

2002

Terapia ocupacional en la vigilancia del desarrollo psicomotor en niños de 2 años 6 meses a 5 años

De Luca, Adriana

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/820>

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

TERAPIA OCUPACIONAL EN LA
VIGILANCIA DEL DESARROLLO
PSICOMOTOR EN NIÑOS DE
2 AÑOS 6 MESES A 5 AÑOS.

T. O. De Luca, Adriana.

T. O. Escobar, Diana.

T. O. Maggiano, Ana.

Octubre de 2002.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
3169	
Vot	
Universidad Nacional de Mar del Plata	

Directora:

Lic. en Terapia Ocupacional

Ana Cocciolone



Asesora metodológica:

Licenciada en Servicio Social:

Ana Betbeder



Asesor Estadístico:

Doctor:

Pablo Straccia



Autoras:

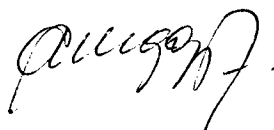
Adriana De Luca

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'A' followed by 'd' and 'l'.

Diana Escobar

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'D' followed by 'E' and 'S'.

Ana Maggiano

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Maggiano'.

AGRADECIMIENTOS:

- ❖ *A Ana Cocciolone y Ana Betbeder*
- ❖ *A Paula Tagliaferri y Denise Mestre*
- ❖ *A los Equipos de Salud del Centro N°2 , Libertad y Meyrelles*
- ❖ *A las Lic. Alicia Boerr y Lic. Lelia Alga*
- ❖ *A Koky*
- ❖ *A Daniel y Camila*
- ❖ *A Blanca y Normando*
- ❖ *A Lucy*

Porque, a partir de nosotras, pero con ellos, pudimos.

Lento pero viene
El futuro real.
Aquel que inventamos
Nosotros
y el azar.
Cada vez más nosotros
Y menos
el azar.

Mario Benedetti

Índice:

Tema	1
Presentación del Tema	2
Estado Actual	4
Presentación del Problema y Objetivos	7
<u>Primera Parte</u>	11
Marco Conceptual y Referencial	12
1. Introducción	13
1.1. Crecimiento, Maduración y Desarrollo.....	15
1.2. Importancia del Ambiente.	15
2. Desarrollo Infantil	18
2.1. Generalidades	19
2.2. Vigilancia del Desarrollo Psicomotor.....	21
2.3. El Niño de 2 a 5 años.	23
3. Atención Primaria de la Salud	28
3.1. Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud.	31
4. Caracterización Geográfica y Social de las Unidades Sanitarias 34	
4.1. Centro de Salud N° 2.	35
4.2. Subcentro de Salud Libertad	36
4.3. Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles	38
<u>Segunda Parte</u>	40
Aspecto Metodológico y Estadístico	41
1. Tipo de Estudio	42
2. Universo y muestra	42
2.1. Criterios de Inclusión y Exclusión.	43

3. Instrumento de Recolección de Datos.	44
4. Definición de la Variable.	46
4.1. Desarrollo Psicomotor. Definición Científica	46
4.2. Definición Operacional.....	46
5. Operacionalización de la Variable.	47
5.1. Desarrollo Psicomotor	47

Tercera Parte 50

Presentación y Análisis de Datos	51
1. Desarrollo de Trabajo de Campo	52
2. Tablas y Gráficos	54
3. Interpretación de Resultados	65
4. Conclusión y Propuesta	68

Cuarta Parte 71

Bibliografía	72
Anexo I	75
Anexo II	80

Tema

Terapia Ocupacional en la Vigilancia del Desarrollo Psicomotor en niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años.

Presentación del Tema

Iniciamos la aproximación al tema a partir de nuestra práctica diaria en distintos Centros y Subcentros de Salud de la ciudad de Mar del Plata, dependientes de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón. Surge la necesidad de conocer el nivel de desarrollo psicomotor de los niños de 2 a 5 años, teniendo en cuenta, que, a nuestro entender, esta franja etárea se encuentra aún en el período más vulnerable del desarrollo infantil (0 a 6 años).

Dentro de la Atención Materno Infantil de la Secretaría de Calidad de Vida se lleva a cabo un Programa denominado Control del niño sano, el cual, habiendo abarcado la población de 0 a 24 meses, se extiende en la actualidad hasta los 5 años. En el período de 0 a 2 años, los niños que integran el Plan de lactantes reciben la atención de un equipo interdisciplinario en donde intervienen pediatría, enfermería, servicio social y terapia ocupacional, que realiza el seguimiento del desarrollo psicomotor.

La vigilancia de la salud en la población a partir de los 2 hasta los 5 años consiste en un control pediátrico anual, sin llegar en la mayoría de los casos a detectar signos de alarma en el desarrollo psicomotor que posibiliten una intervención oportuna, ya que la detección de desviaciones en el desarrollo requiere de una capacitación específica así como de un tiempo y material determinado.

Nos interesa conocer en qué situación se encuentran estos niños en relación a su desarrollo psicomotor, porque muchas veces son derivados al área de Salud Mental por la escuela a partir de los 6 años, debido a que presentan dificultades que en muchos casos podrían haber sido identificadas y abordadas más tempranamente.

El acceso limitado a la educación inicial, la importancia del ambiente, que no siempre es facilitador de la maduración integral del niño, ubica a la población en cuestión en una posible situación de desventaja.

Por esto la propuesta de nuestro trabajo de investigación es conocer el nivel de desarrollo psicomotor, implementando métodos de screening en periodos críticos del desarrollo.

Como Terapistas Ocupacionales consideramos de fundamental importancia en la atención primaria la vigilancia del desarrollo, siendo la forma más eficaz de lograr un adecuado conocimiento de los aspectos físicos, psicosociales y conductuales del niño.

Estado Actual

Numerosos estudios realizados en Latinoamérica (a partir de la década del '80) focalizados en la problemática de los niños menores de 6 años, dan cuenta de la importancia de plantear un enfoque integral a la atención de la niñez, poniendo énfasis en la vigilancia y estimulación del Desarrollo Infantil.

A partir de éstos se han implementado programas como el de Gensini-Gavito (1995) denominado "Programa de control del Desarrollo Infantil" llevado a cabo en la República de Colombia, en el servicio de salud del Valle del Cauca; este programa permite evaluar periódicamente a los niños en la etapa pre - escolar, de 0 - 6 años, en el área somática, motora, lenguaje y personal social. La idea nació de un programa de control del desarrollo infantil que cubre niños con desarrollo normal y niños con retraso y alteraciones del desarrollo. Para éstos últimos también se elaboraron programas de rehabilitación básica intra - familiar, con el fin de diagnosticar y dar el tratamiento y la rehabilitación adecuada, oportuna y temprana aumentando así las posibilidades de recuperación de los niños con diferentes necesidades y problemas. Este programa fue adoptado por todos los hospitales regionales y locales del Servicio nacional de Salud del Valle de Cauca.

En Chile existe un programa denominado "Estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 6 años" que surge a partir de varios estudios realizados en diferentes localidades de Chile, a niños pre - escolares. El programa básicamente consiste en un Screening utilizando como instrumentos escalas abreviadas del Test del desarrollo psicomotor para niños de 2 a 5 años (Haeussler y Marchant) y de la Escala de desarrollo psicomotor para niños de 0 - 24 meses (Rodríguez, Arancivia y Undurraga) pretendiendo detectarr oportunamente a niños menores de 6 años que presentan alguna alteración en su desarrollo psicomotor para intervenir a tiempo en ellos; por otra parte propone enseñar a la familia y la comunidad técnicas sencillas de estimulación. Las

pruebas del Screening se aplican durante el control de salud integral del niño, realizándose a edades seleccionadas previamente por los expertos en desarrollo. Las pruebas son llevadas a cabo por profesionales estrictamente capacitados y que contarán por los menos con dos semestres de psicología en su formación académica. Se realizaron además talleres para capacitar médicos y enfermeras del nivel primario, que fueron dictados preferentemente por Fonoaudiólogos y Terapeutas Ocupacionales.

En un estudio realizado en la Argentina ("Piden Pan y Algo Más", 1990), sobre crecimiento y desarrollo infantil, sobre una muestra de 1520 niños de 2 a 5 años que residían en zonas de pobreza ubicados en la zona de La Plata y del sudeste del Gran Buenos Aires, se evaluó el desarrollo psicomotriz de los niños en las áreas de la coordinación, motricidad y lenguaje, siendo los instrumentos elegidos la Escala del desarrollo psicomotor para niños de 0 - 24 meses, de Rodríguez, Arancivia y Undurraga y el Test de desarrollo psicomotor para niños de 2 a 5 años de Haeussler y Marchant; dando cuenta que el 24,5 % de la muestra presentó riesgo en su desarrollo y 8,5 % retraso en las 3 dimensiones consideradas.

Por otra parte con respecto a la dimensión nutricional se constata que un 40 % de la población infantil examinada presentaba tallas por debajo de lo normal.

A partir de esto y otros estudios, se comenzó a visualizar que las políticas sociales en Argentina no habían contemplado un enfoque integral en las actividades de atención a la niñez y que las acciones de la salud ponían énfasis en el embarazo y primer año de vida; las de educación comenzaban a los 5 años, centraban su atención en la escuela primaria, quedando la franja etárea de 2 a 5 años sólo bajo responsabilidad de la familia; pero las familias de nivel socio - económico más bajo son población en riesgo cada vez mayor, por la socialización de la crisis económica que invade en los niveles de empleo y las condiciones de vida.

A partir de este diagnóstico se inicia en diferentes localidades de la Pcia. de Buenos Aires y luego en el interior del país el "Programa Materno Infantil y

Nutrición" (PROMIN). que está dirigido a la población materno infantil con necesidades básicas insatisfechas, comprendiendo a madres y a niños menores de 6 años de edad sobre quienes se trabaja en aspectos vinculados a la prevención en salud, control del estado nutricional y desarrollo infantil.

Los objetivos centrales son disminuir la mortalidad y la enfermedad en madres y en niños menores de 6 años de los denominados sectores pobres estructurales y promover el desarrollo psico - social de los niños entre 2 y 5 años a través de actividades implementadas coordinadamente entre el Centro de Salud y el Centro de Desarrollo Infantil.

En el año 1992 en la Municipalidad de General Pueyrredón se llevó a cabo un proyecto de evaluación del desarrollo psicomotor en niños pre – escolares que concurrían a comedores dependientes de la Secretaría de Acción Social. El mismo fue elaborado y ejecutado por las Licenciadas en Terapia Ocupacional Maria Eugenia Veyra y Alicia Patrizi; los cambios en la política institucional interrumpieron la continuidad de la propuesta, sin llegarse a la publicación de los resultados.

