". El área lenguaje se encontró igualmente comprometida en ambos niveles. Por otro lado la distribución en meses sobre el nivel de desarrollo mostró que en ambos grupos etáreos (0-12 y 13-24 meses) el desarrollo normal fue alcanzado por la mayoría de los niños.

Sesa,S; Frassoni, A.M; Sabulsky,J; Agrelo,F. *Análisis longitudinal y comparativo del desarrollo infantil en la ciudad de Córdoba*. Archivos Argentinos Pediátricos. 2001. Vol.99 N° 2 Pág.119.

El informe analiza el desempeño en pruebas de desarrollo en una cohorte de niños nacidos en la ciudad de Córdoba en mayo de 1993, y compara los resultados con los obtenidos por el Programa Nacional Colaborativo de Evaluación del Desarrollo en niños menores de seis años (PRUNAPE).

Los objetivos fueron: a) Establecer perfiles de desarrollo de los niños de Córdoba a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses de edad. b) Comparar el desempeño con las pautas del Estudio Nacional Colaborativo (PRUNAPE).

Utilizaron la escala de desarrollo elaborada por el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional de Pediatría “ Prof. Dr. J.P. Garrahan”, la cual fue aplicada en forma estandarizada en el domicilio de los niños.

Llegaron a la conclusión que la disminución progresiva en el rendimiento debe ser un llamado de atención para considerar al desarrollo como un aspecto fundamental de la función pediátrica en la vigilancia integral de los niños. Consideran que el desarrollo infantil debe ser motivo de análisis y discusión permanente para poder arribar a puntos de coincidencia cada vez más universales, que permitan comparaciones validas.

Vega, M.C; Bosenberg, I; Campisi, M.A; Porro, S; Camezzana, G
Desarrollo de los niños de familias pobres en la ciudad de Mar del Plata.
Identificación de riesgo. La Salud en Crisis.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo general contribuir al desarrollo de las estrategias de promoción y atención de la salud que favorezcan el bienestar de los niños desde la óptica de la Atención Primaria de la Salud. Es por esto que estudian las características del desarrollo integral del niño de alto riesgo social desde el nacimiento hasta la edad escolar con un enfoque que lo abarca a él, a su familia y a su comunidad.

Estudiaron 80 niños y sus familias que concurrieron a dos centros de salud ubicados en barrios periféricos de la ciudad de Mar del Plata, con alto porcentaje de población de alto riesgo social.

Sus objetivos han sido:

1-Identificar información relevante, que constituya un aporte para la planificación y ejecución de programas en la comunidad.

2-Identificar características de las familias y del niño recién nacido relacionadas con su desarrollo en los dos primeros años de vida.

3-Identificar los grupos más vulnerables dentro de una población de alto riesgo social.

4-Analizar en forma integral el problema del retraso del desarrollo de los niños de causa social y proponer para la discusión conclusiones de una investigación interdisciplinaria.

Para llevar a cabo los objetivos implementaron la siguiente metodología:

- Recolectaron datos demográficos, socioeconómicos, educacionales y de participación comunitaria de las familias.

- Evaluaron el desarrollo psicomotor de los niños desde el nacimiento hasta los 2 años de vida, a través de la evaluación en Terapia Ocupacional, realizaron Examen Neurológico y utilizaron la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses. de S. Rodríguez. También estudiaron aspectos del desarrollo como niveles de inteligencia, dibujo, juego y aspectos vinculados al ejercicio de la función materna en un subgrupo de 25 niños seleccionados de manera aleatoria.

Resultados: Las familias presentaron homogeneidad en los indicadores de pobreza estructural y de participación en la comunidad. El análisis de la salud de la mujer mostró características relacionadas con los factores sociales: embarazo adolescente, multiparidad temprana e importantes índices de bajo peso al nacer (12%) y retardo de crecimiento intrauterino de los niños al nacimiento (21%, porcentaje que supera la media de la provincia de Buenos Aires). Lo que caracteriza el desarrollo de estos niños es una inestabilidad y dificultad para alcanzar las pautas esperadas para la edad, tendencia que los coloca casi

permanentemente en riesgo con descensos más marcados en determinadas edades: 1º, 3º, 4º, 8º, 15º y 18 meses. Algunas áreas del desarrollo se vieron afectadas globalmente, sin embargo es significativa la presencia de retraso y dificultades en los primeros meses, en las áreas del lenguaje y de coordinación de funciones enfatizándose hacia los 18 y 24 meses.

Wildin S.R., Smith K; Anderson, A; Swank, P; Denson, S; Lanry,S.
Predicción de modelos de desarrollo en los niños de 40 meses, a partir de exámenes neurológicos a los 6 y 12 meses de edad en niños nacidos con muy bajo peso. J-Dev-Behav-Pediatric. 1997.Agosto; 18(4): 215-21.

El estudio intenta determinar si las exámenes neurológicos pueden predecir modelos de desarrollo en niños nacidos con muy bajo peso a los 40 meses de edad. Se realizaron exámenes neurológicos a los 6 y 12 meses; utilizaron la Escala Bayley de Desarrollo Infantil a los 6, 12 y 24 meses y el Test de Stanford-Binet y la Escala Motriz de Mc Carty a los 40 meses

Concluyeron que la exámenes neurológica durante el primer año de vida debería ser realizada en programas de intervención temprana.

En base a los datos obtenidos de las investigaciones citadas, se considera que las evaluaciones sistematizadas del desarrollo infantil tienen como objetivo detectar niños en riesgo o retraso del desarrollo; permiten intervenir oportunamente e intentan satisfacer las necesidades del niño y su entorno.

Capítulo II

Atención Primaria de la Salud

II. Atención primaria de la salud

II.a. La Salud

La O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) define la salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”,¹ si bien esta definición ha permitido un avance importante al considerar la salud no sólo como ausencia de enfermedad, el concepto es aún insuficiente ya que la salud no es un estado, sino que forma parte de un proceso multidimensional, en el cual interactúan factores biológicos, psicológicos, socioculturales y ambientales.

Para entender el proceso salud-enfermedad se requiere una mirada integral, que incluya dichos factores.

Según lo declarado en la Conferencia de Alma-Ata, la *Salud* es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del de salud.

II. b. Atención Primaria de la Salud.

En el año 1977 todos los países del mundo se fijaron la meta de “Salud para todos en el año 2000”, como respuesta social y política a las grandes e injustas desigualdades entre grupos de población, tanto en lo que se refiere al nivel de salud como a la distribución, uso y efecto de los recursos. “Salud para todos en el año 2000”, es por lo tanto una meta de equidad y justicia social. Si bien no se pensaba que las injusticias desaparecerían para el año 2000 se esperaba que para esa fecha todos los países pusieran en marcha procesos que condujeran a disminuir las desigualdades en salud.

¹ Declaración de Alma Ata. *Revista Salud Mundial*. Artículo 1. Agosto-Septiembre 1988.

Para poder alcanzar esta meta, la *estrategia* propuesta fue definida como Atención Primaria de la Salud.

La declaración de Alma Ata señala que “La Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial, basadas 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 mediante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...”²

Las *características* de la Atención Primaria de la Salud son universalidad, toda la población debe tener acceso a los servicios de salud; la equidad, significa proporcionar igual oportunidad de acceso en todos los niveles de salud; y la continuidad, los servicios no deben ser esporádicos.

Si bien la Atención Primaria de la Salud es para toda la población, su interés central son aquellos grupos humanos que por la edad, condición social y/o económica se encuentran en situación de mayor riesgo.

Surgen de la Atención Primaria de la Salud, *principios fundamentales*, que hace que esta estrategia se diferencie del sistema tradicional de servicios de atención médico reparativa. Los principios fundamentales son: participación comunitaria, entendida como la capacidad del pueblo para tomar parte activa en todas las etapas del proceso de salud; la descentralización, reconocida como la transferencia efectiva de poder político hacia los niveles más periféricos o locales; la acción multisectorial, entendida como la colaboración y cooperación entre diferentes sectores sociales y

² Declaración de Alma Ata. *Revista Salud Mundial*. Artículo 1. Agosto-Septiembre 1988.

económicos; las tecnologías apropiadas, referidas al uso de lo más adelantado del desarrollo científico y tecnológico teniendo en cuenta las necesidades más prevalentes y la disponibilidad real.

Las *acciones* a través de las cuales se desarrolla esta estrategia se dan básicamente en tres niveles, Prevención Primaria (Protección y Promoción de la Salud), Prevención Secundaria (Detección precoz y Tratamiento), y Prevención Terciaria (está encaminada a evitar complicaciones y secuelas irreversibles, y en el caso de que ya se hallan instaurado detener su avance).

En el caso particular del Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, y más precisamente en el Control del Niño Sano desde Terapia Ocupacional se realizan acciones de Prevención Primaria y Secundaria. Las acciones de Prevención Primaria se llevan a cabo a través de las charlas informativas que se brindan en los Talleres de Educación para la Salud, las acciones de Prevención Secundaria están constituidas por el screening realizado a los lactantes de 9 y 24 meses de edad, ya que está destinada a la detección y tratamiento precoz.

II.b.1. Prevención Primaria

Prevenir, es evitar, intervenir antes de que se desencadene un hecho; según la fase del proceso salud-enfermedad en que se actúe, se clasifica la prevención en: primaria, secundaria o terciaria. Si bien se desarrollan por separado en la realidad no es una clasificación estática, sino que incluyen un conjunto de actividades cuya finalidad está orientada a favorecer el bienestar bio-psico-social del individuo y la comunidad.

La Prevención Primaria “es el total de intervenciones ejercidas directamente sobre los factores causales de la enfermedad, suprimiéndolos y, en definitiva suprimiendo ésta”³. Abarca actividades y técnicas propias del sistema sanitario así como otras que tienen su origen en otros sectores y que están relacionados básicamente con la salud medioambiental.

Las acciones del Terapeuta Ocupacional en Prevención Primaria en la población maternoinfantil están dirigidas a facilitar por un lado, el desarrollo de las potencialidades de cada niño en particular y en todos sus aspectos y por el otro, a contener, orientar y acompañar a la madre y a su familia en este proceso; a través de la Promoción y Educación para la Salud.

Promoción de la Salud

En la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud organizada en Canadá en 1986, queda definido en la Carta de Ottawa este nuevo concepto.

“La Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de modificar o adaptarse al medio ambiente.”⁴

La Promoción de la Salud, incluye un conjunto de actividades de educación, investigación y acción social que están orientadas a rescatar prácticas sociales horizontales, solidarias y participativas.

³ Zuru, A.M.; Cano Pérez, J. F. *Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas de actuación en la consulta*. Ediciones Doyma S.A. España. 1986. Pág. 31

⁴ Material de circulación interna. Cátedra Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad. *Carta de Ottawa*. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.

La Promoción de la Salud se centra en alcanzar la equidad, reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades y recursos que faciliten a la población desarrollar al máximo su salud.

Es condición y requisito fundamental de la Promoción de la Salud la participación efectiva y concreta de la comunidad en la programación y ejecución de los planes de salud. Estas acciones favorecen el desarrollo de aptitudes personales y sociales proporcionando información y educación para la salud.

Educación para la Salud

Es importante que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo responsabilidad sobre ella.

La Educación para la Salud se entiende “ como un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas.”⁵

La educación para la Salud propicia y estimula un espacio de intercambio entre distintas formas de saber, involucra a la comunidad en actividades de salud facilitando experiencias de participación y abriendo camino hacia otras formas de compromiso con su propio desarrollo.

II.b.2.Prevencción Secundaria

“Cuando se actúa en un estado incipiente de la enfermedad mediante tratamiento y diagnóstico precoz se interviene en el nivel secundario de la prevención. Se trata de detener la evolución de una determinada patología en sus inicios cuando los síntomas de la misma no son claramente manifiestos.”⁶

⁵ Kroeger, A.; Luna, R. *Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos*. OPS. Edit. Pax México. 1992. Segunda Edición. Pág. 151.

⁶ Op.Cit. Zurru, A.M.; Cano Pérez, J.F. Pág. 32.

Dentro de las actividades de Prevención Secundaria a desarrollar por el Terapeuta Ocupacional en el Control del Niño Sano se encuentran los exámenes colectivos o screening que asumen el concepto de cuidado anticipado y detección temprana de casos en riesgo.

II.c. Rol de Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud en la población materno-infantil

La presencia del Terapeuta Ocupacional dentro del Control del Niño Sano y más precisamente en su participación en los Talleres de Educación para la Salud, como integrante de un equipo multidisciplinario, contribuye a la detección precoz de signos de alarma en los niños con riesgo de sufrir desviaciones o retrasos en el desarrollo psicomotor y psicoafectivo, interviniendo oportunamente como parte del proceso de Atención Primaria. En dicho proceso, el Terapeuta ocupacional entre otros objetivos, actúa como facilitador de aquellos elementos que le permitan a la díada madre-hijo y a su entorno, detectar y utilizar sus propios recursos, desarrollando sus capacidades y actitudes maternas de tal forma que pueda identificar lo que su hijo necesita en cada etapa del desarrollo.

Detectar tempranamente permite poder implementar un tratamiento adecuado o el desbloqueo de una situación conflictiva, visualizar los disturbios y modificar las dificultades vinculares. La valoración del desarrollo psicomotor, la observación del desarrollo psicoafectivo y el conocimiento de los hábitos/comportamientos de los niños son de fundamental importancia para los profesionales que se dedican a la detección de patologías infantiles. A través de la detección de signos de alarma se puede realizar un diagnóstico temprano e implementar un tratamiento adecuado y/o resolver situaciones conflictivas.

El rol del Terapeuta Ocupacional en Intervención Temprana es el de facilitar el funcionamiento independiente de los lactantes y niños pequeños y sus familias, previniendo y minimizando los retrasos del desarrollo, y promoviendo un crecimiento y desarrollo armónico.

La tarea del Terapeuta Ocupacional en Atención Primaria de la Salud Materno-infantil es identificar, señalar y abordar aquellos signos que delaten dificultades en el desarrollo integral del niño, condición indispensable para una intervención precoz.

II.d. Crítica a la meta “atención para todos en el año 2000”

Dado los tiempos que transcurren, pensar en atención para todos, constituye una utopía. Si bien los trabajadores de la salud, trabajan en pos de lograr la meta, esto se ve atravesado por fuertes lineamientos políticos y económicos. Lo que se pensó es que existieran en el año 2000 en todos los países del mundo, auténticos y sostenidos procesos que condujeran a cerrar la brecha de las desigualdades en salud, en la distribución, uso y efecto de los recursos asignados en esta área. Aún hoy siguen y se han agudizado las diferencias en la atención sanitaria. Existe cada vez más una mayor parte de la población que no es atendida, por la no disponibilidad de los servicios de salud y por la creciente demanda poblacional. La centralización y la burocratización aumentan cada vez más. Esto hace que se incrementen progresivamente las desigualdades en salud.

Lo anteriormente mencionado se debe, entre otras cosas a factores económicos, políticos y sociales. La distribución desigual de los escasos recursos y su concentración se agravan por el creciente aumento de los servicios médico-reparativos, lo cual responde en parte a la comercialización del desarrollo científico y tecnológico.

Todo esto sumado a un incremento cada vez mayor en la incorporación de la clase media al sector del desempleo o subempleo, la agudización del conflicto social y la violencia, ha generado como respuesta positiva nuevas formas de organización social del pueblo.

Dentro de este marco de desigualdades sociales, se inserta el rol del Terapeuta Ocupacional como agente de salud. Es así que cobra mayor importancia la detección temprana a través de métodos de pesquisa, lo cual permite la aplicación a grandes sectores de niños, garantizando de alguna manera la atención e intervención de gran parte de la población.