En la ciudad de Mar del Plata se lleva a cabo desde el año 1995 un trabajo de investigación de tipo longitudinal denominado "Salud y Desarrollo del niño y la Familia". En el mismo se evalúa el desarrollo de un grupo de niños desde su nacimiento hasta la edad escolar, y las diferentes variables socioeconómicas de la población estudiada. Utiliza como instrumento en los niños a partir de 3 años el Test de desarrollo psicomotor de 2 a 5 años (Tepsi). Es ejecutado por un grupo interdisciplinario dependiente de la Universidad Nacional de Mar del Plata., siendo la directora la T.O. Carlota Vega. Los resultados obtenidos en los niños de 3 a 5 años se encuentran aún en elaboración.

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

PROBLEMA

¿Existen desviaciones en el Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a tres Unidades Sanitarias de Atención Primaria de la Salud dependientes de la Municipalidad de Gral. Pueyrredón en la ciudad de Mar del Plata, durante el período comprendido entre el primero de abril y el treinta y uno de julio de 2002?

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de rendimiento del desarrollo psicomotor de todos los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar el rendimiento del desarrollo psicomotor según las áreas de Coordinación, Lenguaje y Motricidad.

Determinar la prevalencia de niveles de riesgo y retraso según la edad.

Determinar las áreas de mayor prevalencia en los niveles de riesgo y retraso.

PRIMERA PARTE

**MARCO CONCEPTUAL
Y
REFERENCIAL**

1. Introducción

El hombre, como ser social, es la expresión más acabada de la evolución biológica. Se diferencia del resto de los seres vivos por los niveles psicológico y social, por su posibilidad de pensar y comunicarse.

Es en el hombre también en quien se expresa, en experiencia acumulada, toda la evolución desde un punto de vista fenotípico y genotípico.

El pensamiento, el lenguaje, el aprendizaje, le permiten el conocimiento de las leyes que rigen la naturaleza a la cual se adapta y a la que, a su vez, modifica.

Los procesos de maduración en el hombre, si bien están programados genéticamente al igual que en el resto de las especies, tienen sus propias características que derivan de la complejidad de su Sistema Nervioso que hace posible una mayor diferenciación y especificidad de las funciones.

Una de las cualidades de la especie humana es la inmadurez del recién nacido, tanto desde el punto de vista biológico como desde el psicológico. El recién nacido tiene ante sí un largo periodo de desarrollo físico, psíquico y social para poder alcanzar todas sus potencialidades. Este desarrollo se sustenta en la maduración de las estructuras cerebrales durante los primeros años de vida. Es un hecho conocido que la mielinogénesis se genera en los primeros tres años y que durante este periodo se establecen múltiples conexiones a nivel dendrítico y se seleccionan aquéllas que permiten un mejor funcionalismo, destruyéndose las de peor calidad (Habib 1994).

El sistema nervioso central del niño por lo tanto es un órgano dotado de enorme plasticidad, cuyo desarrollo viene condicionado por un "programa" genético y por todo un conjunto de influencias externas, interacciones con los padres, estímulos sensoriales, ambientales, alimentación, enfermedades, etc..

Durante la infancia la progresiva adquisición y perfeccionamiento de funciones son la tarea primordial del sistema nervioso, por lo tanto una

perturbación del desarrollo es el signo más trascendente de una disfunción, o como dice Flehming (1987) "Se pueden concebir las alteraciones del desarrollo psicomotor del niño como disfunciones adaptativas, es decir, desviaciones en el desarrollo psicomotor que cumplen una función adaptativa".

El concepto evolutivo es crucial en el desarrollo psicomotor del niño; sabemos asimismo, que existen períodos críticos para el desarrollo de ciertas funciones neuropsicológicas, por lo que la ausencia de un estímulo concreto en un período crítico puede llevar a una alteración o incluso a la anulación de alguna de sus funciones.

La evolución en el desarrollo psicomotor sigue una dirección cráneo - caudal. En primer lugar, la progresiva desaparición de los reflejos primarios presentes en el recién nacido que dan lugar a movimientos masivos de las extremidades, impidiendo el movimiento independiente y coordinado de las mismas. Posteriormente se regula el tono muscular, lo que incluye el balance entre el tono de músculos agonistas y antagonistas y el control de la postura, control cefálico y del tronco. Poco a poco aparecerán las reacciones posturales o de enderezamiento de la cabeza respecto al cuerpo, que implican la participación del sistema vestibular o de equilibrio y que serán fundamentales para el mantenimiento de la postura y el inicio de la deambulaci3n. La manipulaci3n fina es otro de los elementos evolutivos importantes y presupone una integraci3n de los reflejos primarios, mantenimiento de la postura y de la coordinaci3n viso - manual. Cada etapa del desarrollo tiene como sustrato o base elementos de la anterior, que lleva al ni1o a una progresiva integraci3n de funciones.

1.1. Crecimiento, Maduración y Desarrollo

La **maduración** se define como un proceso genéticamente determinado de organización progresiva de funciones y cambios orgánicos y estructurales dentro del cuerpo del individuo. Se inicia con la concepción y finaliza cuando el ser humano alcanza el estado adulto. Este concepto debe diferenciarse del de **crecimiento**, ya que éste alude a las modificaciones en el tamaño del cuerpo como un todo o de sus distintas partes: tamaño, volumen, peso corporal. Paralelamente a la maduración, acontece el desarrollo; ambos procesos son recíprocamente complementarios.

Definimos al **desarrollo** como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción. Cada etapa de este proceso ocurre gradualmente, no es de carácter aditivo. Se basa en el nivel anterior, siendo cualitativamente original.

1.2. Importancia del Ambiente

Las experiencias tempranas influyen en todas las áreas del desarrollo, como producto de la interacción compleja y dinámica entre los factores genéticos, biológicos y ambientales. Según Ajuriaguerra (1984) "No hay que considerar al ser humano como un ser de una sola pieza (en su funcionamiento), sino como un ser que se realiza progresivamente al compás de sus propias realizaciones funcionales y que puede organizarse o desorganizarse durante su desarrollo, por causas exógenas o endógenas.

Por otra parte es imposible comprender a un niño basándose únicamente en lo que sucede en sus aparatos funcionales; ya que se desarrolla a través de las relaciones que establece con el mundo exterior.

El Desarrollo Psicomotor posibilita al niño tomar contacto con el mundo que lo rodea, conocerlo y relacionarse afectiva y socialmente con él. A través de los sentidos, ventanas que le facilitan información, va incorporando datos, experiencias, sensaciones: ver, oír, tocar, sentir, disfrutar, descubrir, le permite situarse en el mundo y utilizarlo en respuesta a sus intereses. Asimismo, los procesos del desarrollo neurológico dependen en gran medida de la maduración de las estructuras nerviosas, las que pueden verse profundamente modificadas por el entorno y la experiencia.

Los estudios realizados por la Dra. Jean Ayres (1965) dan una perspectiva singular a la Terapia Ocupacional, a partir de su Teoría de Integración Sensorial. La misma relaciona los procesos neuropsicológicos para la habilidad funcional y el comportamiento, elaborando postulados sobre la relación entre aferencias sensoriales y desarrollo cerebral, con el objetivo de modificar la eficiencia y la capacidad neuromotora del niño.

La Integración Sensorial se define como:

...”el proceso neurológico que organiza la sensación del propio cuerpo y del medio ambiente y hace posible utilizar eficazmente el cuerpo dentro del ambiente” (Willard - Spackman; Terapia Ocupacional 1998).

La Teoría de Integración Sensorial se basa en el supuesto que la intervención terapéutica desde lo ambiental va a influenciar y a producir cambios a nivel del sistema nervioso. Estos cambios se van a dar a través de la estimulación sensora controlada. Las vivencias sensoras ofrecidas como parte de una actividad significativa produciendo conducta adaptativa, van a promover la integración sensorial y como consecuencia de la misma, el aprendizaje. La estimulación sin objetivo no genera organización en el sistema nervioso.

La Terapeuta Ocupacional Lela Llorens (Willard / Spackman, 1998) aporta una concepción acerca del crecimiento y desarrollo donde abarca todos los

parámetros considerados por la Terapia Ocupacional incluyendo el dominio de la salud física, psicológica y social. Estableció la tesis que la Terapia Ocupacional es un proceso facilitador que ayuda al individuo a lograr el dominio de tareas vitales y a enfrentarse tan eficientemente como sea posible. En el ámbito clínico el Terapeuta Ocupacional facilita el proceso de adaptación del paciente dentro de su ambiente.

Llorens (Willard / Spackman, 1998) sostiene "... para promover un crecimiento temprano positivo y un desarrollo tanto en el nivel horizontal como longitudinal, deben actuar juntas la dotación básica de la persona con la estimulación a través de las experiencias recibidas en el medio ambiente familiar".

El trauma físico, psicológico o una deprivación ambiental puede alterar el proceso de crecimiento y desarrollo, dando como resultado una interrupción en el ciclo, causando una disparidad entre el comportamiento esperado para afrontar situaciones y la adaptabilidad, destrezas y habilidades necesarias para el logro.

2. DESARROLLO INFANTIL

2.1 Generalidades

Crecimiento y desarrollo son procesos interrelacionados. Mientras que el crecimiento implica un cambio de tamaño, el desarrollo se caracteriza por cambios en la complejidad y la función.

Cuando un niño aprende a coordinar la vista con el movimiento de sus manos para tomar un objeto, está dando señales de desarrollo, de una forma compleja de pensamiento, lo cual es totalmente independiente del tamaño del niño. La capacidad para asir objetos, significa que el niño tiene mayor control sobre el ambiente que lo rodea.

El desarrollo es un proceso de cambio en el que el niño aprende a dominar niveles cada vez más complejos de movimiento, pensamiento, y de interrelación con otros.

Al igual que el crecimiento, el desarrollo puede medirse mediante un nivel de rendimiento o cociente de desarrollo, por ejemplo, determinando si el niño ha alcanzado la coordinación necesaria que le permita caminar a una edad específica.

Según Robert Myers (1993) el desarrollo del niño es un proceso que comprende diferentes características:

1- Es un proceso multidimensional.

a- Incluye una dimensión motora, capacidad para moverse y coordinar los movimientos.

b- Incluye una dimensión intelectual o cognitiva, capacidad para pensar y razonar.

c- Incluye una capacidad socio - emocional, capacidad para sentir y relacionarse con los demás.

2- Es un proceso integral. Las distintas dimensiones del desarrollo están interrelacionadas y deben ser consideradas en su conjunto; los cambios que se producen en una dimensión, influyen en el desarrollo de las otras y viceversa.

Esta interacción exige que se preste atención al niño con un enfoque integrador.

3- Es un proceso continuo. Comienza antes del nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida.

El niño siempre se está desarrollando, lo que suceda en un momento determinado, contribuye a preparar el camino para lo que ocurra en el futuro.

Sin embargo, la idea de continuidad no implica que los logros alcanzados en una determinada etapa se sigan produciendo indefinidamente.

Los cambios en las condiciones en que se da el desarrollo, pueden o no favorecerlo. Asimismo, tampoco implica que un niño con retraso o problemas en la primera etapa de su vida, mantenga el déficit en forma permanente. Pero si el ambiente no cambia se puede acumular déficit, lo cual conduce a retrasos en el desarrollo.

Por el contrario, si se toman medidas adecuadas, se puede alcanzar un efecto recuperativo.

4- Es un proceso de interacción. El desarrollo ocurre cuando el niño responde a sus ambientes bio – físico - social, aprende e interactúa con ellos. Esta interacción se da con las personas y las cosas; por eso lo que favorece el desarrollo exige algo más que ofrecer un estímulo al niño, también exige respuestas a sus requerimientos e iniciativas, conformando su propio medio e influyendo sobre éste.

Esta interacción nos permite comprender cómo la salud y la nutrición se ven afectadas indefectiblemente por el desarrollo psicológico y social del niño y viceversa.

5- Se ajusta a determinado patrón. Todos los niños se desarrollan y existe una secuencia general. No obstante, el ritmo varía según la cultura a la que pertenezcan.

2.2. Vigilancia del Desarrollo Psicomotor

El objetivo de la vigilancia del desarrollo psicomotor del niño durante la etapa preescolar tiene como propósito disminuir su vulnerabilidad y detectar la aparición de déficit o retraso. El término retraso del desarrollo se refiere a una amplia gama de trastornos infantiles y situaciones ambientales. Se considera que los niños tienen retraso cuando son incapaces de cumplir las pautas del desarrollo típicas de su edad cronológica, pueden correr riesgos de retraso o presentarlo por distintas razones. Tjossem (Willard/Spackman1998) identificó tres grupos de niños que tienen retraso del desarrollo o que corren riesgo de sufrir desviaciones del desarrollo: los niños con riesgo establecido, son los que manifiestan un desarrollo atípico de aparición temprana, relacionado con trastornos médicos diagnosticados de etiología conocida (síndrome de Down, déficit sensoriales). Los niños con riesgo biológico son los que tienen mayor probabilidad de sufrir un retraso del desarrollo o un desarrollo atípico por lesión biológica en el desarrollo cerebral, adquiridas en el periodo pre - natal, peri - natal o post - natal (BPEG, síndrome de alcohol fetal); los niños con riesgo socio - ambiental si bien son biológicamente sanos, pueden presentar desviaciones del desarrollo debido a la privación de experiencias vitales; los niños con riesgo socio - ambiental, son aquellos que viven en ambientes desprovistos de las condiciones apropiadas para desarrollar su potencial humano, estos niños generalmente integran familias en riesgo, es decir, familias que no tienen los medios ni las condiciones físicas,

económicas, socio - culturales y psicológicas apropiadas para su crecimiento y desarrollo sano.

El desarrollo psicomotor continúa a lo largo de los años en todas las áreas con la presencia de nuevas aptitudes más complejas y refinadas. La aparición tardía de problemas del desarrollo se relaciona con el ritmo de maduración cerebral, el incremento de la edad y la complejización de las funciones.

Se pueden distinguir tres grupos: los niños que durante los primeros dos años han sido evaluados y no han presentado problemas en su desarrollo, otros que al manifestar déficit marcado serán incluidos en tratamiento y un tercer grupo con alteraciones leves o moderadas en su desarrollo, pueden cumplir consignas pero sus respuestas serán cualitativamente pobres, con retraso o déficit en un área determinada aunque compensados en la evaluación de su desarrollo global. Estos grados de inmadurez en el desarrollo podrían relacionarse con futuros problemas del aprendizaje por déficit de atención, déficit de la organización perceptivo motriz, alto nivel de actividad, impulsividad, dificultades que, por sí mismas, no son predictoras ni determinantes de tales problemas. Por esto destacamos la importancia de los programas de seguimiento ya que facilitan la detección precoz y las intervenciones adecuadas favoreciendo el máximo desarrollo de las potencialidades del niño.

La identificación de los logros alcanzados por el niño en cada una de las etapas de su desarrollo constituyen la base de su evaluación. Alcanzar un logro en una etapa determinada significa que se ha cumplido anteriormente una serie de etapas en las cuales se apoya esta nueva adquisición. La falta de determinado logro significa la posibilidad de riesgo y/o retraso y no diagnóstico de éste.

Las escalas de desarrollo son de utilidad para la evaluación en la práctica clínica cotidiana e imprescindibles en los estudios de investigación.

La utilizada en la presente investigación es el **Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI)**, de Haeussler y Col (1985) para niños desde 2 a 5 años. Es una batería múltiple que permite pesquisar el desarrollo de preescolares. Evalúa tres áreas del desarrollo a través de tres subpruebas de las áreas de coordinación, lenguaje y motricidad.

2.3. El Niño de 2 a 5 años

Los niños tienen tiempos y modos particulares en su desarrollo evolutivo condicionados tanto por el ritmo de maduración orgánica como por las experiencias vitales con su entorno inmediato. Lo motriz, lo intelectual, lo afectivo y social constituyen una unidad indisoluble y simultánea que el niño involucra en su hacer con su propio cuerpo, con los objetos y el ambiente.

Alrededor del año y medio a dos años surge la función semiótica, que es la capacidad de representar al mundo en su ausencia. Gracias a ella el universo accesible al conocimiento del sujeto se duplica: además del mundo material, que ya domina por medio de su inteligencia práctica, dispone del mundo representado a través de varios significantes (realidades que aluden a un significado): las imágenes mentales, las palabras, los dibujos, los gestos evocadores, el juego ficción o juego simbólico.

Desde la aparición de la función semiótica hasta los seis o siete años aproximadamente, se desarrolla lo que Piaget (Bosch, L. y Cols.1989) llamó Inteligencia pre - operatoria. A través de ella se amplía enormemente el campo de la aplicación del conocimiento del sujeto:

- Se extiende el tiempo, al agregarse el pasado y el futuro representativo (el niño puede recordar lo que pasó y anticipar lo que aún no ocurrió)
- Se extiende el espacio. El niño puede “crear” espacios alejados de los estrechos límites de su percepción.
- Con el lenguaje puede transmitir su “mundo interno” (sentimientos y pensamientos) y acceder a los mundos internos de otras personas: eso enriquece sus posibilidades de comunicación y, por lo tanto, su universo cognitivo, porque los otros son ahora fuentes interesantes de conocimiento y él precisa el suyo al transmitirlo.

Alrededor de los cinco años alcanza la operación, que implica la coordinación de las representaciones. Con respecto a la construcción de la noción

de **espacio**, en un primer momento se centra en relación únicamente a sí mismo y gradualmente, la superación de la perspectiva egocéntrica, le posibilita percibir a su propio cuerpo situado como un elemento más entre los otros objetos dentro de un conjunto de desplazamientos que permiten distinguir los movimientos del sujeto y el de los objetos.

Para que logre la noción objetiva de **tiempo**, es necesario que llegue a la etapa de la representación, es decir, que sobrepase los límites de la percepción.

Empieza a manejar ideas del pasado, presente y futuro y de los intervalos largos y cortos de tiempo.

El desarrollo de la inteligencia, en estos primeros años de vida, le permite, progresivamente, construir el conocimiento. Esta será la base sobre la cual irá organizando y comprendiendo la realidad de un modo más objetivo y que lo preparará para acceder al pensamiento operatorio lógico de la etapa siguiente.

La unidad entre lo motriz, lo intelectual y lo afectivo caracterizan cada momento de la infancia; lo que es actuado, vivido y sentido en el plano motor está integrado en el plano emocional y mental.

En cuanto a la **evolución motriz** en sí misma, Zazzo (Bosch, L y Cols.1989) afirma “que no termina cuando las manos saben tomar, cuando las piernas saben caminar”. Ella se prolongará a todo lo largo de la infancia, en la que tendrá lugar una progresiva diferenciación de los movimientos y un afinamiento muscular que permitirán una adaptación cada vez más precisa a sí mismo, al mundo de los seres y de las cosas.

En esa evolución adquiere suma importancia la construcción del **esquema corporal**. El esquema corporal o imagen del cuerpo puede definirse como “intuición global o conocimiento inmediato del propio cuerpo, sea en estado de reposo o movimiento, en función de la interrelación de sus partes y, sobre todo, de su relación con el espacio y con los objetos que lo rodean”. La noción, el modelo interno del propio cuerpo y de las posturas que éste adopta, evoluciona con gran lentitud durante la infancia y, en condiciones normales, sólo alcanza su pleno desarrollo alrededor de los 11 – 12 años. A través de sus sentidos, de las

sensaciones profundas de su propio cuerpo y de sus movimientos; el niño va elaborando el conocimiento de sí mismo.

En la primera parte de esta etapa dispone de una **coordinación motriz** general, relacionada directamente con el desarrollo del sistema muscular grueso, lo que le permite realizar con gran destreza actividades tales como saltar, trepar, escalar, lanzar, etc., pero aún no ha completado la coordinación fina de los movimientos funcionales y todavía tiene dificultades para manejar su mano. Sin embargo, a través de la manipulación con y sobre las cosas irá logrando el dominio de los **movimientos finos** y enriquecerá las estructuras del espacio, tiempo y permanencia de los objetos. Alcanzando los cinco años, el niño logra el predominio lateral y el desarrollo del sistema muscular fino le posibilitará actividades y manejos de utensilios que exigen precisión en los movimientos.

Estas destrezas no sólo se adquieren por el desarrollo del sistema de musculatura fina, sino también por el desarrollo de las estructuras mentales que permiten la **coordinación visomotora**, es decir, la integración y adecuación de los movimientos en el espacio, que, en relación con los objetos, se realiza bajo el control de la vista.

El **lenguaje** es el canal que permite al niño aprender a actuar como miembro de una sociedad y a adoptar su cultura: sus modos de pensar y de hacer, sus creencias y sus valores. (Halliday, 1986).

En la producción de las primeras palabras el niño hace uso de diversas estrategias mediante las cuales organiza el material fónico de su lengua, estrategias que responden a las capacidades y restricciones articulatorias y perceptivas que posee en ese momento. Aún a los cuatro o cinco años los niños que no alcanzaron el dominio del repertorio total de sonidos del habla adulta, recurren a estrategias de sustitución.

Alrededor de los cinco años, la mayor parte de las reglas adultas de la gramática han sido adquiridas por el niño, no así muchas de las estrategias que hacen a la producción discursiva adulta.

A través del **juego** el niño experimenta y elabora sus experiencias: expresa sus emociones y supera sus temores: establece sus primeras relaciones sociales y aprende a ser miembro de un grupo, a participar cooperativamente en una actividad descubriendo, al mismo tiempo, cómo es él mismo y el que lo rodea. El juego es, así, el medio por el cual el niño se introduce en el mundo.