Referencias bibliográficas

- Declaración de Alma Ata. *Revista Salud Mundial*. Artículo 1. Agosto-Septiembre 1988.
- Gyarmati, Gabriel. *Ciencias Sociales y Medicina*. Cap. Salud y Enfermedad: Hacia un Paradigma Biopsicosocial. Edit. Universitaria.
- OPS- OMS. *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate*. Publicación Científica N°540.
- Kroeger, A.; Luna, R. *Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos*. OPS. Edit. Pax México. 1992. Segunda Edición.
- Zurru, A.M.; Cano Pérez, J.F. *Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas de actuación en la consulta*. Ediciones Doyma S.A. España. 1986.
- Material de circulación interna. Cátedra Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad. *Carta de Ottawa*. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Veyra, M.E. y cols. *Terapia Ocupacional en APS en la Población Materno Infantil*. Municipalidad del Partido de General Pueyrredón. 1999.
- Willard/Spackman. *Terapia Ocupacional*. Edit. Médica Panamericana. Octava Edición. Sección 3.

Capítulo III Características del Desarrollo Psicomotor

III. Características del Desarrollo Psicomotor

III.a. Desarrollo

El desarrollo es un proceso que se caracteriza por cambios en la complejidad y la función; en el que el niño aprende a dominar niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento, sentimientos en relación con los demás. Este proceso tiene varias características: es multidimensional, integral, se produce continuamente en interacción, y además se ajusta a un determinado patrón que sin embargo, es único en cada caso.

El desarrollo es un proceso *multidimensional*, porque incluye una dimensión física o motora, una dimensión intelectual, una emocional, y una social. Se habla así de desarrollo psicosocial, ya que abarca estos aspectos.

Es un proceso *integral*, ya que los diferentes elementos del desarrollo del niño están interrelacionados y deben ser considerados en conjunto, es decir, que los cambios en uno de los elementos influye sobre los otros y viceversa.

Se produce *continuamente*, a lo largo de la vida; esto hace que lo que suceda en cualquier momento del desarrollo prepara al niño para lo que le sucederá en el futuro. Sin embargo esto no quiere decir que la idea de continuidad del desarrollo implique que los procesos se sigan produciendo en forma indefinida, así como tampoco que los retardos sufridos en una etapa temprana de la vida se perpetúen. Esto varía porque la resistencia de los niños en cada caso es diferente, y la “atención” adecuada en ese momento ayudan a evitar la perpetuación de retrasos. El proceso de desarrollo se produce en interacción con el medio biofísico y social, donde el niño aprehende de ellos.

El desarrollo, *se ajusta a un determinado patrón* (esquema de desarrollo) dado por lo biológico, pero que será único en cada caso ya que este niño tiene

características particulares y se desarrolla en relación con un medio familiar y social particular,; que marcará la calidad y velocidad del mismo.

El desarrollo es un proceso dinámico en el que se produce ordenadamente una serie de cambios por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas, a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones (neurológicas, psíquicas, sociales).

Según Coriat, si hablamos de desarrollo, es necesario distinguir los componentes del mismo:

- 1) Aspectos Estructurales, es decir las estructuras básicas que constituyen al sujeto (aparato biológico, especialmente el Sistema Nervioso Central, sistema psico-afectivo y psico-cognitivo y sus manifestaciones).
- 2) Aspectos Instrumentales, los instrumentos de que el sujeto se vale para realizar los intercambios con el medio (tales como psicomotricidad, lenguaje, aprendizajes, juego, hábitos, hábitos sociales.).

El desarrollo psicomotor se caracteriza por cambios en la conducta sensoriomotriz, la inteligencia, el aprendizaje y la personalidad. El desarrollo del niño constituye un importante objetivo en salud: “promover un desarrollo normal para llegar a ser un adulto sano”¹, es por ello que la importancia de los métodos de pesquisa o screening del desarrollo radica en que permiten detectar desviaciones, e instalar una atención centrada en la detección temprana.

¹ Cusminsky, M.; Lejaraga, H. y otros. *Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño*. OPS.OMS. Pág. 3. Serie Paltex N° 8, 1986.

III.b.. Desarrollo Psicomotor

El desarrollo psicomotor es un concepto amplio que incluye los aspectos evolutivos de una multiplicidad de funciones neurológicas, psíquicas y sociales de complejidad creciente.

Se habla de desarrollo psicomotor y no solamente de desarrollo motor para hacer referencia al hecho fundamental, de que el movimiento es una de las formas de adaptación al mundo exterior, no es sólo movimiento en función de lo neurológico, sino en función del papel del movimiento, de lo motor en la estructuración psicológica general. Según esta concepción el movimiento es el punto de unión entre la fisiología y la psicología.

Numerosos autores han estudiado la evolución del desarrollo psicomotriz en el niño, entre ellos H. Wallon, quien postula que el movimiento tiene un papel distinto en cada estadio. En los primeros meses la agitación que se observa en el bebé es puramente orgánica; y poco a poco esta agitación, signo de bienestar o malestar conlleva a la interacción con los demás seres; de este modo se establecen los primeros vínculos afectivos y emocionales entre el niño y su entorno.

Es así que, al hablar de desarrollo psicomotor se hace referencia a la interrelación que existe entre los aspectos motores, psicosociales y afectivos del niño en su desarrollo.

Nogara, M.E. en su tesis de grado cita a Mirta Chokler, la cual postula que la actividad humana, es esencialmente psicomotriz y para poner en marcha dicha actividad se necesita de la articulación de diferentes sistemas que interactúen, (sistemas anatomofisiológicos, psicológicos y sociales) determinando una particular forma de ser y estar en el mundo.

Cuando se habla de desarrollo psicomotor, se tiene en cuenta la división en áreas de desarrollo. A diferencia de lo que ocurre con el crecimiento físico, que puede seguirse con la misma medición durante toda la niñez, en la evaluación del desarrollo no pueden utilizarse los mismos test o pruebas para evaluar una función o un área a distintas edades; puesto que el nivel de desarrollo es cada vez más complejo e implica la evaluación de nuevas funciones del Sistema Nervioso Central y del aparato mental.

Por lo tanto lo que se realiza a modo operativo es la agrupación de pruebas por áreas de desarrollo (área motriz, área lenguaje, área adaptativa y área social). Un ejemplo de ello es lo que ocurre en un niño de los primeros meses, donde el acto de succionar es a la vez un acontecimiento biológico, reflejo, afectivo, de comunicación, cognitivo, de hábitos, de socialización; tal como lo fundamenta Coriat que postula que los aspectos instrumentales alcanzan autonomía propia y se diferencian en actos automáticos, aproximadamente entre los 3 y los 7 años.

La división en áreas del desarrollo psicomotor involucran cuatro áreas básicamente, que representan aspectos diferentes del desarrollo del niño: lenguaje, social, coordinación y motora.

El *área del lenguaje* incluye todas las formas de comunicación verbal y no verbal, la expresión, comprensión e imitación de lo que expresan otras personas. Se consideran dentro del lenguaje no verbal: reacciones al sonido, los gestos, la expresión facial y mímica, las posturas y sus manifestaciones emocionales concordantes. El lenguaje verbal comprende soliloquios, vocalizaciones y emisiones verbales.

El *área de coordinación*, comprende actividades de coordinación fina, como el uso de manos y dedos en la prensión y manipulación de objetos, la coordinación

de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos, así como también actividades que requieren coordinación de funciones (integración intersensorial), organización de percepciones y experiencias previas. La habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas prácticos.

El *área social*, hace referencia a la habilidad del niño para reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación. Incluye reacciones personales del niño ante la cultura social del medio en el cual vive. Existe un amplio número de habilidades y actitudes del niño como la capacidad para alimentarse, higiene, independencia en el juego, colaboración y reacción adecuada a la enseñanza y convenciones sociales.

El *área motora* comprende motilidad gruesa, es decir, los grandes movimientos corporales, como las más finas coordinaciones motrices, que incluyen reacciones posturales, locomoción, control cefálico, sentarse, pararse, caminar, y formas de aproximarse a un objeto.

Las áreas del desarrollo mencionadas, se conjugan en la actividad del lactante o niño. La actividad inicial del lactante tiene una marcada influencia en el establecimiento de la relación madre-hijo. No la determina cerradamente, pero influye en ella. La intersubjetividad del espacio madre-hijo se desarrolla entonces en un espacio donde la subjetividad del niño está representada por su actividad significativa para su madre. La interacción inicial madre-hijo es la relación que se establece entre la acción del hijo y la acción de la madre.

III.b.1. Características del Desarrollo Psicomotor de los niños del Primer y Segundo trimestre de vida.

Area Motora

La conducta del lactante se rige por patrones de movimientos ordenados y predecibles. El desarrollo del tono muscular, la postura y las respuestas motoras permiten al niño ser activo y adaptarse a su ambiente. Estos patrones de movimiento son interactivos e interdependientes de todos los sentidos y sistemas del desarrollo.

Durante el primer trimestre, el comportamiento motor del niño está dominado por la acción de reflejos primitivos que evolucionan hasta el movimiento voluntario a medida que los centros superiores del sistema nervioso central maduran. Los reflejos que aparecen en este período son: reflejo ojos de muñeca, reflejo glabellar, reflejo de Moro, reflejo de prensión palmar y plantar, reflejo tónico cervical asimétrico, reflejo de incurbación del tronco, reflejo vuelta a la flexión, reflejo de apoyo y enderezamiento global, reflejo de marcha automática, reflejo del escalón.

A partir del segundo trimestre de vida, la mayoría de los reflejos primitivos se integran y ya no producen respuestas estereotipadas. Es decir que la presencia de reflejos primitivos durante el primer trimestre y su progresiva modificación (integración) durante el segundo trimestre, permite observar la maduración del sistema nervioso central.

Además de los reflejos primitivos, aparecen otros movimientos automáticos, las reacciones de enderezamiento y equilibrio.

Las reacciones de enderezamiento son reacciones automáticas pero activas, mantienen la posición normal de la cabeza en el espacio y la alineación de la

cabeza y el cuello con el tronco y el tronco con las extremidades. En el primer trimestre aparece la reacción de enderezamiento del cuello, la reacción de enderezamiento laberíntica sobre la cabeza y la reacción de enderezamiento del cuerpo sobre la cabeza. En el segundo trimestre se observa la reacción de enderezamiento de cuerpo sobre cuerpo.

Las reacciones de equilibrio son respuestas automáticas altamente integradas y complejas a los cambios de postura y movimiento, destinadas a restablecer el equilibrio alterado. Las primeras reacciones de equilibrio en posición prona y en posición supina se desarrollan alrededor del sexto a séptimo mes, cuando el niño puede mantenerse en la posición de sentado.

El lactante del primer trimestre se encuentra en una postura de flexión generalizada, el tono muscular del tronco es débil, la *hipertonía* domina en los miembros. Entre *el primer y el segundo mes* el control de la cabeza es débil, se bambolea, el lactante puede elevarla de vez en cuando en posición prona, pero no sobrepasa un ángulo de 45°. A esta edad el niño es capaz de tomar y sostener transitoriamente un sonajero cuando es puesto en su mano.

Hacia los *dos meses* los movimientos obedecen a cambios tónicos asimétricos de los músculos del cuello. Generalmente no permanece largo tiempo con la cabeza en línea media, la posición asimétrica de la cabeza produce asimetría postural de los miembros. Al llevar al niño a la posición sedente se observan intentos de control cefálico, sin poder lograrlo aún. El niño mantiene la cabeza erguida hacia fines del tercer mes, logrando elevarla entre 45° y 90° por encima del plano de apoyo cuando se encuentra en posición ventral.

Entre el *tercer y el cuarto mes* el tronco se halla más firme, la hipertonicidad de los miembros se convierte en *hipotonicidad*, el tono muscular se va atenuando para dar lugar al desarrollo del movimiento voluntario.

Además de haber adquirido el control cefálico hacia el cuarto mes, el niño levanta la cabeza y los hombros cuando es llevado a la posición sedente. Desde la posición dorsal gira de la espalda hacia los costados, en posición ventral se apoya sobre sus antebrazos para elevar el tórax (balconeo), en esta posición el niño comienza a utilizar sus manos para alcanzar los objetos, juega con sus manos en línea media.

A partir del *quinto y sexto mes*, el lactante en posición ventral puede levantar la cabeza y el tronco apoyándose sobre los codos y después sobre las manos, y manipular objetos con las dos manos. El niño de esta edad colabora en la maniobra de llevar a sentado con tracción voluntaria de miembros superiores, al mismo tiempo que se observa un aumento de tono en miembros inferiores. Adquiere la postura sedente apoyando sus manos hacia delante.

El niño es capaz de rolar de un decúbito a otro, transferir objetos de una mano a otra y sostener la mamadera mientras se alimenta.

La adquisición de pautas de desarrollo psicomotriz que se observan en el niño, depende de la maduración del Sistema Nervioso Central y del aporte de estímulos ambientales que éste recibe.

Area del Lenguaje

Durante la vida intrauterina el feto se sensibiliza a cierto número de elementos rítmicos provenientes del cuerpo materno, percibidos en lo auditivo como en lo cenestésico; el latido del corazón, el ritmo del balanceo unido a la marcha, el ritmo de la voz, entre otros. El advenimiento del lenguaje pasa necesariamente por

la integración de esas estructuras rítmicas, que H. Wallon denominó “diálogo tónico”. En los primeros momentos de vida extrauterina, en el período en el que el niño ha perdido su respaldo-continente, encontrar percepciones sonoras ya experimentadas le brinda al niño la posibilidad de aferrarse en ese estado de no integración de recién nacido. Las primeras producciones vocales son gritos, manifestaciones de incomodidad, que no tienen valor intencional al principio, pero que lo adquieren a medida que los gritos van seguidos de una intervención materna que le dá significación. Se convierten en señales de llamada o lloro amañado según el decir de P.H. Wolf. Desde este período comienza la interacción vocal con valor de comunicación donde los elementos prosódicos del lenguaje (entonación, intensidad, ritmo) tienen el papel principal.

Desde los primeros días el niño grita y llora como primera forma de expresión, las vocalizaciones son poco diferenciadas, de naturaleza indistinta y refleja. El bebé sabe chasquear y mover la lengua y los labios, producir ruidos de succión, eructar, realizar chillidos y balidos; la actitud del entorno es fundamental para el desarrollo de la comunicación.

Ajuriaguerra, distingue dos etapas en la organización del lenguaje: la etapa prelingüística o preverbal y la etapa lingüística o semiótica.

La etapa *prelingüística o preverbal* es la que se desarrolla durante los primeros diez meses de vida del bebé. Esta etapa se caracteriza por la bucofonación que apenas tiene valor comunicativo. A fines del *primer mes* el bebé responde con sonrisas ya que aprecia la carga afectiva de la voz de la mamá.

Hacia el *segundo mes* de vida el niño girará para ver de dónde y de quién viene la voz del que habla, “el niño responde”.

Hacia los *tres meses* se pueden distinguir los “enfados”, al adquirir modulación de resonancia y control de fonación.

Hacia los *tres o cuatro meses* aparece el lamdascismo, lalación o balbuceo, que se distingue por la fonación lúdica; el niño aprenderá a repetir ruidos.

En esta etapa ya se distinguen los tipos de llantos, según las razones que lo determinan (incomodidad, hambre, dolor) y la madre es capaz de distinguir uno de otros. Aparecen además ruidos salivales y ruidos de succión. Comienza a utilizar ruidos vocales, sonidos, expresiones faciales en presencia de la madre o cualquier persona. Las vocales aparecen primero y son muy abundantes. Los gritos se acortan, y su reaparición es más irregular.

Hacia el *quinto y sexto mes* de vida aparecen las primeras vocalizaciones, se amplía la comunicación entre el niño y el adulto. El niño sabe responder vocalmente cuando se lo estimula, vocaliza en público y en privado, sigue con los ojos la mirada del adulto. Comienzan a aparecer las consonantes y el llanto aparece ante situaciones de hambre, ausencia de la madre y otras situaciones de frustración.