Los juegos infantiles evolucionan en función de las capacidades que el niño va adquiriendo a medida que se desarrolla física, mental y socialmente.

Se reconocen las siguientes categorías: juegos funcionales o de ejercicio; juegos de imitación, de ficción o simbólicos y juegos reglados.

Esta clasificación coincide con las tres etapas fundamentales de la evolución infantil: el estadio sensoriomotor, la aparición del símbolo y la introducción del niño en la vida social. Salvo los juegos funcionales de los primeros meses de la vida del niño, en general, nunca un juego se presenta como meramente funcional, simbólico o de reglas; las características se conjugan.

El proceso de iniciación del niño en el **campo matemático** y más precisamente en el de la medida, comienza a partir del momento en que el pequeño trata de enriquecer y aproximar su propia experiencia lingüística cada vez más a la cuantificación de la realidad, mediante situaciones cada vez más precisas y más exactas.

El niño de tres años y medio tiene ya una idea bastante aproximada de algunos cuantificadores básicos, por ejemplo, uno, todos, ninguno, algunos. Evolucionará el pensamiento desde una categorización dicotómica (chico-grande) a una idea más relativa de las magnitudes. Cuando se aplica un cuantificador aparecen determinados atributos cuantificables de la realidad. (tamaño, color, forma y materia).

La información del mundo llega a través de los sentidos, son los que posibilitan la integración con aquella información y el mundo interior de las personas. La interacción está siempre presente como forma de construir el conocimiento. Es esta la razón fundamental para otorgar al desarrollo perceptivo –

motriz una atención sistemática, gradual y progresiva. Cada persona pone en juego parte de su historia, sus saberes, sus intereses, motivaciones y necesidades en una forma particular de captar la realidad. Se desarrollan procesos de pensamiento flexible y divergente. Se desarrollan las capacidades de discriminar y seleccionar, de comparar y de categorizar, de atender y analizar, de representar y simbolizar.

3. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

3. Atención Primaria de la Salud (A.P.S.)

Mirta Videla (1993) define la Salud como “el mejor equilibrio que una persona puede tener en relación activa con su medio ambiente, en un momento determinado de su vida, en un país, una cultura y un momento histórico”.

El estado de enfermedad es la resultante de una serie de factores causales tanto de orden biológico como psico - social y ambiental, que encadenados entre sí producen una alteración determinada. El conocimiento de estos factores y su interacción en forma preventiva para evitar un daño, es decir, la ruptura de esta cadena en alguno de los eslabones, forman parte de los enfoques clásicos en la Atención Materno Infantil.

Sucede a menudo que el resultado de varios factores se convierte en un nuevo factor de riesgo para otros daños de la salud, formando cadenas de sucesos desfavorables o verdaderos círculos viciosos: pobreza – ignorancia – enfermedades – desnutrición - pobreza y así sucesivamente. Es sabido que debido a la íntima relación entre el estado nutricional y el nivel de ingresos económicos en casi todas las sociedades, los niños de riesgo nutricional son proporcionalmente más numerosos en los estratos sociales y económicos más bajos de la población. Según refiere Mirta Videla “las condiciones de vida objetiva de la gente de sectores carenciados, especialmente la permanente angustia económica y la lucha por la supervivencia les impide tener actitudes de previsión en relación de su salud” El escaso poder adquisitivo, el bajo nivel educativo, hace que los padres dediquen su tiempo y esfuerzo a satisfacer las necesidades más apremiantes e inmediatas de la vida. Los problemas relacionados con la alimentación, la vivienda, el empleo y la salud física se sitúan ante todo. Bajo estas condiciones existen pocas ocasiones para que el adulto se ocupe del desarrollo del lactante o del niño en edad pre - escolar. Los padres no siempre son conscientes de la importancia de la estimulación e interacción social para el desarrollo del niño. Los niños provenientes de familias socialmente

desventajadas, marginadas, niños que si bien poseen buenas potencialidades intelectuales y no tienen discapacidades físicas, presentan dificultades a veces muy marcadas para lograr un desarrollo acorde a su edad.

Cada etapa del desarrollo se apoya en las adquisiciones de la fase precedente y provoca un impacto sobre la siguiente. Si las necesidades fisiológicas y psicológicas no se satisfacen en la etapa correspondiente, resulta cada vez más difícil reparar el daño.

De ahí que la salud del niño determine la salud del adulto y que el crecimiento y desarrollo de una generación afecte a la siguiente. Es lo que en ciencia se denomina "efecto mariposa", según el cual el desvío de la evolución normal al comienzo de la vida genera consecuencias amplificadoras.

Las estrategias que definen al Primer Nivel de Atención en el Sistema Nacional de Salud crean las condiciones del terreno posible para intervenir preventivamente a partir de la promoción de la salud mental y física, el diagnóstico precoz y tratamiento eficaz de las minusvalías, la investigación de las causas y medios de prevención de los trastornos que puedan generar alteraciones en el proceso de desarrollo infantil.

Existe una política de salud, definida y aceptada por todos los países del mundo. En la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) en 1978 quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica.

Esta estrategia se definió como Atención Primaria de la Salud (APS), la cual comprende varios programas, entre ellos:

- 1- Programas dirigidos a poblaciones especiales, madre, niño, trabajador, edad avanzada, incapacitado.
- 2- Programa para la salud general. Alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.
- 3- Programas para la prevención, protección y control de enfermedades.

Las acciones en A.P.S. son integrales, apuntan no sólo a lo curativo, sino también a lo preventivo; representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud y se basan en los principios de:

Eficiencia: Aprovechamiento óptimo de los recursos, al menor costo posible.

Eficacia: Es la medida en que se cumplen las metas propuestas.

Efectividad: Es el resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de las mismas.

Dentro del programa materno - infantil, las acciones de A.P.S. están dirigidas a catalizar, por un lado; el desarrollo de las potencialidades de cada niño en particular y en todos los aspectos. Por el otro, a contener, orientar, facilitar y acompañar a la madre y su familia en este proceso.

3.1. Terapia Ocupacional en Atención Primaria de la Salud

La mayoría de los disturbios emocionales graves tienen su raíz en la temprana infancia.

A nivel psico - social, la pérdida de oportunidades para lograr una experiencia vivencial a veces no se recupera. El desarrollo del bebé depende de su equipamiento y del cuidado materno, el cual depende a su vez del entorno socio - familiar. El acompañamiento del crecimiento y desarrollo infantil, permite apreciar una de las características fundamentales del ser humano, SU SINGULARIDAD.

Dada la relevancia de esta etapa del desarrollo, donde se constituyen los cimientos de la salud integral física y psíquica, la consideramos de alto riesgo y por lo tanto es de vital importancia la intervención precoz.

El campo de la Atención Primaria se define como una producción interdisciplinaria; el equipo de salud debe trabajar conjuntamente, coordinando esfuerzos y aunando criterios para promover y proteger la salud, diagnosticar y tratar tempranamente la enfermedad.

En PREVENCIÓN PRIMARIA el Terapeuta Ocupacional está capacitado para: desempeñarse en planes materno infantiles en educación para la sexualidad y planificación familiar; vigilancia del crecimiento y desarrollo del lactante y el niño en sus distintas etapas, prevención de alteraciones de causa socio - ambiental; fomentar la creación de programas asistenciales y preventivos, acorde al grupo etáreo insertos en la comunidad; impartir a través de canales de comunicación individuales, grupales y masivos, pautas de educación sanitaria tendientes a la superación de las condiciones de vida.

Desde la PREVENCIÓN SECUNDARIA el Terapeuta Ocupacional puede implementar acciones preventivas, desde la práctica profesional privada, institucional, en forma individual o en equipo interdisciplinario; cuando implementa temprana y adecuadamente la función diagnóstica en el proceso o patología del individuo, grupo o comunidad. La evaluación tendrá características particulares, de acuerdo al tipo de problemas que predomine, su origen, pero sobre todo, al tipo de disfunción que el sujeto o la comunidad manifieste como sentido y prioritario, en conjunto con el que el profesional detecte.

De una adecuada evaluación se llegará a la elaboración de un diagnóstico correcto y a las medidas y/o tratamientos acordes al mismo. La pérdida de oportunidades diagnósticas sólo redundará en un pobre control y seguimiento de la patología y una intervención terapéutica a más de limitada, tardía. El diagnóstico y tratamiento oportunos disminuyen la morbi - mortalidad.

La función del Terapeuta Ocupacional en Atención Primaria en los Programas de Salud Materno - infantil, está orientada a:

Detectar tempranamente las alteraciones del desarrollo del niño.

Participar del control periódico de los niños sanos.

Participar del control periódico de los niños que se encuentran en riesgo socio - ambiental y biológico.

Informar y orientar a los padres sobre los cuidados y la estimulación en el hogar, como agentes principales de su salud.

Fomentar la participación activa de los mismos

Proveer el medio ambiente facilitador, para que el grupo familiar pueda organizarse interna y externamente, de manera tal que pueda detectar lo que su hijo necesita (y por ende, identificar tempranamente posibles trastornos en el mismo) y pueda generar acciones de autocuidado.

Implementar métodos y técnicas para la recuperación y rehabilitación de los niños que así lo requieran

Favorecer la participación comunitaria

Participar de la programación y la promoción de pautas de educación para la salud.

4. CARACTERIZACION GEOGRAFICA Y SOCIAL DE LAS UNIDADES SANITARIAS.

4. CARACTERIZACIÓN GEOGRAFICA Y SOCIAL DE LAS UNIDADES SANITARIAS

La población de estudio concurre a tres Unidades Sanitarias dependientes de la Secretaría de Calidad de Vida del Municipio del Partido de General Pueyrredón. El grado de complejidad de las Unidades Sanitarias está determinado por la diversidad de servicios brindados.

A continuación se detallan aspectos de su organización, a saber:

4.1. Centro de Salud N° 2

Ubicación: Guanahani 4648

Descripción de los servicios: Clínica médica, Ginecología, Ortopedia y Traumatología, Dermatología, Otorrinolaringología, Pediatría, Enfermería, Servicio Social, Radiología, Laboratorio, Odontología. Guardia y Salud Mental, éste último integrado por psicólogas, psiquiatras, fonoaudióloga, psicopedagoga y terapeuta ocupacional.

Área de cobertura: comprende los barrios urbanos de Stella Maris, Puerto, Bosque de Peralta Ramos, Barrio Faro Norte, Barrio Punta Mogotes, Cerrito –San Salvador, Las Avenidas, San Carlos

Limites: ESTE Av. Martínez de Hoz; OESTE calle Talcahuano; NORTE Av. Juan J. Paso; SUR Bosque Peralta Ramos.