El lenguaje se adquiere en una situación de vínculo y de comunicación; más allá de las estructuras biológicas necesarias para la adquisición del lenguaje el niño necesita de un medio ambiente que lo acompañe y facilite en este proceso de aprendizaje.

Area Social

El niño en su interactuar con el medio social aprende a moverse, a gesticular, a hablar, a asumir modelos vinculares y culturales y lo expresa a través de sus movimientos y actitudes, mostrando ser dinámico y activo.

Los bebés son capaces de vincularse con el entorno, lloran, gritan, mueven los brazos y las piernas, tienden los brazos, sonríen; de esta manera los bebés influyen e interactúan con las personas que lo rodean.

Al *mes* de vida el niño fija la mirada transitoriamente en el rostro de la persona que se le acerca; siendo esto según A. Gesell un signo de reacción “social”. A partir del *segundo mes* el niño responde con mímica frente al rostro humano y reacciona ante su desaparición.

El *tercer mes* es el de las grandes sonrisas. Comienza el interés por el rostro humano, el niño sonríe al contacto social de la madre y otros.

Entre el *tercer y el cuarto mes* el bebé goza estando en la posición sedente, por el contrario se enfada y se muestra molesto en los decúbitos; agita todo su cuerpo para expresar alegría o angustia. Es la edad de las carcajadas.

Durante el *quinto y el sexto mes*, es la edad que generalmente se introducen alimentos sólidos en la dieta del niño. El momento de las comidas constituye un tiempo propicio para la socialización, el niño participa de la mesa familiar.

El niño toma de su entorno cultural actitudes que implican modos de relacionarse consigo mismo, con los otros y con las cosas. En este proceso de socialización, cuya base es el vínculo temprano mamá-bebé, el niño desarrollará la confianza en sí mismo y los cimientos de su autoestima lo que se verá reflejado en su relación con los demás.

Area de Coordinación

El desarrollo de la fijación visual comienza entre los 15 y 20 días de vida, a medida que va desapareciendo el reflejo ojos de muñeca.

Durante el *primer mes* el bebé percibe objetos ubicados aproximadamente entre 40 y 50 cm. de distancia. La fijación ocular es breve y ocurre sólo en línea media, a esta edad el bebé puede seguir con la vista un objeto hasta 90°. El niño reacciona ante ruidos fuertes y se interesa por los diferentes sonidos. El reflejo de prensión palmar se halla muy acentuado durante este mes, las manos se encuentran en parte abiertas y en parte cerradas y se observan movimientos independientes de dedos.

En el transcurso del *segundo mes* el bebé percibe objetos que se encuentran a menor distancia ya que el estrabismo es menos frecuente. Le interesan los colores vivos, los objetos en movimiento y por encima de todo prefiere el rostro humano. A esta edad el niño localiza la fuente del sonido. El reflejo de prensión palmar disminuye progresivamente, el niño se lleva la mano a la boca, la abre ante el roce de los objetos y puede sostener pero no soltar el objeto (prensión refleja o grasping).

Al *tercer mes* el niño sigue con la mirada un objeto a 180° y acompaña con movimientos de cabeza. Los períodos de observación se alargan, descubre sus manos, las lleva a la boca y hacia a línea media. El grasping lo reemplaza por la prensión al contacto, prensión no coordinada en pronación y del lado cubital; hay ausencia de apertura voluntaria. El niño de esta edad adquiere agudeza, identifica y localiza la fuente sonora, se interesa por las voces humanas.

Hacia el *cuarto mes*, el bebé sigue un objeto con la vista acompañando con movimientos de cabeza hasta más de 180°. Adquiere una capacidad visual cercana a la del adulto. Se interesa por el movimiento y los colores vivos, como los móviles y sonajeros. Se observan tentativas de prensión voluntaria ante la

visión del objeto. La prensión es palmar en pronación e incoordinada, retiene los objetos por algunos segundos.

Durante el *quinto mes* el bebé se lleva inmediatamente el objeto a la boca, aparece la prensión voluntaria, es una prensión palmar global pero todavía imprecisa. El relajamiento es involuntario. Transfiere un objeto de una mano a la otra. El niño asocia la vista con el tacto adquiriendo coordinación oculomanual.

A los *seis meses* se observa en el bebé esbozos de apertura voluntaria de la mano y utilización del pulgar. El niño gira la cabeza hacia la persona que habla o para localizar ruidos. Se interesa por los movimientos de la boca y la voz humana.

El segundo trimestre se caracteriza por el aumento de la coordinación visomanual, se observan movimientos bimanuales, simétricos y de barrido. Las manos se encuentran más abiertas y los objetos son llevados a la boca. El bebé disfruta golpeando los objetos y tirándolos para observar lo que sucede.

III.c. Desarrollo Psicoafectivo

El desarrollo psicoafectivo en el niño se caracteriza por evolucionar de un estado de dependencia a un estado de independencia. Actualmente se considera al bebé como un ser complejo que interactúa con los adultos que lo rodean. El Dr. B. Brazelton considera al recién nacido como dotado de reacciones altamente previsibles a todos los estímulos que provienen del exterior.

R. Spitz aportó el término de “díada” para referirse a la madre y al bebé como protagonistas de una serie de intercambios en que cada uno influye sobre el otro en forma recíproca.

J. Bowlby explica la relación madre-hijo a partir de la “pulsión de apego”, definiéndola como una “natural ligazón que une al niño con su madre”. Las conductas de apego que define son cinco: la succión, el abrazo, el llanto, la

sonrisa, la tendencia a irse hacia y a prenderse de. Hacia los tres meses los bebés responden a sus madres de una forma relativamente específica por la sonrisa, las vocalizaciones, y el movimiento de los ojos favorecido por la anticipación de la mamá, los bebés tienen capacidad de iniciativa y provocan respuestas en sus madres. Esto último indicaría la necesidad del bebé de su madre. Esta interacción mamá-bebé está mediatizada por varios tipos de comportamientos: llanto y llamado, parloteo y sonrisa, aferramiento, succión, locomoción, seguimiento y búsqueda, entre otros. Esta relación específica y privilegiada que la denomina “bonding” se caracteriza, por parte de la madre, por la tendencia a tocar, a acariciar, mirar y cuidar a su hijo.

Por otro lado D. Winnicott postula que la “preocupación materna primaria” es una condición sin la cual no podría originarse el psiquismo. La preocupación materna primaria tiene su origen en la gestación y continúa durante las primeras fases del desarrollo del bebé; es la posibilidad de la madre de identificarse totalmente con las necesidades del niño, gracias a esto la madre sabe como sostener a su bebé (holding) y como manejarlo (handling). La madre es capaz de hacer que el bebé desarrolle la ilusión de que es él quien crea el objeto que satisface sus necesidades (pecho) aportándole lo que el bebé necesita en el momento y en el lugar adecuado. Posteriormente la madre tiene que ir desilusionando gradualmente a su bebé, y lo hace no adaptándose tan perfectamente a las demandas de su hijo. Esto lo logrará si le brindó oportunidades de ilusión.

Estos conceptos sirvieron de base teórica para que la Licenciada Oiberman creara un “Método de Observación de la relación madre-bebé”. Este método tiene como interés principal observar en forma sistemática y rápida los fenómenos que

se suceden en el campo de la relación madre-hijo durante los primeros seis meses de vida del niño. La Licenciada Oiberman observó que los intercambios interpersonales que se dan entre el lactante y su madre se traducen a través de gestos, vocalizaciones, miradas y actitudes. Durante el primer semestre es cuando el bebé conoce el rostro, la voz, el contacto y movimientos de la madre, adquiriendo la representación de la figura materna. En este período se producen una serie de transformaciones que van a comprometer *las cuatro áreas del desarrollo del niño: área del lenguaje, área de coordinación, área social, área motora*. Durante estos primeros seis meses la madre toma conciencia de que es apreciada en tanto ella misma (no solamente por los cuidados que le brinda al bebé), es un placer para el niño verla y escucharla.

Los intercambios entre al madre y el bebé (gestos, movimientos y miradas) pueden llegar a ser el correlato de ciertos conflictos, y revelar perfiles de interacciones o estilos de comunicación entre ambos.

La Observación del vínculo madre-bebé está basada en cinco parámetros: la función verbal, la función visual, el contacto corporal, la sonrisa y el sostenimiento.

Función visual: se basa en los comportamientos visuales que mantienen los dos miembros de la díada, puede ser la mirada momentánea, no recíproca del uno al otro, o la mirada mutua entre la madre y el bebé.

Función corporal: se basa en las conductas táctiles que mantienen ambos miembros de la díada. Pueden ser caricias que la madre brinda al niño provocando las respuestas corporales del bebé, y también las actividades iniciadas por el bebé que llevan a las respuestas maternas.

Función verbal: se refiere a los comportamientos a través del lenguaje que realizan ambos miembros. Desde la madre se toma en cuenta lo que dice (el contenido), cómo lo dice (rasgos prosódicos), y las respuestas al bebé. Desde el bebé se toma en cuenta los laleos y las vocalizaciones que el niño dirige a su madre.

Sonrisa: para ambos es un movimiento de mímica con carga afectiva. Para la madre es parte del lenguaje que le ofrece al bebé y que le permite estimularlo en esa dirección. Para el bebé se trata de expresar un sentimiento de bienestar y comunicarlo a su madre para lograr de ella la respuesta con el mismo tipo de mímica.

Sostenimiento: se refiere a las distintas modalidades de tener al bebé en brazos y al modo como el bebé se acomoda en los brazos de su madre. Se puede observar desde el bebé que se moldea, que está rígido, que ofrece resistencia y otras conductas. De parte de la madre puede encontrarse que lo sostiene sobre el hombro o lo acuna de distintas formas.

Para obtener una visión integral del desarrollo del niño es necesario tener en cuenta además de un perfil psicomotor, estos indicadores (función verbal, función corporal, etc.), los cuales reflejan la calidad de la relación madre-hijo y el desarrollo psicoafectivo del niño.

III.c.1. El niño y el ambiente facilitador

Al hablar de salud y desarrollo integral en la niñez, no solo se piensa en proveer salud física sino también lo que interesa es el desarrollo emocional del niño para poder establecer las bases de la salud mental para toda la vida. Por lo tanto es necesario brindar de condiciones ambientales favorables que faciliten el desarrollo del potencial innato del niño y su capacidad para establecer relaciones

con su entorno. Winnicott hace hincapié en la influencia del medio sobre el desarrollo psíquico del ser humano. Es el entorno, representado al principio por la madre o un sustituto, el que permitirá o entorpecerá el libre despliegue de los procesos madurativos (formación y evolución del Yo, del Ello y del Super Yo), la salud psíquica se fundaría, según el autor, en el libre desenvolvimiento de estos procesos madurativos. El entorno, pues, constituye el soporte indispensable sobre el que va a tomar apoyo el ser humano para a construir las bases de su personalidad.

Durante los *seis primeros meses* de vida el bebé se encuentra en un estado de dependencia total respecto del entorno, representado en esta época por la madre o un sustituto. En esta época las necesidades del lactante son de orden corporal, pero también existen necesidades ligadas al desarrollo psíquico del Yo. La adaptación de la madre a estas necesidades del bebé se concreta según Winnicott, en el cumplimiento de tres funciones maternas: la presentación del objeto, el holding y el handling.

La primer relación que establece el niño con su ambiente es la relacionada con la *función oral-alimenticia*. Esta es la primera fuente de satisfacción, así como la primera vía de descarga de las tensiones internas del niño. La primer comida, la presentación del pecho o la mamadera, constituye una de las funciones maternas de las que habla Winnicott, la *presentación del objeto*. Al ofrecer el pecho en el momento oportuno, la madre procura al bebé la ilusión de que él mismo ha creado el objeto cuya necesidad siente. La ilusión de esta creación posibilita una experiencia de omnipotencia, el objeto en el momento esperado adquiere una existencia real.

La succión y el morder van a ser sus actividades más importantes como forma de exploración del mundo que le rodea. En lo que respecta a la alimentación del bebé la madre podrá optar por la lactancia natural o artificial. Si bien la lactancia artificial no puede ser causa de alteraciones en la relación madre-hijo, se recomienda la lactancia natural por las ventajas nutricionales que esta ofrece al niño y porque el amamantar constituye en esencia una compleja interrelación entre la madre y su hijo, donde ambos son gratificados mediante un mecanismo de retroalimentación afectivo emocional. Cualquier dificultad en la alimentación es causa de ansiedad tanto para la madre como para el niño.

La alimentación no es simplemente el acto de dar de comer y satisfacer el hambre, incluye para el bebé una serie de estímulos que busca y que le son necesarios, el calor del contacto físico, el olor, el gusto, la exploración con sus manos y con su vista.

Aproximadamente hacia los seis meses comienza el destete gradual para poder incorporar alimentos sólidos. El destete no es solo retirar el pecho materno, el reemplazo o el abandono de la mamadera tiene el mismo sentido; significa lo que algunos autores psicoanalíticos postulan como la posibilidad de aceptar sustitutos en relación con la madre. El destete coincide con adquisiciones de importancia en el desarrollo, una de ellas es el comienzo de la dentición que se anuncia con la necesidad de morder que el bebé tiene.

La incorporación de los alimentos sólidos es un acontecimiento más que posibilita y estimula la interacción social con los miembros de la familia, según Olga López el niño comienza a compartir la mesa familiar. Este hecho es de suma importancia ya que el niño comienza a incorporarse a las rutinas diarias.

Así como la alimentación constituye un hábito de importancia en la vida cotidiana del niño, el *sueño* también lo es.

El *sueño y la vigilia* responden a mecanismos fisiológicos, la evolución del sueño va a la par de una maduración órgano-funcional. Durante los primeros meses el dormir se relaciona con una sensación de saciedad y el despertar con una sensación de hambre, poco a poco este comportamiento se irá modificando a medida que el niño se adapte a los hábitos de su medio familiar.

En el transcurso del primer trimestre el sueño se reparte en 8 o 10 fases que luego se fusionan. El dormir está ligado a la sensación de plenitud gástrica y de fatiga labial y el despertar a la sensación de hambre. Los niños que toman el pecho hacen esfuerzos de succión mucho más importantes que los que succionan de una mamadera, están mucho más satisfechos y tienen un relajamiento de tono muscular mejor que los niños alimentados con leche artificial.

A. Gesell considera que la media de sueño durante la primera semana es de 19 horas, produciéndose en cortas fases de 1 a 2 horas repartidas casi por igual entre el día y la noche. A partir de la segunda semana el niño duerme de 2 a 3 horas seguidas, al mes de 5 a 6 horas seguidas y a los seis meses de 7 a 8 horas.

Entre los tres meses y el año el sueño es más profundo que en el primer trimestre, y el niño es más activo mientras está despierto, el sueño ya no está tan ligado a la sensación de saciedad y hambre.

Según lo referido por el Dr. Alejandro Jenik, en su artículo publicado en Archivos Argentinos Pediátricos, el colecho (cuando el niño comparte la misma cama con sus padres), está contraindicado por el riesgo de accidentes que puede ocasionar y porque no favorece adecuadamente el desarrollo psicoafectivo del niño, pero sí se justifica la cohabitación durante el primer y segundo trimestre de

vida por constituir un factor de prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. En este período los niños se despiertan solicitando ser amamantados y cada pareja encontrará el mejor sistema para alimentarlos durante la noche. Sin embargo a partir de los 6 meses, es preferible intentar separar al niño de la habitación de sus padres para evitar compartir la intimidad de la pareja con él; y para que el bebé aprenda que su noche y la noche de sus padres es diferente, cada cual con sus propias características.

La *actividad lúdica* forma parte también de la vida cotidiana del niño. El niño a través del juego se relaciona, se expresa y se comunica. El niño juega sobre su cuerpo, lo descubre, luego juega sobre el cuerpo del adulto que le brinda afecto, juega con objetos comunes de uso diario como la mamadera, los sonajeros, la comida en el plato, etc. Olga López cita a R. Soifer quien postula que la comunicación lúdica que se establece con el bebé y se afianza con el niño pequeño es la base del futuro diálogo entre padres e hijos.

El primer año de vida constituye una etapa básica para educar y disfrutar del cuerpo. El movimiento y el desplazamiento en el espacio le permiten al niño ejercitar y descubrir sus posibilidades de explorar diferentes posiciones y superficies. El niño comienza a descubrir el volteo, la posibilidad de arrastrarse, de manipular objetos, irá descubriendo partes de su cuerpo.

El rol del adulto es ser facilitador de esta actividad lúdica, de brindar la posibilidad de experimentar con los objetos y los otros. Es una actividad más en el proceso de socialización.

Otra oportunidad que tiene el niño de explorar espacios, objetos, colores, personas y situaciones, es brindarle la posibilidad de un *paseo* periódico al aire libre, es importante ya desde pequeño que el niño tome contacto con el aire y el

sol. El paseo, además de ser fuente de estímulos sensoriales forma parte, según Eva Giberti, de las actividades posibles a desarrollar en el contexto en el cual vive.

Con los cuidados cotidianos se instala una rutina, en forma de secuencias repetitivas; cambiar al bebé, bañarlo, alimentarlo, acunarlo, jugar con él, pasearlo, es necesario para el bienestar físico del niño como también psíquico, quien se experimenta poco a poco viviendo en un cuerpo y realizando así una unión entre su vida psíquica y éste; unión que Winnicott denomina personalización.

Las *condiciones ambientales favorables* se basan en la *continuidad* del ambiente humano y del ambiente no humano, que ayuda a la integración de la personalidad del niño; la *confiabilidad* que hace predecible el comportamiento del entorno del niño; la *adaptación graduada* a las necesidades cambiantes y crecientes del niño y la *provisión* para el desarrollo integral del mismo.

III.d. Valoración del Desarrollo Psicomotor

Valorar el desarrollo del niño, implica explorar, observar y registrar las conductas adquiridas en diferentes etapas cronológicas y en cada una de sus dimensiones: física o motora, intelectual, emocional, y social.

Según Jane Case - Smith la evaluación se refiere al proceso de obtener e interpretar los datos necesarios para la intervención. Esto incluye planificar, documentar el proceso de evaluación y los resultados. La valoración se refiere a los instrumentos o herramientas específicas utilizadas durante el proceso de evaluación.

Para Schapira, Iris T., evaluar el desarrollo psicomotor permite:

- Detectar tempranamente trastornos y/o déficits, tanto globales como en alguna de las áreas.

- Realizar derivaciones a especialistas para precisar el diagnóstico.
- Implementar un programa de intervención oportuna .
- Iniciar una terapéutica adecuada.
- Favorecer el pleno desarrollo de las potencialidades del niño.
- Estimular el vínculo madre-hijo y con toda la familia.
- Conocer el comportamiento de la población estudiada y mejorar en consecuencia, los contenidos y la calidad de la atención.

La valoración del desarrollo psicomotor se puede realizar a través de pruebas estandarizadas, y no estandarizadas. Entre las pruebas estandarizadas se encuentra la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses, de Rodríguez, S; Arancibia, V; Undurraga, C., la cual ha sido elegida para realizar este trabajo de investigación.

El propósito fundamental de este instrumento es evaluar el nivel de rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren de determinado grado de desarrollo psicomotor.

Esta Escala es utilizada como screening o pesquisa, ya que se emplea para la detección, con métodos sencillos, en una población aparentemente sana, de individuos presuntamente enfermos; permitiendo individualizar individuos en riesgo o retraso de su desarrollo. La misma está destinada a ser administrada en esta investigación, facilita la detección de alteraciones parciales durante los primeros meses de vida, y brinda la posibilidad de ejercer una acción de tipo rehabilitadora.

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor surge de varios aportes de otras escalas estandarizadas reconocidas a nivel mundial; como son los trabajos

realizados por Arnold Gesell, Lezine-Brunet, Nancy Bayley, y la escala de Denver.

Así la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor distingue 4 áreas de funcionamiento relativamente específicas e independientes las cuales denomina y define como:

- *Área Motora:* la conducta motora comprende motilidad gruesa. Coordinación corporal general y específica: reacciones posturales y locomoción.
- *Área del lenguaje:* que abarca el lenguaje verbal como el no verbal, reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones, comprensión y emisiones verbales.
- *Área Social:* la cual incluye la habilidad del niño para reaccionar frente a personas y aprender por medio de la imitación.
- *Área de Coordinación:* la cual comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones.

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, consta de 75 ítems, 5 por cada edad. La puntuación para dichos ítems admite dos posibilidades: éxito o fracaso. Dentro de la Escala se consideran quince grupos de edad para evaluar, entre 0 y 24 meses de edad; a los 15 días, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 18, 21, y 24 meses, por ser las edades representativas en cuanto a logros de nuevas conductas en el desarrollo psicomotor.

Las técnicas que utiliza la escala para la valoración son la *observación* de las conductas del niño frente a situaciones provocadas por el examinador, y *preguntas* a la madre o acompañante del niño, sobre conductas que no se pueden observar directamente durante la evaluación.

La Escala determina una *razón* entre la edad mental y la edad cronológica. La conversión de esta razón a puntaje estándar es el *coeficiente de desarrollo*. Por otro lado determina *el perfil de desarrollo psicomotor* que permite advertir el rendimiento de un niño en cada una de las áreas del desarrollo valoradas. *El gráfico de desarrollo psicomotor* proporciona una forma rápida de visualizar el rendimiento de un niño.

Los niños evaluados con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, son luego categorizados de acuerdo al coeficiente de desarrollo:

- *Niños con desarrollo normal*: cuando sus logros corresponden a los esperados según la edad cronológica o se hallan a una desviación estándar por debajo de la misma, y su coeficiente de desarrollo es igual o mayor a 85.
- *Niños con riesgo en el desarrollo*: cuando pueden padecer alteraciones en el desarrollo, cuando se obtiene un coeficiente entre uno y dos desviaciones estándar por debajo de lo normalizado para su edad cronológica y cuando el coeficiente de desarrollo obtenido es entre 84 y 70.
- *Niños con retraso en el desarrollo*: cuando sus pautas se hallan a más de dos desviaciones estándar por debajo de lo normalizado para su edad cronológica, y su coeficiente de desarrollo es menor o igual a 69.

Para poder intervenir oportunamente, y favorecer el desarrollo pleno del potencial psicomotor Saint Anne Dargassies propone que los controles deberían realizarse en el tercero, octavo y décimo mes de vida, ya que estas son “edades claves”; la autora prefiere los controles entre el 3° y 10° día, 4° y 6° semana, 3° y 4° mes, 6° y 7° mes, 10° y 12° meses, etc.; dado que el tratamiento temprano debería iniciarse antes del 5° mes de vida.

De esta forma se fundamenta la importancia del reconocimiento temprano y la detección precoz de desviaciones del desarrollo psicomotor, a través de la valoración del mismo durante el tercer y sexto mes de vida.

Descripción del Desarrollo Psicoafectivo y de los hábitos/comportamientos del lactante

Además de realizar una valoración cuantitativa del desarrollo psicomotor a través de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses de Rodríguez, S. y cols., se llevará a cabo una *descripción del desarrollo psicoafectivo* por medio del Método de Observación de la relación madre-bebé de la Licenciada Oiberman y se realizará una *descripción de los hábitos/comportamientos* del bebé a través del relevamiento de datos arrojados por una entrevista semiestructurada realizada a la madre.

Desde el punto de vista diagnóstico la observación del vínculo madre-bebé permite detectar posibles obstáculos que existirían de parte de la madre o del bebé cuando no se establece la comunicación entre ambos o ésta se halla alterada a lo largo de los seis primeros meses.

La utilización de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, el Método de Observación de la relación madre-bebé y la entrevista semiestructurada, permitirá obtener una visión integral del desarrollo del niño.

Cabe destacar que el grupo familiar constituye la trama básica del desarrollo, el niño aprende de las personas que lo rodean, adquiere la capacidad para funcionar de forma autónoma e independiente, a desarrollarse sobre la base de las experiencias recibidas y es a partir de la relación interpersonal que el individuo estructura nuevas conductas, que a su vez generan nuevos comportamientos.

Referencias bibliográficas

- Myers, Robert. *Los doce que sobreviven*. OPS. OMS. 1993. Cap. 3.
- Cusminsky, M.; Lejaraga, H. y otros. *Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño*. OPS.OMS. Serie Paltex N° 8. 1986.
- Coriat, Lydia F. *Aspectos Estructurales e Instrumentales del Desarrollo*. Cuadernos del desarrollo infantil. Cuadernillo 1. Publicación Centro Dra. Lydia Coriat. Buenos Aires.
- Stambak, Mira. *Aprendizaje. Tono y Psicomotricidad: el desarrollo psicomotor de la primera infancia*. Edit. Pablo del Río.
- Nogara, M.E. *Terapia Ocupacional y el Desarrollo Psicomotor de niño con Necesidades Básicas Insatisfechas*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. En Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1997. Cap. 2.
- Rodriguez, S; Arancibia,V; Undurraga, C. *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses*. Edit. Galdoc. 1976.
- Gesell, A. *Diagnóstico del Desarrollo normal y anormal del niño*. Edit. Paidós. 2º edición. 1966. Buenos Aires.
- Material de circulación interna. Cátedra Terapia Ocupacional en Discapacidades Físicas. *Cuadro Comparativo del desarrollo normal del lactante y su maduración psicomotriz en el primer año de vida*. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2000.
- Willard/Spackman. *Terapia Ocupacional*. Edit. Médica Panamericana. Octava Edición. Sección 2ª.
- Bobath, K. *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral*. Edit. Médica Panamericana. Segunda Edición.

- Gassier, J. *Manual del Desarrollo Psicomotor del Niño*. Edit. Toray-Masson.
- *Penser, Parler, Représenter*. Edit. Masson. Primera Edición. 1992.
- Ajuriaguerra, J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Edit. Masson. Cuarta Edición.
- López, O. *La creatividad o el derecho a ser diferente*. Edit. Novelibro. 1994. Buenos Aires.
- Gesell, A. *El niño de 1 a 5 años*. Edit. Paidós. Tercera Edición. 1960. Buenos Aires.
- Oiberman. *Método de observación de la relación madre-bebé*. Material de circulación interna. Cátedra Terapia Ocupacional en Psicopatología Infanto-Juvenil. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Huberman, C; Rodriguez, A. *Observación de Lactantes*. Ediciones Kargieman. Primera edición. Buenos Aires. 1997.
- Winnicott, D. *Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Edit. Paidós. Buenos Aires. 1993. Cap. 5.
- www.monografias.com
- Enciclopedia de la Psicología. *El Desarrollo del Niño*. Ediciones Océano S.A. Barcelona.
- Giberti, E. *Escuela para Padres*. Página/12. Revista N° 4 y N° 9.
- Jane Case Smith. *Valoraciones en Pediatría*. Material de circulación interna. Cátedra Terapia Ocupacional en Psicopatología Infantojuvenil. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Lejarraga, H; Krupitzky, S; y cols. *Guías para la Evaluación del Desarrollo en el Niño Menor de Seis Años*. Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital Garrahan. Buenos Aires. 1996.

- Flehmig, I. *Desarrollo Normal del Lactante y sus Desviaciones*. Edit. Médica Panamericana. Tercera Edición. Buenos Aires. 1988.
- Nasio, J.D. *Grandes Psicoanalistas*. Volumen II. Edit. Gedisa. Barcelona. 1996.
- Jenik, A. G. *Colecho y síndrome de muerte súbita del lactante: una relación conflictiva*. Revista Archivos Argentinos Pediátricos. 2001; 99 (3).
- Olan Chans, A. *Higiene y Alimentación del Niño*. Edit. El Ateneo. Quinta Edición. Buenos Aires.
- Molina, M.I. *A conocer el mundo: De Paseo con el Bebé*. www.puntodemujer.com

Capítulo IV

Aspectos Metodológicos

IV. Aspectos Metodológicos

IV. a. Problema

¿ En qué medida es necesaria la valoración del desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional a los 3 y 6 meses de edad (con el objeto de detectar precozmente niños en riesgo o en retraso en el desarrollo psicomotor) en niños 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 ?

IV. b. Objetivo General

Establecer la necesidad de valorar el desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional a los 3 y 6 meses de edad de los niños 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, durante el mes de octubre de 2002.

IV. c Objetivos Específicos

1. Identificar las adquisiciones en el desarrollo psicomotor (en las áreas social, lenguaje, motora y coordinación) a los 3 y a los 6 meses de edad, de los niños 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, durante el mes de octubre de 2002.

2. Identificar la cantidad de niños de 3 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 n Mar del Plata, durante el mes de octubre de 2002, que se encuentran en riesgo o retraso del desarrollo psicomotor.

3. Analizar el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor de los niños de 3 meses de edad.

4. Identificar la cantidad de niños de 6 meses de edad que concurren al Programa “Control del Niño Sano” en el Centro de Salud Instituto Rómulo Echeverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de octubre de 2002, que se encuentran en riesgo o retraso en el desarrollo psicomotor.

5. Analizar el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor de los niños de 6 meses de edad.

6. Describir el desarrollo psicoafectivo de los niños de 3 meses de edad.

7. Describir el desarrollo psicoafectivo de los niños de 6 meses de edad.

IV. d. Variable de Estudio

Valoración del Desarrollo Psicomotor

Definición conceptual:

Valorar el desarrollo psicomotor implica explorar, observar y registrar las conductas adquiridas por el niño en diferentes etapas cronológicas y en cada una de las áreas del desarrollo (área motora, área de coordinación, área de lenguaje y área social). Permite medir el nivel de rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor.

La valoración del desarrollo psicomotor comprende las siguientes áreas:

- **Motora:** que incluye motilidad gruesa. Coordinación corporal general y específica: reacciones posturales y locomoción.
- **Lenguaje:** abarca lenguaje verbal y lenguaje no verbal: reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones, comprensión y emisiones verbales.

- Social: se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a personas y para aprender por medio de la imitación.
- Coordinación. Comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones.

Definición Operacional:

La Valoración del Desarrollo Psicomotor, del ***área motora*** comprende la observación de conductas como apretar el dedo del examinador; movimientos de cabeza en posición prona, control de cabeza al ser llevado a la posición de sentado, etc.; del ***área del lenguaje*** comprende la observación de conductas tales como la reacción del niño al sonido de la campanilla, la vocalización de sonidos, etc.; del ***área coordinación*** comprende la observación de conductas como el seguimiento de los objetos con la vista, la reacción ante el desaparecimiento ante la cara del examinador, tomar una argolla, etc.; del ***área social*** comprende la observación de conductas tales como, la sonrisa del niño en respuesta a la sonrisa del examinador, fijar la mirada en el rostro del examinador, etc.