Nivel Residencial: la mayoría de las viviendas en Punta Mogotes y Faro Norte son de veraneo (hoteles, residenciales, casas particulares, comercios). En el Bosque y Jardín de Peralta Ramos y zona Puerto, las casas son de material y la población de todo el año. Zona inmediata a Puerto y Centro N° 2, ocupación continua. La migración interna da origen a asentamientos de grupos poblacionales importantes en situación irregular, sobre terrenos con marcado déficit de

infraestructura de servicios. En la zona San Carlos, de categoría residencial, se da la inclusión de la Villa Paso, que abarca siete manzanas. Existen dos asentamientos en la zona Cerrito - San Salvador: sobre las vías de la calle Vértiz, que se extiende hasta calle Cerrito, y sobre las vías hasta calle Galicia, y un tercer asentamiento en la calle Triunvirato entre calles 33 y 31.

Una de las características destacadas de esta población es su heterogeneidad dada por: distintos orígenes (migración interna y externa, población golondrina); diversidad en el nivel de instrucción (con predominio de nivel primario) y en el nivel ocupacional.

Nivel ocupacional: el área costera se caracteriza por la actividad turística. La zona puerto y el radio inmediato al Centro de salud, por la actividad textil y pesquera.

Tradicionalmente éstas fueron las actividades centrales. El deterioro de la situación ocupacional derivó en la desalarización obrera, aumento del cuentapropismo, del empleo precario. Se acentuaron los niveles de pobreza, particularmente debido a que los cambios de la última década impactaron tanto sobre la estructura y dinámica del mercado de trabajo como en la desigualdad en la distribución de la riqueza, afectando a los pobres y los sectores medios de la población. La alta tasa de sub-ocupación y desocupación crea permanentemente nuevos sectores sin cobertura social y con ello el aumento de los factores de riesgo.

4.2. Subcentro de Salud Libertad

Ubicación: Leguizamón 552.

Descripción de los servicios: Clínica Médica, Ginecología, Traumatología, Alergia, Medicina General, Pediatría, Enfermería, Odontología, Servicio Social, Salud Mental: Psicología, Psicopedagogía y Terapia Ocupacional.

Área de cobertura: Comprende los barrios suburbanos: Libertad, Ameghino, Virgen de Luján, Los Tilos. Límites: NOR-OESTE las vías del ferrocarril hasta la Reducción Nta. Sra. Del Pilar, C. Arenal a Gulielmotti hasta F. Acosta, Steganini hasta Plus Ultra, Arroyo la Tapera hasta calle 248.

Límite SURESTE Czetz-Bradley (ex 196), hasta las vías del ferrocarril. Límite SUR-OESTE: AV. Libertad hasta calle Leguizamón, calle 11 de Septiembre hasta Colombia, Libertad hasta calle 248.

Nivel Residencial: no existe red cloacal, solo el Barrio Libertad cuenta con agua corriente.

Dentro de este existen complejos habitacionales a saber: Barrio Emir Juárez, Etchepare, FOETRA, que cuentan con agua propia y luz eléctrica.

En los cuatro Barrios que comprende el área programática del Subcentro de salud existen asentamientos con viviendas precarias e irregularidad en la posesión de los terrenos, como así también propietarios legales de terrenos y viviendas.

Cabe destacar que debido al deterioro socioeconómico, familias que habían accedido a terrenos y viviendas legales han quedado como simples ocupantes con serios problemas judiciales.

Solamente el Barrio Libertad cuenta con transporte público de pasajeros dentro del barrio.

Nivel Ocupacional: Hasta el año 1993 los habitantes de la zona trabajaban en albañilería, en el pescado, en el frigorífico San Telmo y en las quintas; en la actualidad existe una prevalencia de familias que han desarrollado como estrategia de supervivencia el acceso a diferentes planes que ofrece el Estado (vida, P.A.U., subsidios), como así también cuentapropismo, cirujeo y el Club del Trueque.

Es de resaltar que dentro de las anteriormente mencionadas estrategias de supervivencia las familias han accedido a las ofertas del "mercado político", adhiriéndose a diferentes movimientos que surgieron a partir del año 1997, y a los partidos políticos tradicionales, que en los últimos 2 años han decidido enfrentar

desde las bases a las nuevas corrientes, atrayendo “nuevos clientes” o bien recuperando otros.

4.3. Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles

Ubicación Alejandro Korn 2200.

Descripción de los servicios: Clínica Médica, Pediatría, Enfermería, Salud Mental: Psicología y Terapia Ocupacional, Servicio Social, Odontología, Ginecología.

Área de cobertura: barrios urbanos: Juramento, Cerrito Sur y San Martín, barrios sub-urbanos: Nuevo Golf, Parque Independencia, Santa Rosa del Mar

Límites: ESTE Av. Edison, OESTE calle Rafael del Riego, NORTE calle Arana y Goiri, SUR Partido de General Alvarado.

Nivel Residencial: en cuanto a las características de la zona, se observa una diferenciación entre los tres barrios del sector urbano: en el barrio Juramento, prevalece un amplio sector de asentamiento, con viviendas precarias e irregularidad en la posesión de los terrenos. El barrio Cerrito Sur, se caracteriza por viviendas de mampostería sobre terrenos propios que responden a la delimitación catastral oficial. Similares características se observan en el barrio San Martín, pero destacándose una mayor prevalencia de viviendas de tipo residencial, registrándose también la presencia de asentamientos. La totalidad del terreno cuenta con los servicios de luz eléctrica, red de gas natural, red cloacal, agua corriente y transporte público de pasajeros.

El sector sub – urbano en su conjunto, se caracteriza por amplias parcelas rurales, difusa demarcación de los terrenos, falta de asfalto y servicios básicos, escasa accesibilidad a la zona urbana; actualmente existe un aumento progresivo de la población como resultado de la migración interna.

Nivel Ocupacional: la población de todo el área de influencia de la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles, por estar ubicado en la zona sur de la ciudad de Mar del Plata, históricamente tuvo como principal fuente de trabajo la actividad pesquera. En la actualidad, debido a la fuerte crisis estructural y del sector, hubo un cambio en la dinámica de la ocupación. Se observa un alto índice de desocupación y de la que se denomina economía informal, subterránea o no registrada, caracterizada por el trabajo en negro, "las changas", el cuentapropismo, y la práctica de alternativas de subsistencia como el cirujeo, el trueque, los planes de emergencia laboral oficiales.

Se destaca en estos últimos años el incremento de la mano de obra femenina, en muchos casos originada a partir de la desocupación del hombre.

SEGUNDA PARTE

**ASPECTO METODOLOGICO Y
ESTADISTICO.**

1. Tipo de Estudio

- El diseño de la presente investigación fue exploratorio-descriptivo ya que se indagó y reunió información acerca del rendimiento del Desarrollo psicomotor brindando una perspectiva global del problema y caracterizando un aspecto de la población seleccionada, para el logro de un diagnóstico de situación, que nos permitirá actuar sobre ella.

2. Universo y Muestra

Universo

Todos los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren al control pediátrico programado del Centro de salud N° 2, de la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles y Sub - Centro Libertad durante el período comprendido entre el 1° de abril y el 31 de julio de 2002.

Muestra

La población de estudio estuvo compuesta por 160 niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a Terapia Ocupacional para la evaluación de Desarrollo Psicomotor en cada una de las Unidades Sanitarias seleccionadas.

El procedimiento utilizado para la elección de la muestra, fue probabilístico, seleccionando la misma según asistencia a los controles pediátricos.

2.1. Criterios de Selección

Se incluyeron

Niños de ambos sexos, a partir de 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años 0 meses 0 días sin patología asociada que concurrieron al turno de Terapia Ocupacional para evaluación del Desarrollo Psicomotor.

Se excluyeron

- Niños con diagnóstico de Síndrome genético, retraso mental, secuelas neurológicas graves.
- Niños que se encuentren en tratamiento de Terapia Ocupacional.
- Niños que queden fuera de la franja etárea seleccionada.

3. Instrumento de Recolección de Datos

Observación: de las conductas del niño, para evaluar el Desarrollo Psicomotor, utilizando como instrumento de medición el Test de Desarrollo Psicomotor (de 2 a 5 años) Tepsi de Isabel Haeussler P. de A. y Teresa Marchant.

Hemos elegido este instrumento, ya que el mismo ha sido utilizado en varias investigaciones de la población infantil latinoamericana y específicamente en la Argentina, siendo una evaluación objetiva, confiable y válida.

Descripción del instrumento: El TEPSI es un test de Screening o tamizaje es decir una evaluación gruesa que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto a desarrollo psicomotor de niños entre 2 y 5 años con relación a una norma establecida por grupo de edad, y determinar si este rendimiento es normal, o está por debajo de lo esperado.

Tipo de administración: el test debe ser administrado en forma individual.

Edades de aplicación: el test puede aplicarse a cualquier niño cuya edad fluctúe entre 2 años, 0 meses, 0 días y 5 años, 0 meses, 0 días.

El test está compuesto por 52 ítems o tareas organizadas en tres sub - tests:

- 1) Sub - test Coordinación.
- 2) Sub - test Lenguaje.
- 3) Sub - test Motricidad.

El sub-test Coordinación evalúa en 16 ítems la habilidad del niño para tomar y manipular objetos y para dibujar, a través de conductas como construir torres con cubos, enhebrar una aguja, reconocer y copiar figuras geométricas, dibujar una figura humana.

El sub-test Lenguaje evalúa en 21 ítems aspectos de comprensión y de expresión de éste, a través de conductas tales como nombrar objetos, definir palabras, verbalizar acciones, describir escenas representadas en láminas.

El sub-test Motricidad evalúa en 12 ítems la habilidad del niño para manejar su propio cuerpo a través de conductas tales como atrapar una pelota, saltar en un pie, caminar en punta de pie, pararse en un pie durante cierto tiempo.

La técnica de medición es la observación y registro de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. Las conductas a evaluar están presentadas de tal forma que frente a cada una de ellas sólo existen dos posibilidades: éxito o fracaso. Si la conducta evaluada en el ítem se aprueba, se otorga un punto y si no se aprueba se otorga cero punto. En el manual de administración (anexo I) aparecen con exactitud descritas las conductas a observar que merecen la otorgación de puntaje.

El TEPSI permite ubicar el rendimiento del niño en el test total y en cada uno de los sub-tests en categorías que tienen relación con los puntajes obtenidos por el niño: normalidad, riesgo, retraso (anexo I) Corresponden a NORMALIDAD los puntajes T mayores o iguales a 40 puntos, ya sea en el test total o en los sub - tests, es decir los puntajes que se encuentran en o sobre el promedio, o una desviación estándar bajo el promedio. Corresponden a RIESGO los puntajes T entre 30 y 39 puntos ya sea en el test total o en los sub - tests los puntajes que se encuentran a más de una y hasta dos desviaciones estándar bajo el promedio. Corresponden a RETRASO los puntajes T iguales o menores a 29 puntos, ya sea en el test total o en los sub - tests, es decir los puntajes que se encuentran a más de dos desviaciones estándar bajo el promedio.

4. Definición de la Variable

4.1. Desarrollo Psicomotor. Definición Científica

Es un proceso dinámico y progresivo, de organización de funciones biológicas, psicológicas y sociales, cuyas fases componentes sirven de soporte para el logro de conductas cada vez más complejas en un interjuego de equilibrios y desequilibrios, para la adaptación activa del niño al medio. Sus etapas componentes, se organizan bajo conductas Motoras, del Lenguaje y Sociales.

4.2. Definición Operacional

Comprende la adquisición progresiva de pautas y habilidades correspondientes para una determinada edad cronológica en las siguientes áreas:

Coordinación: consiste en la habilidad del niño para tomar y manipular objetos y para dibujar, observable a través de conductas tales como construir torres con cubos, enhebrar una aguja, abotonar y desabotonar, reconocer y copiar figuras geométricas, dibujar una figura humana.

Lenguaje: consiste en la habilidad comprensiva y expresiva del niño, observable a través de conductas tales como nombrar objetos definir palabras, verbalizar acciones, describir escenas; y la organización perceptiva a través de conductas tales como reconocimiento de colores, figuras de diferentes formas, tamaños, longitud, nociones tiempo - espaciales a través del reconocimiento de la ubicación de objetos en el espacio, sobre, debajo, atrás.

Motricidad : consiste en la habilidad del niño para manejar su propio cuerpo en el espacio, observable a través de conductas tales como tomar y arrojar una pelota, saltar en un pie, caminar en puntas de pie, pararse en un pie sin apoyo.

5. Operacionalización de la Variable

5.1. Desarrollo Psicomotor

D E S A R R O L L O P S I C O M O T O R	A R E A C O R D I N A C I O N	Traslada agua de un vaso a otro sin derramar 0-1
		Construye un puente con tres cubos con modelo presente (6 cubos) 0-1
		Construye una torre de 8 o más cubos (12) 0-1
		Desabotona 0-1
		Abotona 0-1
		Enhebra una aguja (aguja de lana; hilo) 0-1
		Desata cordones 0-1
		Copia una línea recta 0-1
		Copia un círculo 0-1
		Copia una cruz 0-1
		Copia un triángulo 0-1
		Copia un cuadrado 0-1
		Dibuja 9 o más partes de una figura humana 0-1
		Dibuja 6 o más partes de una figura humana 0-1
		Dibuja 3 o más partes de una figura humana 0-1
	➤ Ordena por tamaño 0-1	
	A R E A M O T O R I C I D A	Salta con los dos pies juntos en el mismo lugar 0-1
		Camina diez pasos llevando un vaso lleno de agua 0-1
		Lanza una pelota en una dirección determinada 0-1
		Se para en un pie sin apoyo 10 seg., o más 0-1
		Se para en un pie sin apoyo 5 seg., o más 0-1
		Se para en un pie sin apoyo 1 seg., o más 0-1
		Camina en punta de pies seis o más pasos 0-1
		Salta 20 cm. con los pies juntos 0-1
		Salta en un pie tres o más veces sin apoyo 0-1
Recibe una pelota 0-1		
Camina hacia delante topando talón y punta 0-1		
➤ Camina hacia atrás topando punta y talón 0-1		

D		Reconoce grande y chico 0-1
E		Reconoce más y menos 0-1
S		Nombra animales 0-1
A	A	Nombra Objetos 0-1
R	R	Reconoce largo y corto 0-1
R	E	Verbaliza acciones 0-1
O	A	Conoce la utilidad de objetos 0-1
L		Discrimina pesado y liviano 0-1
L	L	Verbaliza su nombre y apellido 0-1
O	E	Identifica su sexo 0-1
	N	Conoce el nombre de sus padres 0-1
P	G	Da respuestas coherentes a situaciones planteadas 0-1
S	U	Comprende preposiciones 0-1
I	A	Razona por analogías opuestas 0-1
C	J	Nombra colores 0-1
O	E	Señala colores 0-1
M		Nombra figuras geométricas 0-1
O		Señala figuras geométricas 0-1
T		Describe escenas presentadas 0-1
O		Reconoce absurdos 0-1
R		Usa plurales 0-1
		Reconoce antes y después 0-1
		Define palabras (manzana, pelota, zapato, abrigo) 0-1
		Nombra características de objetos 0-1

Categorización

Puntajes para el rendimiento global y por áreas

Mayor o igual a 40 puntos	Normalidad
Entre 30 y 39 puntos	Riesgo
Igual o menor a 29 puntos	Retraso

TERCERA PARTE

PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

1. Desarrollo del Trabajo de Campo

El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de abril / julio de 2002, en el Centro de Salud Nº 2 Subcentro Libertad y Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles, dependientes de la Municipalidad de General Pueyrredón de la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires.

La muestra seleccionada quedó constituida por 160 niños de ambos sexos, sin patologías asociadas, con edades que oscilaban entre 2 años, 6 meses 0 días y 5 años 0 meses 0 días.

Los niños que integraron la muestra, fueron citados a partir de su concurrencia al turno programado del control pediátrico de cada centro, quedando fuera de la misma aquellos niños que presentaron algunos de los criterios de exclusión. Se informó al resto del Equipo de Salud acerca de los objetivos de nuestra investigación.

Las citaciones fueron realizadas de dos maneras: en el Subcentro de Salud Libertad y Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles fue la enfermera la que realizó las citaciones, quien además explicaba el motivo de este control a la familia. En el Centro Nº 2 la Terapista Ocupacional realizó personalmente cada citación, durante el control pediátrico.

Luego de efectuadas las citaciones, hubo casos en que, al no poder concurrir, la familia solicitó un nuevo turno, y otros que no respondieron a la convocatoria.

Se realizaron 249 citaciones, de las cuales concurrieron 160 niños.

La evaluación del desarrollo se realizó en los consultorios de Terapia Ocupacional de las respectivas instituciones.

Previo al inicio se explicó al acompañante del niño cuál era el objetivo y en que consistía la evaluación. La respuesta fue, en su mayoría, de aceptación e interés por la propuesta, generando la demanda espontánea hacia otro integrante del grupo familiar. La evaluación psicomotriz se tomó en base al T.E.P.S.I. (Test de Desarrollo Psicomotor), respetando fielmente las instrucciones para su

administración. Una vez finalizada la misma se hizo la devolución correspondiente.

La información obtenida fue procesada estadísticamente, a fin de describir la variable y así poder dar una respuesta al problema y los objetivos planteados para este trabajo.

2. Tablas y Gráficos

Tabla N° 1: Concurrencia a la citación de Terapia Ocupacional, para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

CONCURRENCIA	N°	%
SI	160	64,26
NO	89	35,74
TOTAL	249	100

Gráfico N° 1: Concurrencia a la citación de Terapia Ocupacional, para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

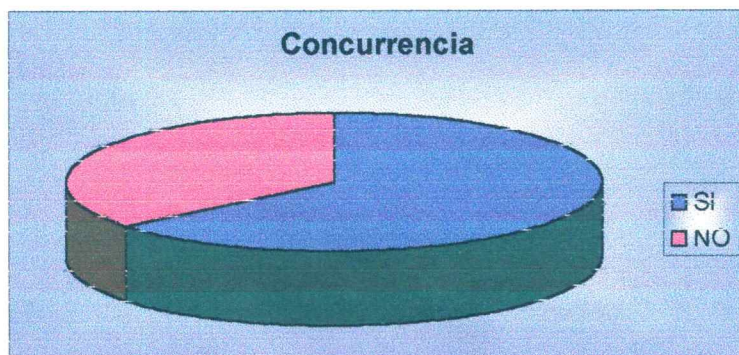


Tabla N° 2: Sexo de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

SEXO	Nº	%
FEMENINO	78	48,75
MASCULINO	82	51,25
TOTAL	160	100

Gráfico N° 2: Sexo de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

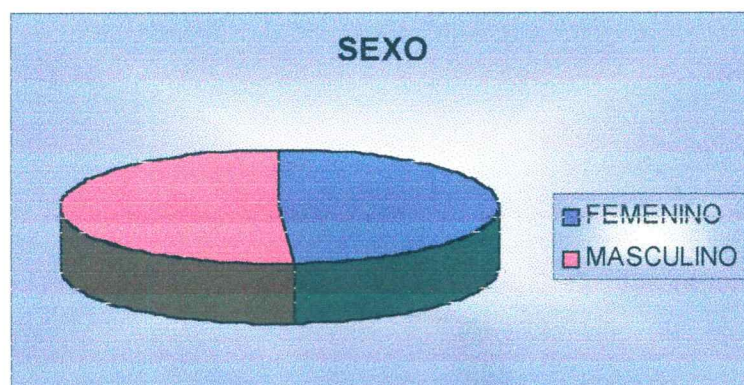


Tabla N° 3: Edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

EDAD	Nº	%
2 años 6 meses 1 día a 3 años 0 meses 0 días	18	11,25
3 años 0 meses 1 día a 3 años 6 meses 0 día	58	36,25
3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 meses 0 día	18	11,25
4 años 0 meses 1 día a 4 años 6 meses 0 día	43	26,87
4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 meses 0 día	23	14,38
TOTALES	160	100

Gráfico N° 3: Edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

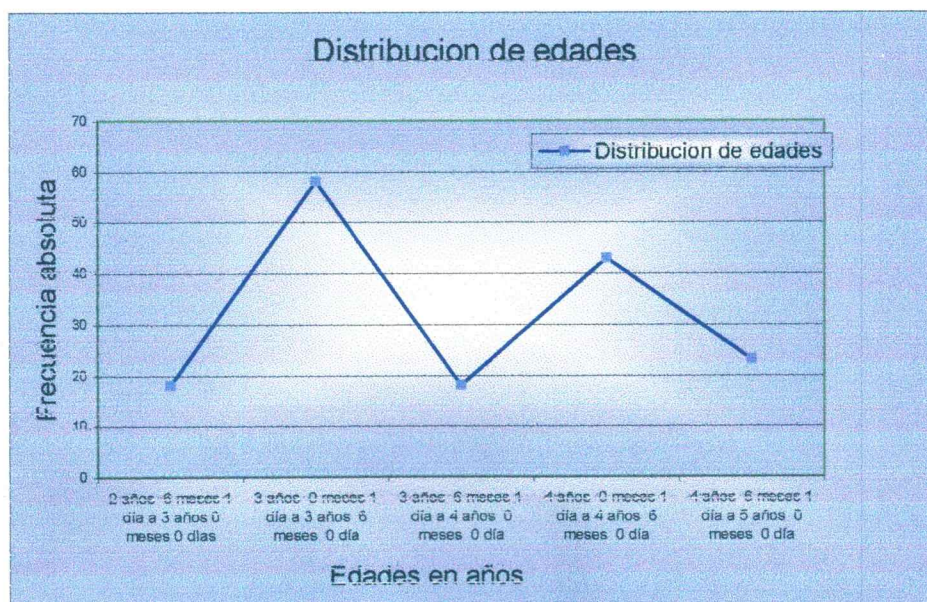


Tabla N° 4: Concurrencia al Nivel Inicial de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que asistieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