		E	F
Valoración	Area	<p>1m.:*Aprieta el dedo índice del examinador. *Movimientos de cabeza en posición prona. 2m.:* Intenta controlar cabeza al ser llevado a la posición sentada. 3m.: *Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a la posición sentada. 4m.: *En posición prona se levanta a sí mismo. *Levanta la cabeza y los hombros al ser llevado a la posición sentada. 5m.:* Tracciona hasta lograr la posición sentado con leve apoyo. * Se mantiene sentado con leve apoyo. 6m.: * Se mantiene sentado solo momentáneamente.</p>	
	Motora		
Del			
Desarrollo			
Psicomotor	Area	<p>1m.: * Reacciona al sonido de la campanilla. 2m.: * Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador. (L. S.) * Vocaliza dos sonidos. 3m.: * Vocalización prolongada. 4m.: * Ríe a carcajadas. 6m.: * Vocaliza cuando se le habla. (Imitación).</p>	
	Del		
	Lenguaje		
	Area	<p>1m.: * Fija la mirada en el examinador. 2m.: * mímica en respuesta al rostro del examinador. 3m.: * Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador. 5m.: * Vuelve la cabeza hacia quien le habla.</p>	
	Social		

		E	F
Valoración	Area	<p>1m.: * Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)</p> <p>2m.: * Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador.</p> <p>3m.: * Busca con la vista la fuente del sonido. (C.L.)</p> <p>* Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°).</p> <p>4m.: * La cabeza sigue la cuchara que desaparece.</p> <p>*Gira la cabeza al sonido de la campanilla (C.L.)</p> <p>5m.: * Palpa el borde de la mesa.</p> <p>* Intenta prensión de la argolla.</p> <p>6m.: * Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída.</p> <p>*Coge la argolla.</p> <p>* Coge el cubo.</p>	
Del			
Desarrollo	De		
Psicomotor	Coordinación		

Nota: E: Éxito

F: Fracaso

IV. e. Tipo de Estudio

Esta investigación es de tipo Exploratorio-Descriptivo. Es *Exploratorio* porque el interés es conocer si es necesaria la Valoración del Desarrollo Psicomotor antes del tercer trimestre de vida en los niños que concurren al Programa de “Control del Niño Sano” en el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia. Es *Descriptivo* porque pretende medir y caracterizar el Desarrollo Psicomotor de los niños de 3 y 6 meses de edad.

IV. f. Población de estudio

La población de estudio quedó conformada por 38 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, durante el mes de octubre de 2002.

IV. g. Unidad de Análisis

Cada niño de 3 y 6 meses de edad que concurre 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, durante el mes de octubre de 2002.

IV. h. Muestra

Dados los criterios de exclusión postulados por esta investigación, la muestra quedó conformada por 31 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, durante el mes de octubre de 2002. De 3 meses de edad concurren 20 niños de los cuales 2 no fueron evaluados, uno por no cumplir con la edad requerida, y otro por presentar secuelas neurológicas; de 6 meses de edad concurren 18 niños de los

cuales 5 no fueron evaluados, tres de ellos por no cumplir con la edad requerida y dos por encontrarse en tratamiento de Terapia Ocupacional.

Criterio de inclusión: Los niños de 3 y 6 meses de edad que citados por el Programa “Control del Niño Sano” concurren el día de realización del control en el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de octubre de 2002.

Criterios de exclusión:

- Niños que tengan 2 meses y 15 días y 3 meses y 16 días de edad.
- Niños que tengan 5 meses y 15 días y 6 meses y 16 días de edad.
- Niños que tengan patologías asociadas, como por ejemplo afecciones neurológicas.
- Niños que al momento de la valoración se encuentren en tratamiento de Terapia Ocupacional.
- Niños cuyos padres no autoricen la valoración.

IV. i. Técnicas de Recolección de Datos

1) **Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses:** las técnicas utilizadas por la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor son la **Observación** de las conductas del niño frente a situaciones específicas provocadas por el examinador, e **Interrogatorio** a las madres o tutores del niño sobre conductas que no pueden observarse durante el desarrollo de la pruebas, para evaluar el Desarrollo Psicomotor, utilizando como instrumento de medición, la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), de Rodríguez, S; Arancibia, V; Undurraga, C. , por ser una evaluación objetiva, confiable, válida y de fácil administración.

Materiales requeridos para su administración:

a- Una batería de prueba: Consta de once objetos: 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 Polivitamínica, 1 pañal, 1 botella entre 4 y 4 ½ cm. de alto y 2cm. de diámetro, 1 hoja de papel de tamaño oficio, sin líneas, 1 lápiz de cera, 1 palo de 41 cm. de largo y 1cm. de diámetro, 1 muñeca (dibujo).

b- Un manual de administración: Contiene las instrucciones específicas para cada uno de los 75 ítem. La información está distribuida en seis columnas, donde se detalla, *la edad: mes a que corresponde el ítem; número de ítem; el ítem: descripción de la tarea a realizar; ubicación del niño; la administración: específica de la actividad a realizar e indicación del crédito a otorgar y el material: elemento (s) necesario (s) cuando la prueba lo requiera.*

Ejemplo:

Edad: un mes

Nº de ítem: 3

Ítem: Aprieta el dedo índice del examinador, introducido en la mano del niño.

Ubicación: - de espalda, -en la mesa

Administración: Introduzca su índice en la palma de la mano del niño.

Crédito: Si la mano del niño se cierra al contacto con su dedo índice.

Material: -----

c- Un protocolo u hoja de registro: Se utiliza por cada niño examinado, contiene las respuestas del niño para cada ítem. Incluye los 75 ítem y se desarrolla en sentido vertical conteniendo la siguiente información distribuida en 5 columnas: Edad; Ítem; Puntaje; Ponderación; Observación.

Para poder interpretar los datos luego de evaluar al niño, tomando como referencia la hoja de registro, se debe conocer:

a-Edad Cronológica (EC):

- En días: Se multiplica los meses que tiene el niño *siempre por 30*. Servirá para determinar el rendimiento del niño en la prueba.

- En meses: Se considera un niño de 10 meses, por ejemplo, desde que tiene 9 meses y 16 días hasta que tiene 10 meses y 15 días. Este rango de 15 días en ambos sentidos vale para todos los meses. La edad cronológica en meses permitirá determinar el mes de iniciación de la prueba, y la tabla de conversión de puntajes que se debe utilizar.

b- Edad Mental (EM): Es el puntaje que obtiene el niño en la prueba. 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 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 ítem respondidos exitosamente. La cifra resultante de la sumatoria corresponde a la Edad Mental del niño.

c- Razón entre Edad Mental y Edad Cronológica (EM/EC): 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).

d- Coeficiente de Desarrollo (CD): Para obtenerlo hay que convertir la razón (EM/EC) a Puntaje Estándar (PE). 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 (EM/EC).

Un niño cuyo desarrollo psicomotor está de acuerdo a lo esperado para su edad, debería obtener un Coeficiente de Desarrollo cercano al promedio (100), hasta una desviación estándar (85).

Se considera 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):

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

Sin embargo puede darse el caso en que un niño obtenga un Coeficiente de Desarrollo de 100 ó más, pero que halla fallado en muchos ítem que evalúan un área determinada. Por ello una vez obtenido el Coeficiente de Desarrollo se deben traspasar los datos al Perfil de Desarrollo Psicomotor, para poder apreciar en que área se observa la dificultad.

e- Perfil de Desarrollo Psicomotor: Permite advertir el rendimiento del niño en cada una de las áreas evaluadas y observar si existen desviaciones con respecto a lo esperado según su edad cronológica. El perfil lleva indicado en la parte superior y horizontalmente, la edad cronológica en meses (1 a 24 meses), lo que corresponde a 15 grupos de edad, es decir, a quince columnas y en el eje vertical, aparecen las cuatro áreas del desarrollo medidas en la Escala: Coordinación, Social, Lenguaje, Motricidad.

f- Gráfico de Desarrollo Psicomotor: Proporciona una forma rápida de visualizar el rendimiento de un niño, requiriendo solamente la suma del puntaje obtenido en la prueba (Edad Mental) y la edad del niño en el momento de la evaluación (Edad Cronológica en días). El gráfico lleva en su eje vertical, una

escala de puntajes (0- 720 puntos con intervalos de 6 puntos). En su eje horizontal, se encuentra ubicada la edad cronológica en días (0 a 720 días, con intervalos de 6 días). La *curva superior* continua corresponde al rendimiento promedio para cada edad (*Normal*); la *curva intermedio* (primera punteada) indica el rendimiento a una desviación estándar del promedio (*Riesgo*); y la *curva inferior* (segunda punteada) corresponde a dos desviaciones estándar bajo el promedio (*Retraso*).

Técnicas complementarias

2) Observación Directa no participante: La observación es el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos de acuerdo con algún esquema previsto. La observación fue no participante y se llevó a cabo en la sala de espera, durante el control de enfermería y en el Taller de Educación para la Salud, en un tiempo aproximado de 4 horas por cada día de evaluación. La observación se realizó a través del Diagrama de Observación del Vínculo madre-bebé construido por la Licenciada Oiberman, el cual toma cinco parámetros: la función visual, la función verbal, el contacto corporal, la sonrisa y el sostenimiento. Si bien dicho método consta de un Perfil de Observación que permite registrar la conducta relacional madre-bebé en cinco oportunidades (de carácter longitudinal), en esta investigación se realizó un único registro de la conducta relacional madre-bebé por las características de la misma (transversal). Cabe destacar que al ser un único registro de la relación vincular, lo observado podría estar sujeto a modificaciones ya que las relaciones tempranas se van construyendo entre los dos miembros en la medida en que interactúan. Ver anexo 2.

3) Entrevista a la madre de los hábitos/comportamientos del lactante: La entrevista realizada fue semiestructurada, porque a pesar de contar con una serie de preguntas, el objetivo era que el entrevistado se expresara con libertad alrededor de todos los temas de la entrevista y de esta manera poder recabar datos acerca del ambiente familiar, de las rutinas diarias, los hábitos y comportamientos del bebé. Ver anexo 3.

IV. j. Procedimiento de Recolección de Datos

Los datos fueron recogidos en el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, a través de la observación directa y registro en planillas de sistematización.

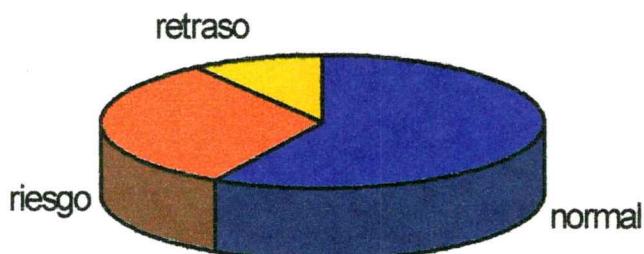
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Presentación de Datos

Tabla N° 1: Nivel de Desarrollo Psicomotor 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, durante el mes de octubre de 2002.

Nivel de Desarrollo Psicomotor	N°	%
Normal	18	58
Riesgo	10	32,3
Retraso	3	9,7
Total	31	100

Gráfico N° 1



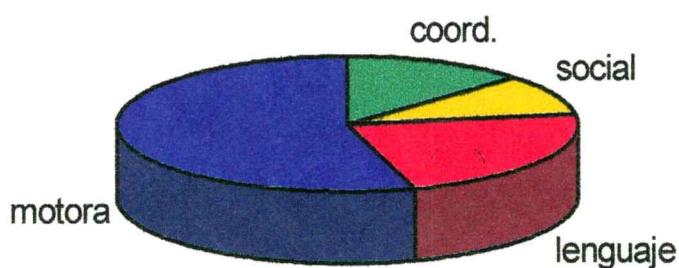
Nivel de Desarrollo Psicomotor de los niños de 3 y 6 meses de edad que concurren al Programa “Control del Niño Sano” en el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de octubre de 2002.

De un total de 31 niños evaluados de 3 y 6 meses de edad, el 58% presenta un Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal, el 32,3% de los niños se encuentra en un Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo y el 9,7% en un Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso.

Tabla N° 2: Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor 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, durante el mes de octubre de 2002.

Areas del Desarrollo		
Psicomotor	N°	%
Coordinación	4	12,9
Social	3	9,7
Lenguaje	7	22,6
Motora	17	54,8
Total	31	100

Gráfico N° 2



Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor 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, durante el mes de octubre de 2002.

Se observa que el área Motora (54,8%) es la más comprometida en todos los Niveles de Desarrollo Psicomotor; el área del Lenguaje (22,6%) se encuentra más

comprometida que el área de Coordinación (12,9%), mientras que el área Social es la menos comprometida (9,7%).

Tabla N° 3: Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor, según Nivel de Desarrollo Psicomotor 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, durante el mes de octubre de 2002.

Areas	Normal		Riesgo		Retraso		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
Coord.	1	25	2	50	1	25	4
Social	0	0	2	66,6	1	33,3	3
Lenguaje	1	14,2	4	57,1	2	28,6	7
Motora	6	35,2	8	47	3	17,6	17
Total	8	25,8	16	51,6	7	22,5	31

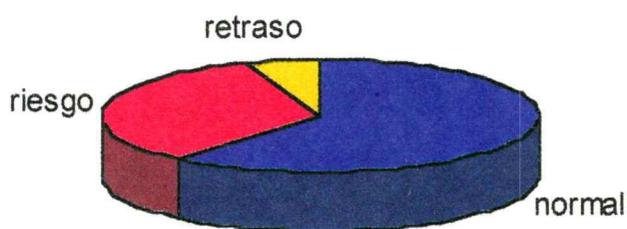
El área Motora se encuentra mayormente comprometida en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo (47%), con relación al Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal (35,2%) y al Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso (17,6%). El área del Lenguaje se halla mayormente comprometida en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo (57,1%), en menor porcentaje en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso (28,6%), y menor aún en el Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal (14,2%). El área Social se encuentra en mayor compromiso en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo (66,6%), en menor porcentaje en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso (33,3%) y sin compromiso en el Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal. El área de Coordinación se encuentra mayormente comprometida en el Nivel de Desarrollo

Psicomotor en Riesgo (50%), e igualmente comprometidas en los Niveles de Desarrollo Psicomotor Normal y en Retraso (25%). Cabe destacar que de los tres Niveles de Desarrollo Psicomotor, el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo es el que presenta mayor compromiso en todas las áreas del desarrollo.

Tabla N° 4: Nivel de Desarrollo Psicomotor de los niños de 3 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, durante el mes de octubre de 2002.

Nivel de Desarrollo Psicomotor	N°	%
Normal	11	61,1
Riesgo	6	33,3
Retraso	1	5,5
Total	18	100

Gráfico N° 3



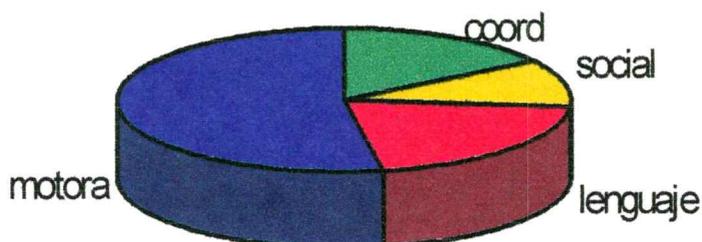
Nivel de Desarrollo Psicomotor de los niños de 3 meses de edad que concurren al Programa “Control del Niño Sano” en el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de octubre de 2002.

De una muestra de 18 niños de 3 meses de edad, el mayor porcentaje de los mismos (61,1 %) alcanza un Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal; un 33,3 % presenta un Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo y un 5,5 % se encuentra en Retraso del Desarrollo Psicomotor.

Tabla N° 5: Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor de los niños de 3 meses de edad que concurrieron 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, durante el mes de octubre de 2002.

Areas del Desarrollo		
Psicomotor	N°	%
Coordinación	3	15,8
Social	2	10,5
Lenguaje	4	21
Motora	10	52,6
Total	19	100

Gráfico N° 4



Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor de los niños de 3 meses de edad que concurrieron 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, durante el mes de octubre de 2002.

Se observa que el área Motora es la más comprometida en todos los Niveles de Desarrollo Psicomotor (52,6%); el área de Lenguaje (21%) se encuentra más comprometida que el área de Coordinación (15,8%); mientras que el área Social es la menos comprometida (10,5 %).

Tabla N° 6: Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor, según Nivel de Desarrollo Psicomotor de los niños de 3 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, durante el mes de octubre de 2002.

Areas	Normal		Riesgo		Retraso		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Coord.	1	33,3	2	66,6	0	0	3
Social	0	0	2	100	0	0	2
Lenguaje	0	0	3	75	1	25	4
Motora	4	40	5	50	1	10	10
Total	5	26,3	12	63,1	2	10,5	19

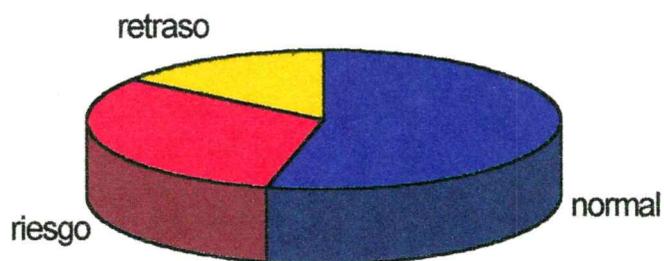
El área Motora se encuentra mayormente comprometida en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo (50%) con relación al Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal (40%) y al Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso (10%). El área del Lenguaje se halla mayormente comprometida en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo (75 %); en menor medida en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso (25%), y sin compromiso en el Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal. El área Social sólo se halla comprometida en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo. El área de Coordinación se halla mayormente comprometida en el Nivel de Desarrollo Psicomotor

en Riesgo (66,6 %); en menor medida en el Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal (33,3 %), y sin compromiso en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso. De los tres Niveles de Desarrollo Psicomotor, el Nivel de Riesgo es el que presenta mayor compromiso en todas las áreas.

Tabla N° 7: Nivel de Desarrollo Psicomotor de los niños de 6 meses de edad que concurrieron 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, durante el mes de octubre de 2002.

Nivel de Desarrollo Psicomotor	N°	%
Normal	7	54
Riesgo	4	31
Retraso	2	15
Total	13	100

Gráfico N° 5



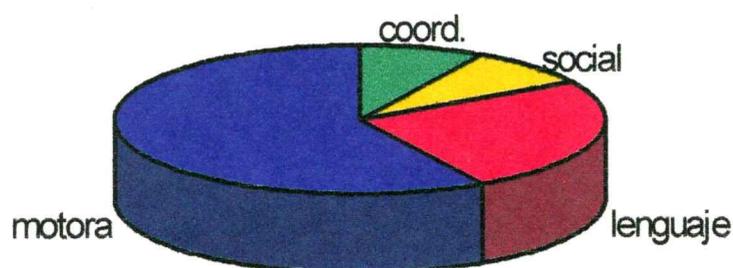
Nivel de Desarrollo Psicomotor de los niños de 6 meses de edad que concurrieron al Programa “Control del Niño Sano” en el Centro de Salud Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de octubre de 2002.

De una muestra de 13 niños de 6 meses de edad, el 54% posee un Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal, el 31% de los niños se encuentra en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo, y el 15 % de los mismos en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso.

Tabla N° 8: Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor de los niños de 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, durante el mes de octubre de 2002.

Areas del Desarrollo		
Psicomotor	N°	%
Coordinación	1	8,3
Social	1	8,3
Lenguaje	3	25
Motora	7	58,3
Total	12	100

Gráfico N° 6



Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor de los niños de 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, durante el mes de octubre de 2002.

El área de mayor compromiso en todos los Niveles de Desarrollo Psicomotor es el área Motora (58,3%); y en menor medida el área del Lenguaje (25%). El área de Coordinación y el área Social se hallan igualmente comprometidas, pero en menor porcentaje que las anteriores.

Tabla N° 9: Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor, según Nivel de Desarrollo Psicomotor de los niños de 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, durante el mes de octubre de 2002.

Areas	Normal		Riesgo		Retraso		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Coord.	0	0	0	0	1	100	1
Social	0	0	0	0	1	100	1
Lenguaje	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3
Motora	2	28,6	3	42,8	2	28,6	7
Total	3	25	4	33,3	5	41,6	12

El área Motora se encuentra mayormente comprometida en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo (42,8%), e igualmente comprometida en los Niveles de Desarrollo Psicomotor Normal y en Retraso (28,6%). Se observa que el área del Lenguaje se halla igualmente comprometida en los tres Niveles de Desarrollo Psicomotor (33,3%). El área de Coordinación y el área Social sólo presentan compromiso en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso. De los tres Niveles de Desarrollo Psicomotor, el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso es el que presenta compromiso en todas las áreas.

Análisis e interpretación de Datos

En el Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia, durante el mes de octubre y en los turnos establecidos, se presentaron al Control del Niño Sano un total de 38 niños de 3 y 6 meses de edad. De los niños de 3 meses de edad asistieron al Control 20 niños, de los cuales dos no pudieron ser evaluados según lo dispuesto en los criterios de exclusión, uno por no cumplir con la edad requerida, otro por presentar secuelas neurológicas; de 6 meses de edad, asistieron al Control 18 niños, tres de ellos no fueron evaluados por no cumplir con la edad requerida y dos niños por encontrarse en tratamiento de Terapia Ocupacional.

El total de niños evaluados es de 31, lo cual corresponde a 18 niños de 3 meses y 13 niños de 6 meses de edad.

Del total de 31 niños, el **58%** presenta un *Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal*, el **32,3%** de los niños presenta un *Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo* y el **9,7%** un *Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso*.

De las cuatro *Áreas del Desarrollo Psicomotor* evaluadas, sobre el total de los 31 niños de 3 y 6 meses de edad, se registran 31 retrasos selectivos. Sobre este total de retrasos selectivos en las diferentes áreas, el área mayormente comprometida en todos los Niveles de Desarrollo Psicomotor es el **área Motora (54,8%)**, el **área del Lenguaje (22,6%)** se encuentra más comprometida que el **área de Coordinación (12,9%)**, mientras que el **área Social** es la menos comprometida (**9,7%**)

Del total de 31 retrasos selectivos, la mayor cantidad se observa en el **área Motora (17)**, registrándose el **35,2%** en el *Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal*, el **47%** en el *Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo* y el **17,6%** en el *Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso*. En el **área del Lenguaje** se

observan 7 retrasos selectivos, el 14,2% corresponde al Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal, el 57,1% al Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo y el 28,6% al Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso. En el área de Coordinación se registran 4 retrasos selectivos, el 50% corresponde al Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo, el 25% al Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal y el otro 25% al Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso. Se registran 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.

De los niños evaluados, la mayor cantidad presenta un Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal, sin embargo un gran porcentaje de niños (42%) se halla en un Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo o en Retraso.

Se observa que el porcentaje de niños de 6 meses de edad que se encuentra en Riesgo o en Retraso del Desarrollo Psicomotor es del 46% y en los niños de 3 meses esta cifra corresponde al 38,8%. Mientras que en los niños de 6 meses de edad el porcentaje de niños en Retraso es mayor que en los niños de 3 meses; en los niños de 3 meses de edad el porcentaje de niños en Riesgo es mayor que en los de 6 meses.

De los tres Niveles de Desarrollo Psicomotor, el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo es el que presenta mayor compromiso en todas las áreas del desarrollo sobre el total de la población. En los niños de 3 meses ocurre lo mismo; no así en los niños de 6 meses de edad en donde el Nivel más afectado en las áreas de Coordinación y Social es el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso; el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo se halla con mayor

compromiso en el área Motora; y los tres **Niveles de Desarrollo Psicomotor** se encuentran igualmente afectados en el área del Lenguaje.

De las áreas evaluadas del Desarrollo Psicomotor, se observa que tanto en los niños de 3 meses como en los niños de 6 meses de edad, el área que presenta mayor compromiso en todos los Niveles de Desarrollo Psicomotor es el área **Motora**, y el área del **Lenguaje** presenta mayor compromiso que el área de **Coordinación y Social**.

De un total de 18 niños evaluados de **3 meses de edad**, el 61,1% presenta un Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal, el 33,3% un Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo y el 5,5% un Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso.

De los niños de 3 meses de edad, 10 de ellos (61,1%) presentan un **Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal**, sin embargo 4 niños presentan retrasos selectivos en el área Motora y 1 en el área de Coordinación. De los niños que presentan retraso en el área Motora, es significativo que, durante los períodos de vigilia estos niños permanecen en brazos y en cochecito experimentando solamente la posición de decúbito supino, lo cual limita la posibilidad de experimentar otras posiciones como la de decúbito prono, en donde los niños comienzan a ejercitar los músculos extensores de cuello y tronco, actividad de suma importancia para la adquisición del posterior control cefálico. Se observa falta de integración intersensorial en el niño que presenta retraso selectivo en el área de Coordinación, no juega ni con su cuerpo y el cuerpo del adulto, ni con objetos.

Los niños de 3 meses de edad que presentan un **Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo**, son 6 (33,3%), todos ellos presentan retrasos selectivos en las diferentes áreas del Desarrollo Psicomotor. De los niños que presentan retraso

en el área Motora se observa que ocurre lo mismo que en los niños que poseen un Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal; todos ellos permanecen la mayor parte del día en el cochecito, sin poder ejercitar diferentes posiciones. De los niños que presentan retraso selectivo en el área de Coordinación, Social y Lenguaje, además de permanecer la mayor parte del tiempo en decúbito supino, se observa que mantienen escasa interacción corporal, visual y verbal con su madre. En el 100% de las parejas no se observa sonrisa mutua ni respuesta a la demanda del bebé.

Un niño (5,5%) se encuentra en un **Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso**, presentando retraso selectivo en las áreas de Lenguaje y Motora. Es significativo en este niño la falta de interacción verbal y corporal con su madre, el bebé no responde al estímulo verbal, y no se observan conductas de demanda (llanto, quejidos, miradas, vocalizaciones, sonrisa).

Sobre el total de los 18 niños de 3 meses de edad, se registran 19 retrasos selectivos en las cuatro áreas del Desarrollo Psicomotor evaluadas, siendo el **área Motora** la más comprometida (**52,6%**), luego el **área del Lenguaje** en un **21%**, el **área de Coordinación 15,8%** y el **área Social 10,5%**.

Sobre el total de retrasos selectivos, 10 corresponden al área Motora, registrándose 50% en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo, 40% en el Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal y 10% en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso.

Se observan 4 retrasos selectivos en el área del Lenguaje, de los cuales el 75% se registra en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo y el 25% en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso. En el área de Coordinación se observan 3 retrasos selectivos de los cuales el 66,6% corresponde al Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo y el 33,3% al Nivel de Desarrollo Psicomotor

Normal. Finalmente en el área Social se registran 2 retrasos selectivos que corresponden al Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo.

El total de niños evaluados de **6 meses de edad** es de 13 niños. El 54% de los niños presenta un Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal, el 31% un Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo y el 15% un Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso.

De los niños de 6 meses de edad, 7 niños (54%) presentan un **Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal**. De estos niños, 2 presentan retraso selectivo en el área Motora y 1 en el área del Lenguaje. En general en estos niños se observa una buena interacción corporal y visual, no así verbal. Es significativo que 2 de los niños han tenido un destete brusco con una temprana incorporación de sólidos, y el niño con retraso en el área del Lenguaje mantiene horas excesivas de sueño. Esto último podría ser un indicador a tener en cuenta para realizar una vigilancia temprana del desarrollo.

Los niños de 6 meses de edad que presentan un **Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo** son 4 niños (31%), 3 de ellos presentan retraso selectivo en el área Motora y 1 de ellos a su vez en el área del Lenguaje. Es llamativo que sucede lo mismo que en los niños de 3 meses de edad que presentan retraso en el área Motora, en relación a la escasa diversidad de espacios que exploran cuando están despiertos. En el niño que además presenta retraso en el área del Lenguaje, se observa que no responde al estímulo verbal y no experimenta situaciones variadas de juego que le permitan interactuar con los objetos y las personas.

Dos niños (15%) de 6 meses presentan un **Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso**, observándose retraso en distintas áreas del Desarrollo Psicomotor, ambos en distintas de ellas. En los 2 niños se registra colecho y los 2 permanecen

durante los períodos de vigilia en el cochecito, en la cama y en brazos. En ambos la interacción vincular es escasa, no se observan miradas ni sonrisas recíprocas, ni vocalizaciones por parte de los niños. El área más afectada en ambos niños es el área Motora.

Sobre el total de los 13 niños de 6 meses de edad, se registran 12 retrasos selectivos en las cuatro áreas del Desarrollo Psicomotor evaluadas, siendo el **área Motora** la de mayor compromiso en todos los Niveles de Desarrollo Psicomotor (**58,3%**), y en menor medida el **área del Lenguaje (25%)**. El **área de Coordinación** y el **área Social**, presentan igual compromiso (**8,3%**), pero en menor medida que las anteriores.

Sobre el total de 12 retrasos selectivos en las diferentes áreas, 7 corresponden al área Motora, el nivel más comprometido es el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Riesgo (42,8%), el Nivel de Desarrollo Psicomotor Normal y en Retraso registran igual compromiso (28,6%).

En el área del Lenguaje se registran 3 retrasos selectivos, e igual compromiso en los tres Niveles de Desarrollo Psicomotor (33,3% cada uno).

El área de Coordinación y el área Social presentan 1 retraso selectivo respectivamente y sólo se observa compromiso en el Nivel de Desarrollo Psicomotor en Retraso.

Descripción del Desarrollo Psicoafectivo de los niños de 3 y 6 meses de edad

Descripción del Desarrollo Psicoafectivo

La descripción del Desarrollo Psicoafectivo de los niños de 3 y 6 meses de edad surge de la observación de los indicadores de las funciones del vínculo madre-bebé.

Con respecto a la *interacción vincular* observada en las 18 parejas mamá-bebé de los niños de **3 meses de edad**, surge una interacción escasamente fluida entre ambos. Winnicott habla de “preocupación materna primaria” para referirse a la posibilidad de la madre de identificarse totalmente con las necesidades del niño, gracias a ello sabe como sostener a su bebé (holding) y como manejarlo (handing). En 9 parejas de las 18 observadas se registra baja o nula interacción visual, verbal, corporal, por la sonrisa y el sostenimiento. Se observa que las madres en ocasiones no decodifican los mensajes del bebé (quejidos, llanto, iniciativa) por lo cual no responden a la demanda, no logrando identificarse con las necesidades del bebé. De cada cuatro intentos del bebé por contactarse o comunicarse con su mamá, éstas responden a una. En niños en los que se registra un retraso selectivo en alguna de las áreas del desarrollo esto último se observa con mayor frecuencia. Hacia los tres meses de vida, los bebés responden de una forma relativamente específica por la sonrisa, las vocalizaciones y los movimientos de los ojos favorecido por la anticipación de la mamá, los bebés tienen capacidad de iniciativa y de provocar respuestas en sus madres. Durante la observación 3 parejas mamá-bebé sostienen una interacción fluida, aunque no se observa en ninguna de las parejas interacción por *sonrisa* mutua, en ocasiones se registra sonrisa no recíproca por parte de uno de los integrantes de la pareja.

De las 18 parejas mamá-bebé 7 sostienen una *interacción visual* mutua y constante durante la observación. En las demás parejas no se observan miradas o sólo se registra la mirada momentánea en uno de los integrantes.

En 5 parejas se observa que la mamá le habla a su bebé, mientras que el bebé no vocaliza pero reacciona gestual y corporalmente al estímulo, el mismo de todas formas es escaso. En 4 parejas no se observan palabras que mediaten el contacto. En 4 parejas igualmente no se registra respuesta de la mamá al quejido y al llanto del bebé. De estas parejas en las que se observa escasa *interacción verbal* se halla que 4 niños presentan alteraciones en el área del Lenguaje y en el área de Coordinación. Es importante resaltar que el lenguaje se adquiere en un medio de interacción, más allá de las estructuras biológicas necesarias para la adquisición del lenguaje, el niño necesita que el medio facilite el proceso de aprendizaje.

En cuanto al *sostenimiento* observado, la mayoría de las madres sostiene a su bebé de espaldas al pecho y sentado sobre el regazo. Con menor frecuencia, en otras parejas mamá-bebé se observa un sostén de frente al pecho de la mamá cerca de su cuerpo tomando al bebé con las dos manos.