NIVEL INICIAL	Nº	%
SI	69	43,13
NO	91	56,87
TOTAL	160	100

Gráfico N° 4: Concurrencia al Nivel Inicial de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que asistieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

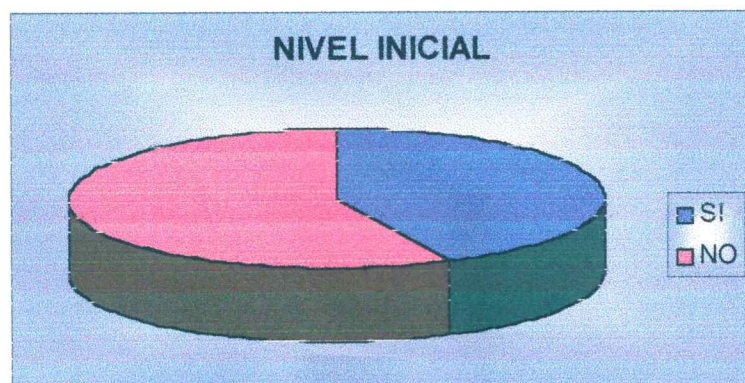
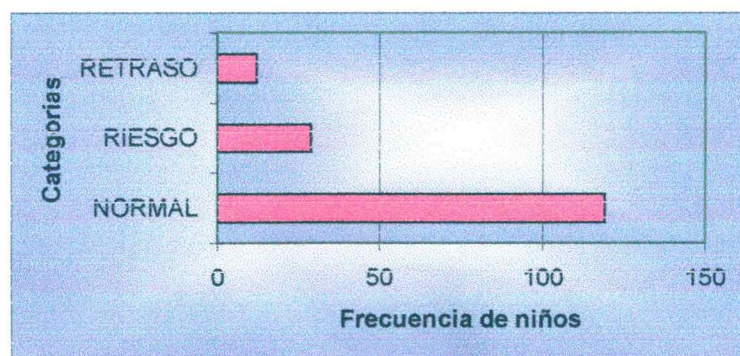


Tabla N° 5: Categorías del Rendimiento del Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

CATEGORIA	Nº	%
NORMAL	119	74,37
RIESGO	29	18,13
RETRASO	12	7,50
TOTAL	160	100

Gráfico N° 5: Categorías del Rendimiento del Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.



FE DE ERRATAS

El siguiente grafico corresponde al Grafico N° 6: "Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002", correspondiente a la página N° 59.

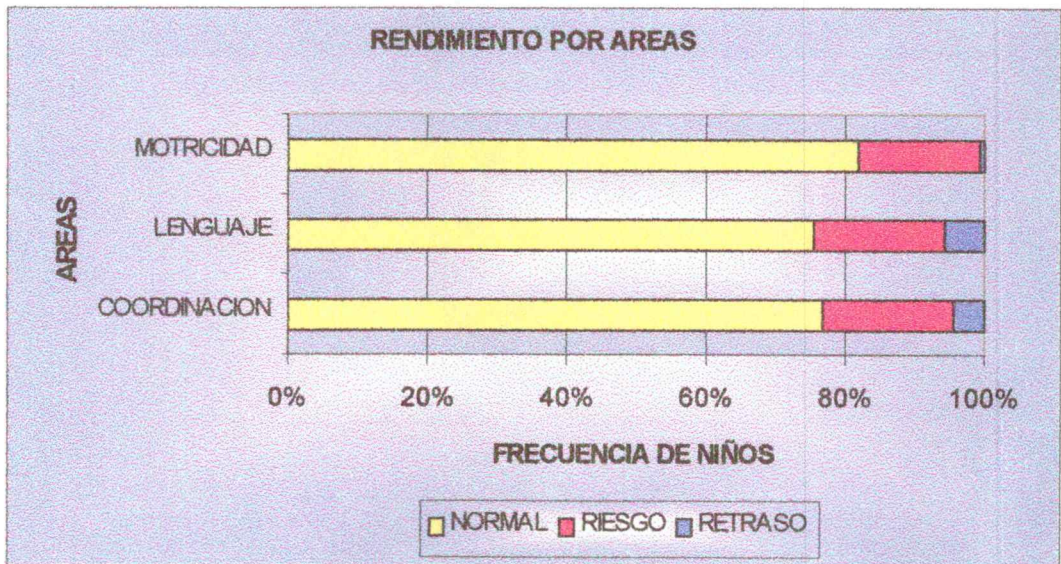


Tabla N° 6: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

RENDIMIENTO	NORMAL		RIESGO		RETRASO		TOTAL
	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%	
COORDINACION	123	76,88	30	18,75	7	4,38	160
LENGUAJE	121	75,63	30	18,75	9	5,63	160
MOTRICIDAD	131	81,88	28	17,50	1	0,63	160

Gráfico N° 6: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

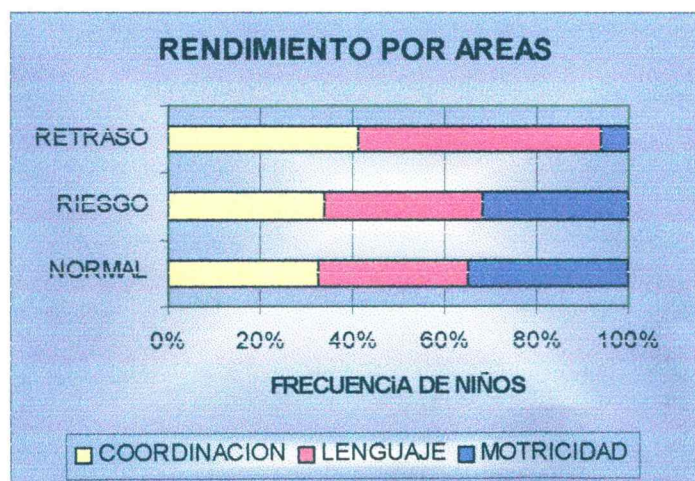


Tabla N° 7: Puntajes T totales de la categoría normal bajo en el Rendimiento del Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años 6 meses y 0 día a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

PUNTAJE T TOTAL	Nº	%
15-19	0	0,00
20-24	4	2,50
25-29	7	4,38
30-34	9	5,63
35-39	21	13,13
40-44	22	13,75
45-49	23	14,38
50-54	30	18,75
55-59	26	16,25
60-64	12	7,50
65-69	5	3,13
70-74	0	0,00
75-79	1	0,63
	160	100,00

Tabla N° 8: Puntajes T de la categoría normal bajo del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

PUNTAJE T COORDINACION	Nº	%
15-19	2	1,25
20-24	1	0,63
25-29	4	2,50
30-34	7	4,38
35-39	23	14,38
40-44	22	13,75
45-49	22	13,75
50-54	23	14,38
55-59	24	15,00
60-64	13	8,13
65-69	11	6,88
70-74	6	3,75
75-79	2	1,25
	160	100

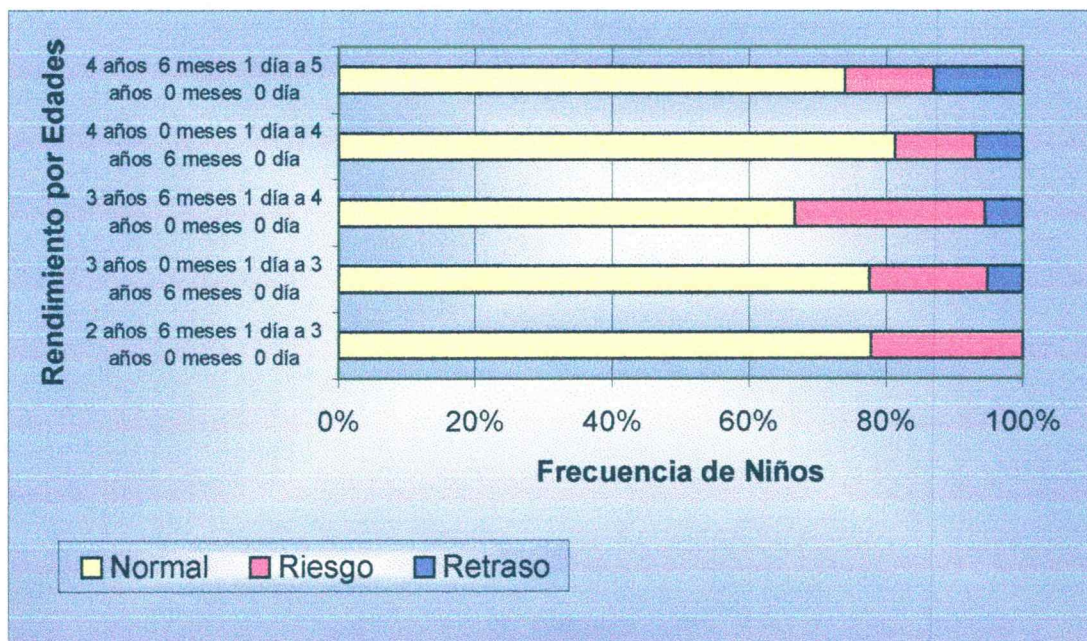
PUNTAJE T LENGUAJE	Nº	%
15-19	2	1,25
20-24	4	2,50
25-29	3	1,88
30-34	17	10,63
35-39	15	9,38
40-44	23	14,38
45-49	38	23,75
50-54	27	16,88
55-59	22	13,75
60-64	7	4,38
65-69	2	1,25
70-74	0	0,00
75-79	0	0,00
	160	100

PUNTAJE T MOTRICIDAD	Nº	%
15-19	0	0,00
20-24	0	0,00
25-29	2	1,25
30-34	10	6,25
35-39	18	11,25
40-44	28	17,50
45-49	29	18,13
50-54	34	21,25
55-59	20	12,50
60-64	13	8,13
65-69	6	3,75
70-74	0	0,00
75-79	0	0,00
	160	100

Tabla nº 9 : Categorías del rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según grupo de edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

RENDIMIENTO EDAD	NORMAL		RIESGO		RETRASO		TOTAL	
	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%
2 años 6 meses 1 día a 3 años 0 meses 0 día	14	77,78	4	22,22	0	0,00	18	11,25
3 años 0 meses 1 día a 3 años 6 meses 0 día	45	77,59	10	17,24	3	5,17	58	36,25
3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 meses 0 día	12	66,67	5	27,78	1	5,56	18	11,25
4 años 0 meses 1 día a 4 años 6 meses 0 día	35	81,40	5	11,63	3	6,98	43	26,88
4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 meses 0 día	17	73,91	3	13,04	3	13,04	23	14,38
TOTALES	123	76,88	27	16,88	10	6,25	160	100

Gráfico N° 9: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según grupo de edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación en los Centros de Atención Primaria de la Salud; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.