En los niños que presentan retraso selectivo en el área Social, que sólo fueron 2 de los 18 niños, se observa que el vínculo está mediatizado por una escasa interacción visual, verbal, corporal y por la sonrisa. En ambos casos la mamá no responde a la demanda del bebé (quejidos, llanto e iniciativa del bebé), no le habla ni le sonríe. Cabe destacar que el vínculo temprano constituye la base del proceso de socialización, permite al niño desarrollar la confianza en sí mismo para establecer relaciones con los demás.

Con respecto a la *interacción vincular* observada en las 13 parejas mamá-bebé de los niños de **6 meses edad**, en 5 de ellas se desarrolla una fluida

interacción verbal, visual y corporal. Sólo 2 niños de estas parejas presentaron retraso selectivo en alguna de las áreas del Desarrollo Psicomotor. Si bien se observa *interacción verbal*, ésta es escasa en relación a situaciones que demandan a la mamá calmar y responder a los quejidos del bebé. En el 100% de las 13 parejas mamá-bebé no se presenta *sonrisa* mutua, sólo en algunos se registra la sonrisa por parte de alguno de los integrantes de la pareja. En 1 pareja se registra iniciativa de la madre en todos los ítems observados, no obteniendo respuesta activa por parte del bebé. En 2 parejas mamá-bebé se registra interacción sólo a nivel *visual y corporal*, ambos niños presentan retraso selectivo en el área Motora. Las otras 5 parejas restantes, de las 13 observadas, no desarrolla una fluida interacción, registrándose aisladamente la mirada momentánea por parte de alguno de los integrantes de la díada. Dos de estos niños de estas parejas permanecen en el cochecito sin demandar atención alguna durante todo el tiempo en que se desarrolla la charla del Control del Niño Sano. De estas 5 parejas, 4 de los niños presentan alteraciones variables en distintas áreas del Desarrollo Psicomotor; todos ellos presentan retraso en el área Motora, 2 en el área del Lenguaje, 1 en el área de Coordinación y 1 en el área Social.

Para finalizar, se puede decir a partir de lo observado, que las dificultades que se manifiestan en el vínculo de las parejas mamá-bebé podrían influir negativamente en las cuatro áreas del Desarrollo Psicomotor. Es importante tener en cuenta además, que cualquier alteración del desarrollo que limite al niño en su actividad, también puede generar dificultades vinculares.

La descripción de los hábitos/comportamientos se realizó a partir de la entrevista a las madres de los niños de 3 y 6 meses de edad.

Al describir la función del *sueño* en los niños de **3 meses de edad**, se registra que 5 niños duermen en fases de 3 a 4 horas y en 10 niños el promedio de horas de sueño es de 6 a 7 horas seguidas. Según Gessel, durante el primer trimestre de vida el niño duerme en 8 a 10 fases que se van fusionando progresivamente, al mes de vida el niño logra dormir de 5 a 6 horas seguidas. Por otro lado se observa que 1 niño no logra un ritmo de sueño, con lo cual las horas que duerme son muy variables; en 2 niños las horas de sueño son excesivas o por el contrario son escasas. Esto constituye un indicador del grado de actividad del niño, las horas excesivas de sueño podrían coartar la posibilidad de éste de estar despierto y explorar distintas experiencias sensoriales, motrices, vinculares. En los 18 niños se observa cohabitación lo cual se considera adecuado a esta edad, y en 6 de ellos colecho, dos de los cuales lo mantienen en forma ocasional. La frecuencia de colecho constituye el 33,3% de los niños de 3 meses de edad, lo cual puede considerarse significativo si se tiene en cuenta que es un factor de riesgo de sufrir accidentes y que puede obstaculizar el adecuado desarrollo psicoafectivo del niño.

En relación a la función de la *alimentación*, se puede decir que los 18 niños evaluados toman pecho con una frecuencia variable; 14 de ellos toman pecho con una frecuencia de 3 a 4 horas promedio; 4 de ellos con una frecuencia de 1 a 2 horas. Dentro de este último grupo un bebé usa este hábito para calmarse o dormirse, toma pecho durante un tiempo y se duerme. Cabe destacar la importancia de la lactancia natural en cuanto a las ventajas nutricionales que la leche brinda y al factor emocional, ya que el bebé interactúa y se contacta con su madre a través del contacto corporal, el olfato, la vista, a través de sus manos que le permiten explorar una serie de estímulos que le son necesarios.

Con respecto a la *actividad lúdica*, la mayoría de los bebés pasan el tiempo que están despiertos en diferentes lugares, como, el cochecito, cama, cuna, bebesit, en brazos y en un colchón arriba de la mesa. Esto último se considera desfavorable ya que constituye un factor de riesgo importante de accidentes; por otra parte el “estar en brazos en forma constante y permanente” y la imposibilidad de moverse libremente, como en algunos de los casos, puede ocasionar dificultades en el Desarrollo Psicomotor en todas sus áreas ya que impide la posibilidad de experimentar distintas posiciones y experiencias. De éstos niños, 10 de ellos presentan retraso selectivo en el área Motora y 2 de ellos en el área de Coordinación. En uno de los casos la madre refiere que su bebé pasa mucho tiempo frente al televisor, lo cual se considera un factor de riesgo por la cantidad, calidad y velocidad de los estímulos visuales, además de la escasa posibilidad del niño de explorar diferentes espacios, objetos y situaciones. Cabe destacar que 7 de los 18 niños tienen contacto y juegan con otros niños, mientras que los demás juegan con sus padres y familiares, es decir con personas adultas. La mayoría de los niños que tiene hermanos no presenta retraso selectivo en ninguna de las áreas del desarrollo, lo cual podría relacionarse con la posibilidad que tienen estos niños de recibir variados estímulos por parte de otros niños. La mayoría de los niños que presenta retraso selectivo en alguna de las áreas del Desarrollo Psicomotor, juega con personas adultas y adultas mayores; en este caso el adulto debería facilitar la actividad lúdica, brindarle al niño la posibilidad de experimentar con los objetos, distintas sensaciones, explorar el espacio, interactuar con los otros. En relación al paseo, 12 niños salen de paseo frecuentemente; 5 niños salen de paseo con escasa frecuencia; y 1 niño no sale de paseo; esto demuestra la posibilidad del niño de

experimentar distintas situaciones y de integrarse a las rutinas diarias de la familia, compartiendo espacios de interacción y socialización.

Así como se describieron los hábitos/comportamientos de los niños de 3 meses de edad se realiza la misma descripción con los bebés de 6 meses de edad. En relación a la función del *sueño* se registra que 8 de los 13 niños mantiene un hábito acorde a su edad cronológica, duermen de 7 a 8 horas continuas. De estos 13 niños se halla que 5 de ellos presenta un desarrollo inadecuado de este hábito en relación a su edad cronológica, ya que uno de los niños duerme 11 horas continuas, 2 niños duermen de 10 a 12 horas en forma interrumpida por varios lapsos, y los demás niños duermen aproximadamente 7 horas en forma interrumpida, no pudiendo lograr continuidad en el sueño. En 10 de los 13 niños se observa cohabitación lo cual se considera normal a esta edad y en 2 niños se registra colecho, uno de los cuales es referido a la no disposición de espacio físico. En 1 bebé no se registra ni colecho ni cohabitación. La cohabitación se justifica hasta aproximadamente esta edad (6 meses) por la posibilidad que brinda de prevenir la incidencia de muerte súbita, no así el colecho que es considerado, como ya se ha mencionado, un factor de riesgo de sufrir accidentes y un factor que podría obstaculizar el desarrollo psicoafectivo del niño.

Con respecto a la función de la *alimentación* se observa que 6 de los 13 niños toman pecho, en 2 niños la frecuencia está dada por la libre demanda y en los demás bebés la frecuencia promedio es de 3 horas.

De los 13 niños, 4 toman mamadera desde su nacimiento con una frecuencia muy dispar que oscila entre 2 horas a dos veces por día. En estos niños se observa que 3 de ellos presentan retrasos selectivos en distintas áreas del desarrollo

(Motora, Social, Lenguaje y Motora; y Motora respectivamente) y 3 presentan escasa interacción vincular. Es importante resaltar que el amamantamiento constituye una de las actividades de mayor acercamiento afectivo emocional, en la cual madre e hijo son gratificados por un mecanismo de retroalimentación afectiva.

Por último 3 niños toman mamadera desde los 3, 4 y 5 meses experimentando en todos los casos un destete brusco. La frecuencia con la que se alimentan es de 3 a 4 horas. Uno de estos bebés toma pecho y mamadera. Cabe destacar que el destete brusco puede influir negativamente sobre el vínculo mamá-bebé y en la posibilidad del niño de aceptar sustitutos en relación a la madre. De hecho en 2 de los 3 niños se observa escasa interacción vincular y además presentan retraso selectivo en el área Motora y retraso en el área Motora y del Lenguaje respectivamente. Según Winnicott, una madre lo suficientemente buena es la que lleva a cabo la adaptación activa casi total a las necesidades de su hijo y a medida que pasa el tiempo se adapta poco a poco, en forma cada vez menos completa, en consonancia con la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración.

En cuanto a la incorporación de los alimentos sólidos se puede observar que 3 de los 13 niños incorporaron alimentos sólidos alrededor de los 5 meses. Los demás bebés de 6 meses de edad ya cumplidos a la fecha de la evaluación, comenzaban a incorporar alimentos semisólidos en forma gradual; sólo 1 bebé aún no incorpora ningún tipo de alimento sólido o semisólido. Con la incorporación de los alimentos se propicia un espacio en el que el niño puede experimentar una serie de estímulos hasta entonces desconocidos para él, además de la oportunidad de interactuar con la familia a la hora de las comidas. En los niños de 6 meses que

ya incorporaron alimentos sólidos, 4 se alimentan antes que el resto de la familia, con lo cual se pierden la posibilidad de interactuar en la mesa familiar en el mismo horario y con la misma actividad, por lo que se ve dificultada la adquisición de esta nueva rutina dentro de la alimentación.

Al analizar la *actividad lúdica* en los niños de 6 meses de edad se registra que la mayor parte ellos pasan los tiempos de vigilia en lugares como cochecito, brazos y cama (7 de ellos); cochecito, brazos y piso (6 de ellos). De los niños que permanecen en el piso, según refieren sus madres, es reciente y por lapsos cortos de tiempo. De estos niños 3 presentan retraso en el área Motora. Se puede pensar en la posibilidad de incorporar este hábito en edades más tempranas para favorecer los libres desplazamientos del niño, el ejercicio de diferentes posiciones, de ejercitar el volteo, el arrastrarse y así favorecer su desarrollo en esta área que es la más afectada en la población estudiada. Uno de los bebés llamativamente, permanece casi la totalidad del tiempo en brazos cuando está despierto, se pudo registrar a través de la evaluación un nivel de desarrollo psicomotor en Riesgo y se observó que el área mayormente comprometida es el área Motora. Al momento de la evaluación ésta se ve dificultada por llanto constante y la imposibilidad de cambiar de la posición de decúbito supino. En la observación vincular se registran constantemente dificultades para contactarse, se observa dificultad por parte de la madre para poder calmarlo, para decodificar la demanda del bebé, lo hamaca constantemente y no deja de moverse. El bebé reacciona a esto con movimientos de extensión de tronco, y en el sostenimiento el bebé ofrece resistencia para acomodarse en los brazos de su madre.

La mayoría de los niños de 6 meses de edad juega con su mamá principalmente, y con toda la familia, sólo 2 niños juegan con hermanos mayores.

Los juegos son corporales (con sus manos y pies) y secundariamente con objetos y juguetes, en su mayoría con sonidos. Del total de niños, sólo una niña juega sola, y coincidentemente su desarrollo psicomotor corresponde a un nivel en Riesgo con retraso selectivo en el área Motora y del Lenguaje. En relación al paseo, 11 de los 13 niños tienen la oportunidad de pasear, a lo cual responden con manifestaciones de alegría o se duermen; 2 niños lo hacen escasamente, pero la respuesta es positiva. Es importante resaltar nuevamente que el ambiente debe proveer de estímulos suficientes para el aprendizaje del niño, lo cual no se corresponde con la realidad observada. Lo que se registra es una falta de aporte de estímulos variados para el ejercicio del juego y de los hábitos .

CONCLUSIÓN

Conclusión y Propuesta

Conclusión

Para poder arribar a una conclusión es necesario volver a pensar en el problema planteado, ¿ En qué medida es necesaria la valoración del desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional a los 3 y 6 meses de edad (con el objeto de detectar precozmente niños en riesgo o en retraso en el desarrollo psicomotor) en niños que concurren al Programa “Control del Niño Sano” ...?

En base a la investigación realizada, creemos muy necesaria la valoración del desarrollo, a pesar que el 58% del total de los niños evaluados poseen un nivel de desarrollo psicomotor normal, lo significativo es que el **32,3%** de los mismos presenta **Riesgo** en el desarrollo psicomotor y el **9,7%** **Retraso** en el desarrollo psicomotor.

En la introducción a nuestra Tesis decíamos que en el período correspondiente a marzo-abril del año 2000, el 17% de la población de entre 9 y 11 meses de edad presentó alteraciones del desarrollo psicomotor, y actualmente en la población de niños de 3 y 6 meses de edad estudiada, el 42% presentó alteraciones del desarrollo, con lo cual es muy significativo ya que el porcentaje de alteraciones con respecto al año 2000 es mayor y se observa mas tempranamente. Esto sustenta aún más la necesidad de valorar y detectar tempranamente el desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional.

El objetivo del Terapeuta Ocupacional en las actividades llevadas a cabo en el Plan de Lactantes es la prevención de la incidencia de los factores de riesgo sobre el desarrollo integral del niño y la detección precoz de signos de alarma, por lo tanto, detectar tempranamente implica prevenir y minimizar los retrasos del desarrollo y promover un crecimiento y desarrollo armónicos, lo cual es

importante dado que la atención adecuada en el momento oportuno posibilita evitar la perpetuación de alteraciones.

En base a lo anteriormente mencionado y a lo postulado por Saint Anne Dargassies, creemos que la valoración del desarrollo psicomotor y la observación del desarrollo psicoafectivo así como de los hábitos/comportamientos del niño, desde Terapia Ocupacional debería comenzar a realizarse a los 3 meses de edad, dado que es en esta edad, donde se registró un alto porcentaje de niños en **Riesgo** (33,3% que corresponde a 6 niños sobre un total de 18 niños), a diferencia de lo ocurrido en los niños de 6 meses de edad donde se registró un porcentaje mayor, que a los 3 meses, de niños en **Retraso** (15% que corresponde a 2 niños sobre un total de 13 niños).

Propuesta

Creemos que la intervención desde Terapia Ocupacional valorando el desarrollo psicomotor, observando el desarrollo psicoafectivo y los hábitos/comportamientos del niño, desde los 3 meses de edad es de suma importancia para el reconocimiento temprano y la detección precoz de desviaciones del desarrollo psicomotor, y situaciones de riesgo que involucren al niño y su familia. Sin embargo dadas las condiciones socioeconómicas por las que atraviesa nuestro país, se ha incrementado la demanda de atención, sin corresponderse con los recursos humanos disponibles. Como decíamos en el capítulo de Atención Primaria de la Salud, si bien ésta es para toda la población está centrada en aquellos grupos de población que por edad, condición social y /o económica se encuentran en situación de mayor riesgo. Actualmente esta población ha crecido y va en aumento, por lo cual la demanda de atención es cada vez mayor. No obstante los recursos en salud son los mismos y en muchos casos

han disminuido, es así que aún hoy continúan agudizándose las diferencias sociales principalmente en el acceso a la atención sanitaria, cada vez es más la población desatendida. Es en esta realidad donde se inserta el rol del Terapeuta Ocupacional como agente de salud y es así que cobra importancia la detección temprana a través de métodos de pesquisa, la cual permite la aplicación a grandes sectores de niños, garantizando de alguna manera la atención e intervención de gran parte de la población. Esta situación socioeconómica, puede de alguna manera, dificultar en el Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia la atención por métodos de pesquisa, ya que el recurso humano desde Terapia Ocupacional es escaso. Es un terapeuta ocupacional el que realiza acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria en este marco de gran demanda poblacional, desigualdades e inequidad social. Es por ello que ante esta realidad, creemos que se debería focalizar aún más en acciones de Prevención Primaria, como la Promoción y la Educación para la Salud, constituidas en este caso por las charlas informativas que se llevan a cabo en los Talleres de Educación para la Salud, en el Programa Materno Infantil "Control del Niño Sano". Las acciones del Terapeuta Ocupacional están dirigidas a facilitar el desarrollo de las potencialidades del niño orientando, acompañando y conteniendo a la madre y familia en este proceso; facilitando aquellos elementos que le permitan a la diada madre-hijo y a su entorno detectar y utilizar sus propios recursos, desarrollando sus capacidades y actitudes maternas de tal forma que pueda identificar lo que su hijo necesita en cada etapa del desarrollo.