3. Interpretación de los Resultados:

Con el fin de Determinar el nivel de rendimiento del Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años 6 meses a 5 años, sin patología asociada, se comenzó con una aproximación al tema analizando las características de la población estudiada.

Se realizaron 249 citaciones registrándose un ausentismo del 35,74 % quedando definida la población evaluada en 160 niños (ver Tabla 1, Graf. 1), de ambos sexos, no habiendo predominio de un sexo sobre otro (ver Tabla 2, Graf. 2). En cuanto al ausentismo, podemos considerar que el porcentaje de concurrencia ha sido alto, teniendo en cuenta el carácter no obligatorio de este control.

Se observa que el mayor porcentaje de niños evaluados se ubica en el grupo etáreo de 3 años 0 mes 1 día a 3 años 6 meses 0 día. A nuestro entender esta mayor concurrencia podría responder a la proximidad del último control normatizado que venía realizándose hasta los dos años en el plan de lactantes (ver Tabla 3, Graf. 3)

A los fines descriptivos, es pertinente mencionar que la concurrencia al nivel inicial es de 56,88 %. (ver Tabla 4, Graf. 4).

A partir de nuestro objetivo general y analizando la población de estudio se determina que el **74,37 %** de los niños evaluados corresponden a la categoría **Normal**; el **18,13 %** categoría de **Riesgo** y el **7,50 %** categoría **Retraso**. Si bien el mayor porcentaje de niños se concentra en la categoría normal, la suma del porcentaje de **Riesgo** y **Retraso** corresponde al **25,63 %** (ver Tabla 5, Graf. 5) de la muestra, siendo este dato relevante por estar esta población constituida dentro de la que se denomina "niño sano".

En cuanto al objetivo específico "Analizar el rendimiento del desarrollo psicomotor según las áreas de Coordinación, Lenguaje y Motricidad", podemos decir que en el subtest **Coordinación** el **76,88 %** corresponde a la categoría **Normal**; **18,75 %** a la categoría **Riesgo** y a la categoría **Retraso** el **4,38 %**.

En el subtest **Lenguaje** el **75,63 %** corresponde a la categoría **Normal**; el **18,75 %** a la categoría **Riesgo** y el **5,63 %** a la categoría **Retraso**.

En el subtest **Motricidad** el **81,88 %** corresponde a la categoría **Normal**; el **17,50 %** a la categoría **Riesgo** y el **0,63 %** a la categoría **Retraso**.(ver Tabla 6, Gráf.6)

Se observó al analizar los puntajes T totales que el 26,88 % se encuentra por debajo del promedio propuesto por el test (50 p) . Asimismo, se vio la necesidad de identificar dentro de este grupo, un subgrupo que se denominó **Normales Bajos** que se encuentra en el límite inferior de la categoría normal (40 – 44 p). En el análisis global, esos normales bajos, representan el 13,75 % (ver Tabla 7). Esto es un alerta a tener en cuenta para el análisis de los niños considerados dentro de la categoría normal.

Al realizar idéntico análisis en los puntajes T de los subtests, se observó que en el área **coordinación**, el 27.50 % se encuentra por debajo del promedio propuesto por el test (50 p) y el 13.75 % corresponde al subgrupo normales bajos; en el área **lenguaje**, el 38,13 % se encuentra por debajo del promedio propuesto por el test y el 14,38 % corresponde a normales bajos; en el área **motricidad**, el 35.63 % obtiene puntajes T por debajo del promedio propuesto por el test y el 17,50 % corresponde a normales bajos. Se puede decir entonces que el análisis de los subtests confirma este alerta acerca de los niños considerados dentro de la categoría normal, revelado por el análisis de los puntajes T totales. Asimismo, es pertinente destacar que las tres áreas tienen un porcentaje de normales bajos de similar importancia. (Ver Tabla 80)

En cuanto al objetivo "Determinar prevalencia de las categorías riesgo y retraso según la edad"; se observa que la mayor frecuencia en la categoría **riesgo** se ubicó en el grupo etáreo de **3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 meses 0 día** (27,78%) y en la categoría **retraso** se ubicó en el grupo etáreo **4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 mes 0 día** (13,04%). Cabe destacar entonces que el porcentaje de la categoría **retraso** se incrementó en forma sostenida a partir de los 3 años hasta duplicarse en el grupo etáreo 4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 meses 0 días. Esto

pone de manifiesto la importancia de la vigilancia durante esta etapa del desarrollo. (ver Tabla 9 Gráf.9)

Del análisis se deduce que las áreas de mayor prevalencia en la categoría **Riesgo** son **coordinación** y **lenguaje** con el mismo valor 18,75%. En la categoría **Retraso** es el área **lenguaje** con 5,63%.

En todos los casos, en que fue necesario según el rendimiento obtenido en el test, los niños fueron recitados a Terapia Ocupacional para su seguimiento.

4. Conclusión y Propuesta

De acuerdo con los resultados obtenidos en nuestra investigación se sostiene la importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor del niño y la implementación de la intervención oportuna ante la detección de desviaciones, aún cuando no se haya completado el diagnóstico.

El centro de salud es la puerta de entrada para la difusión de prácticas preventivas dirigidas al niño y a la familia.

El hacer profesional de los Terapistas Ocupacionales en las Unidades Sanitarias dependientes de la Municipalidad de General Pueyrredón permite ejecutar acciones de promoción de la salud del niño y su grupo familiar, la detección y atención precoz de situaciones de riesgo, posibilitando generar estrategias de intervención oportuna.

La vigilancia del desarrollo psicomotor y la identificación de desviaciones deben constituirse en un compromiso social en el que se sientan involucrados las familias y las profesionales actuantes en el sistema de salud.

Si bien nuestra investigación se basó exclusivamente en la observación del desarrollo psicomotor a través de las áreas pautadas por el test, nuestro enfoque como Terapistas Ocupacionales es integrador. Como sostenemos en nuestro marco conceptual es imposible comprender a un niño basándose únicamente en lo que sucede en sus aparatos funcionales, ya que se desarrolla a través de las relaciones que establece con el ambiente y de los estímulos que de él provienen. La necesidad de ser querido, de ocupar un lugar importante en los afectos de quienes lo rodean y sentirse valorado es la energía que impulsa el desarrollo.

Las acciones que lleva a cabo el Terapeuta Ocupacional en las Unidades Sanitarias están dirigidas a facilitar el desarrollo de las potencialidades del niño, a contener, orientar y acompañar a la familia en este proceso. La identificación oportuna de niños con déficit en su rendimiento psicomotor permite al Terapeuta Ocupacional:

- ◆ Realizar una evaluación y seguimiento adecuado, teniendo en cuenta su entorno familiar y ambiental.
- ◆ Iniciar un tratamiento oportuno.
- ◆ Efectuar la derivaciones y / o interconsultas con otros profesionales involucrados en la atención del niño.

Estas acciones se vienen llevando a cabo desde hace 16 años en el ámbito Municipal aún cuando no está prevista la participación de los Terapistas Ocupacionales en el diseño original de los programas de atención de niños.

Como ya mencionamos oportunamente, cada etapa del desarrollo se apoya en las adquisiciones de la fase precedente y provoca un impacto sobre la siguiente, la posibilidad de sostener la vigilancia de niños con dificultades en su desarrollo psicomotor, enriquece el criterio de anticipación en las acciones de salud.

Los resultados expuestos nos llevan a confirmar la importancia en la vigilancia del Desarrollo para la prevención y disminución de las situaciones de desventajas.

Por ello consideramos que los datos obtenidos servirán de base para futuras investigaciones que incluyan otras variables, como por ejemplo aquéllas del ámbito social, ambiental y familiar.

Los resultados obtenidos se ajustan a propósitos actuales pero sabemos que si se verifican dificultades a edades tempranas a pesar de una cierta tendencia a la equilibración, suelen constatarse con posterioridad problemas en áreas importantes, especialmente cuando no han mediado modificaciones en las condiciones de vida. Aparecen o pueden aparecer consecuentemente, graves implicaciones en el futuro educacional de los niños de riesgosas consecuencias en el ulterior desempeño ocupacional.

Considerando las condiciones actuales de deterioro de grandes grupos poblacionales en nuestro país y en particular en Mar del Plata que determinan el aumento del impacto de situaciones de deprivación y desventaja, y retomando los conceptos expresados en nuestro marco conceptual en relación a cómo los factores físicos, psicológicos y ambientales pueden alterar el proceso del crecimiento y desarrollo, cabe plantear la posibilidad de que este riesgo se

potencie hacia el retraso. Por lo planteado se justificaría el seguimiento del Desarrollo Psicomotor de esta población.

,Los datos obtenidos en la presente investigación deberían ser tomados en cuenta en el diseño de políticas sociales y de salud, mas allá de que hablen o no de un daño irreversible, problemática que no puede agotarse en un estudio de tipo epidemiológico como en el que aquí se presenta.

Nuestra propuesta es plantear la normatización de la Vigilancia del Desarrollo Psicomotor realizada por el Terapeuta Ocupacional, ya que consideramos que la detección precoz de alteraciones del desarrollo permitirá orientar acciones que reviertan situaciones de desventaja. La pérdida de esta oportunidad frecuentemente única hace más difícil compensar este déficit que ha de influir como un elemento negativo en el futuro de ese niño y sus posibilidades.

“Nuestros conocimientos siempre dependen de las preguntas que nos hacemos”.

CUARTA PARTE

BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra J. "Manual de Psiquiatría Infantil". 4º edición Barcelona. Editorial Masson 1991.

Alfaro, Mara; Didonato, Alejandra. "Desarrollo mental y psicomotor en niños nacidos pequeños para la edad gestacional". Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social .Universidad Nacional de Mar del Plata.1997.

Bosch L y cols. Marco Teórico en .Diseño Curricular para el Nivel Inicial Secretaría de Educación. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 1989

Cusminsky, M. – Lejarraga, H. y otros. "Manual de crecimiento y desarrollo del niño. OPS". Serie Paltex número 33. 2ª edición 1994.

Donati M. y Guaresti M.." Terapia Ocupacional en el marco de la Atención Primaria de Salud". En Revista Materia Prima Nº 17. Sep. / Nov. de