Dada la importancia de la valoración y observación/descripción del desarrollo, como método de pesquisa para la detección temprana de niños en riesgo o retraso del desarrollo, en grandes sectores de la población, creemos de fundamental

importancia la intervención del Terapista Ocupacional en la población materno-infantil, como eslabón de la Atención Primaria de la Salud, para facilitar y promover el desarrollo integral de los niños y de sus familias. Pensamos que es fundamental la posibilidad de realizar este tipo de investigación en otros sectores tanto públicos como privados de la ciudad de Mar del Plata, para garantizar de alguna manera la calidad de la atención e intervención de gran parte de la población.

Al hablar de desarrollo integral en la niñez no solo se piensa en proveer salud física, sino también proveer las bases para el desarrollo emocional, para brindar salud mental para toda la vida. Por lo tanto es necesario proveer de condiciones ambientales favorables que faciliten el desarrollo del potencial innato del niño y su capacidad para establecer relaciones con su entorno.

Las condiciones ambientales favorables de las que hablamos y adhiriendo a lo que postula Winnicott, deben basarse en la continuidad del ambiente humano y no humano, que ayuda a la integración de la personalidad del niño; la confiabilidad que hace predecible el comportamiento del entorno del niño, la adaptación graduada a las necesidades cambiantes y crecientes del niño y la provisión para el desarrollo integral del mismo.

Es nuestro deseo como futuras profesionales de Terapia Ocupacional, en medio de esta crisis socioeconómica, poder contribuir desde el rol, a mejorar por mínimo que sea, las condiciones de salud y desarrollo de los niños y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

1. Ajuriaguerra, J. *Manual de Psiquiatría Infantil*. Edit. Masson. Cuarta Edición.
2. Alfaro, Graciela A; Barbero, Marcela A. *Desarrollo mental y psicomotor en niños nacidos de pretérmino*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 1999.
3. Beláustegui, M.I; Gianini, C.R; Giardino,S.K. *Prevención Primaria en Salud desde Terapia Ocupacional en madres adolescentes en un medio social adverso*. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1994.
4. Bobath, K. *Base neurofisiológica para el tratamiento de la parálisis cerebral*. Edit. Médica Panamericana. Segunda Edición.
5. Cirigliano, P.M. *Matronatación. Terapéutica para bebés*. Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires.1998.
6. Coriat, L. *Maduración Psicomotriz en el primer año de vida*. Edit. Hemisur. Buenos Aires. 1974.
7. Coriat, Lydia F. *Aspectos Estructurales e Instrumentales del Desarrollo*. Cuadernos del desarrollo infantil. Cuadernillo 1. Publicación Centro Dra. Lydia Coriat. Buenos Aires.
8. Cusminsky, M.; Lejaraga, H. y otros. *Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño*. OPS.OMS. Serie Paltex N° 8, 1986.
9. De Andraca, I; Pino, P; De la Parra, A; Rivera, F; Castillo, M. *Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas*. Revista Saúde Pública. 1998 Abril; 32(2): 138-47.
10. Declaración de Alma Ata. *Revista Salud Mundial*. Artículo 1. Agosto-Septiembre 1988.

11. Enciclopedia de la Psicología. *El Desarrollo del Niño*. Ediciones Océano S.A. Barcelona.
12. Flehmig, I. *Desarrollo Normal del Lactante y sus desviaciones*. Edit. Médica Panamericana. Tercera Edición. Buenos Aires. 1988.
13. Gassier, J. *Manual del Desarrollo Psicomotor del Niño*. Edit. Toray-Masson.
14. Gesell, A. *Diagnóstico del Desarrollo normal y anormal del niño*. Edit. Paidós. 2º edición. 1966. Buenos Aires.
15. Gesell, A. *El niño de 1 a 5 años*. Edit. Paidós. Tercera Edición. 1960. Buenos Aires.
16. Giberti, E. *Escuela para padres*. Revista Página/12.
17. Gyarmati, Gabriel. *Ciencias Sociales y Medicina*. Cap. Salud y Enfermedad: Hacia un Paradigma Biopsicosocial. Edit. Universitaria.
18. Huberman, C; Rodriguez, A. *Observación de Lactantes*. Ediciones Kargieman. Primera edición. Buenos Aires. 1997.
19. Jane Case Smith. *Valoraciones en Pediatría*. Material de circulación interna. Cátedra Terapia Ocupacional en Psicopatología Infanto-Juvenil. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.
20. Kroeger, A.; Luna, R. *Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos*. OPS. Edit. Pax México. 1992. Segunda Edición.
21. Le Metayer, M. *Reeducación Cerebromotriz del niño pequeño*. Edit. Masson. España. 1995.
22. Lejarraga, H; Krupitzky, S; y cols. *Guías para la Evaluación del Desarrollo en el Niño Menor de Seis Años*. Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital Garrahan. Buenos Aires. 1996.

23. López, O. *La creatividad o el derecho a ser diferente*. Edit. Novelibro. 1994. Buenos Aires.
24. Material de circulación interna. Cátedra Terapia Ocupacional en Discapacidades Físicas. *Cuadro Comparativo del desarrollo normal del lactante y su maduración psicomotriz en el primer año de vida*. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. 2000.
25. Material de circulación interna. Cátedra Terapia Ocupacional en Prevención Primaria y Comunidad. *Carta de Ottawa*. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.
26. Material de circulación interna. Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia. Municipalidad de General Pueyrredón.
27. Maureen M. de Mulvey y otros. *Estimulación Temprana de 0 a 36 meses*. Edit. Humanitas. Buenos Aires.
28. Medline.
29. Meneghello, R; E. Fanta N.; E. París M.; T. F. Puga. *Pediatría*. Edit. Médica Panamericana. Quinta edición. Tomo 1 y 2. Buenos Aires. 1999.
30. Myers, Robert. *Los doce que sobreviven*. OPS.OMS. 1993
31. Nasio, J.D. *Grandes Psicoanalistas*. Edit. Gedisa. España. 1996.
32. Nogara, M. Eugenia. *Terapia Ocupacional y el desarrollo psicomotor de niños con necesidades básicas insatisfechas*. Tesis de Grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 1997.
33. Oiberman. *Método de observación de la relación madre-bebé* Material de circulación interna. Cátedra Terapia Ocupacional en Psicopatología Infanto-Juvenil. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.

34. Olan Chan, A. *Higiene y Alimentación del Niño*. Edit. El Ateneo. Quinta Edición. Buenos Aires.
35. OPS- OMS. *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate*. Publicación Científica N°540.
36. OPS. *Acciones de Salud Materno-Infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial a favor de la infancia*. 1996.
37. *Penser, Parler, Représenter*. Edit. Masson. Primera Edición. 1992.
38. Pineda, E.B.; de Alvarado, E. L.; de Canales, F.H. *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de Salud*. OPS. Segunda Edición. Washington. 1994.
39. Polit, D.; Hungler, B. *Investigación en Ciencias de la Salud*. Edit. Interamericana. Cuarta Edición. México. 1994.
40. Rodríguez, S; Arancibia, V; Undurraga, C. *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses*. Edit. Galdoc. 1976.
41. Sesa, S; Frassoni, A.M; Sabulsky, J; Agrelo, F. *Análisis longitudinal y comparativo del desarrollo infantil en la ciudad de Córdoba*. Archivos Argentinos Pediátricos. 2001. Vol.99 N° 2.
42. Stambak, Mira. *Aprendizaje. Tono y Psicomotricidad: el desarrollo psicomotor de la primera infancia*. Edit. Pablo del Río.
43. Vayer, P. *El Diálogo Corporal*. Edit. Científico-Médica. España. 1997.
44. Vega, M.C; Bosenberg, I; Campisi, M.A; Porro, S; Camezzana, G *Desarrollo de los niños de familias pobres en la ciudad de Mar del Plata. Identificación de riesgo*. La Salud en Crisis.
45. Veyra, M.E. y cols. *Terapia Ocupacional en APS en la Población Materno Infantil*. Municipalidad del Partido de General Pueyrredón. 1999.

46. Wildin S.R., Smith K; Anderson, A; Swank, P; Denson, S; Lanry,S. Predicción de modelos de desarrollo en los niños de 40 meses, a partir de exámenes neurológicos a los 6 y 12 meses de edad en niños nacidos con muy bajo peso. *J-Dev-Behav-Pediatric*. 1997.Agosto; 18(4): 215-21.
47. Willard/Spackman. *Terapia Ocupacional*. Edit. Médica Panamericana. Octava Edición. Sección 3.
48. Winnicott, D. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Edit. Paidós. Buenos Aires. 1990.
49. Winnicott, D. *Realidad y Juego*. Edit. Gedisa. Barcelona. 1990.
50. Zuru, A.M.; Cano Pérez, J.F. *Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas de actuación en la consulta*. Ediciones Doyma S.A. España. 1986.
51. Página web www.monografias.com
52. Página web www.sap.org.ar
53. Página web www.puntodemujer.com

ANEXO

ANEXO I

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

Nombre de la madre
 Nombre del niño
 Fecha de Evaluación (días) (meses)
 Fecha de Nacimiento PE = C.D. =
 Establecimiento
 Examinador
 Peso Talla
 Desarrollo psicomotor normal
 de riesgo
 con retraso

EDAD	ITEM	PUNTAJE	PONDERACION	OBSERVACIONES
UN MES	1. (S) (L)	Fija la mirada en el rostro del examinador	6	
	2. (M)	Reacciona al sonido de la campanilla	6	
	3. (C)	Abrieta el dedo índice del examinador		
	4. (M)	Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)		
	5. (M)	Movimiento de cabeza en posición prona		
DOS MESES	6. (S) (LS)	Mímica en respuesta al rostro del examinador	6	
	7. (CS)	Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador		
	8. (M)	Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador		
	9. (L)	Intenta controlar la caeaza al ser llevado a posición sentada		
	10. (L)	Vocaliza dos sonidos diferentes		

TRES
MESES

11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador
 12. (CL) Busca con la vista la fuente del sonido
 13. (C) Sigue con la vista la argolla (languito de 180°)
 14. (M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada
 15. (L) Vocalización prolongada

6
c/u

CUATRO
MESES

16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece
 17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla
 18. (M) En posición prona se levanta a sí mismo
 19. (M) Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada
 20. (LS) Ríe a carcajadas

6
c/u

CINCO
MESES

21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla
 22. (C) Palpa el borde de la mesa
 23. (C) Intenta prensión de la argolla
 24. (M) Tracciona hasta lograr la posición sentada
 25. (M) Se mantiene sentado con leve apoyo

6
c/u

SEIS
MESES

26. (M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente
 27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída
 28. (C) Coge la argolla
 29. (C) Coge el cubo
 30. (LS) Vocaliza cuando se le habla (imitación)

6
c/u

SIETE
MESES

31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 segundos o más
 32. (C) Intenta agarrar la pastilla
 33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares
 34. (SI) Cooperar en los juegos
 35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano

6
c/u

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

EDAD

ITEM

PUNTAJE PONDERACION OBSERVACIONES

36.	(M)	Se sienta solo y se mantiene erguido	5
OCHO	(M)	Tracciona hasta lograr la posición de pie	5
37.	(M)	Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos	5
MESES	(C)	Coge la pastilla con movimiento de rastrillo	5
39.	(C)	Dice dada o equivalente	5
40.	(L)		5
41.	(M)	Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble	5
NUEVE	(M)	Camina sostenido bajo los brazos	5
42.	(M)	Coge la pastilla con participación del pulgar	5
43.	(C)	Encuentra el cubo bajo el pañal	5
MESES	(C)	Reacciona a comentarios verbales	5
44.	(C)		5
45.	(LS)		5
46.	(C)	Coge la pastilla con pulgar e índice	6
DIEZ	(S)	Imita gestos simples	6
47.	(S)	Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros	6
MESES	(C)	Junta cubos en la línea media	6
48.	(C)	Reacciona al "no-no"	6
49.	(C)		6
50.	(SL)		6
51.	(M)	Camina algunos pasos de la mano	12
DOCE	(C)	Junta las manos en la línea media	12
52.	(C)	Se pone de pie solo	12
MESES	(M)	Enrrega como respuesta a una orden	12
53.	(M)	Dice al menos dos palabras	12
54.	(LS)		12
55.	(L)		12

QUINCE	56.	(M)	Camina solo	18
	57.	(C)	Introduce la pastilla en la botella	c/v
	58.	(C)	Espontáneamente garabatea	
MESES	59.	(C)	Coge el tercer cubo conservando los dos primeros	
	60.*	(L)	Dice al menos tres palabras	
DIECIOCHO	61.	(LS)	Muestra sus zapatos	18
	62.	(M)	Camina varios pasos hacia el lado	c/v
	63.	(M)	Camina varios pasos hacia atrás	
MESES	64.	(C)	Retira inmediatamente la pastilla de la botella	
	65.	(C)	Atræ el cubo con un palo	
VEINTIUN	66.	(L)	Nombra un objeto de los cuatro presentados	18
	67.	(L)	Imita tres palabras en el momento del examen	c/v
	68.	(C)	Construye una torre con tres cubos	
MESES	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
	72.	(L)	Nombra dos objetos de los cuatro presentados	c/v
	73.*	(S)	Ayuda en tareas simples	
MESES	74.	(L)	Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca	
	75.	(C)	Construye una torre con cinco cubos	

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

ANEXO II

OBSERVACION DEL VINCULO MADRE-BEBE

BEBE	MAMA	BEBE	MAMA
FUNCION VISUAL		FUNCION VERBAL	
Mira con atención	Lo mira	Si vocaliza	Si le habla
Busca que la madre lo mire	Responde a la mirada del bebe	Quejidos	Responde quejidos
Responde a la mirada de la madre	Busca que el bebe la mire	Llanto	Responde llanto
Mira fijo a su madre	Absorta mirándolo		
Contacto ojo a ojo	Contacto ojo a ojo		SONRISA
		Le sonrie	Le responde a la sonrisa
		Responde a la sonrisa mama	Le sonrie
CONTACTO CORPORAL			
Acepta el contacto	Busca el contacto		SOSTENIMIENTO
Busca el contacto	Acepta el contacto		
Succión, Lame la cara	Caricias, Besos		

OBSERVACIONES:

ANEXO III

ENTREVISTA A LA MADRE O SUSTITUTO:

SUEÑO:

1. ¿Cuántas horas duerme?
2. ¿Dónde duerme?
3. ¿Con quién duerme?
4. ¿Cómo duerme?

Observaciones:

ALIMENTACIÓN:

1. ¿Toma pecho o mamadera? ¿cada cuánto tiempo?
2. Destete: edad, gradual, brusco, modo de aceptación.
3. Sólidos: edad, modo de aceptación.
4. ¿Quién le da de comer?
5. ¿Dónde come?

Observaciones:

ACTIVIDAD LÚDICA:

1. ¿Dónde pasa la mayor parte del día?
2. ¿Con quién juega?
3. ¿Con qué juega?
4. ¿Salen a pasear?

Observaciones: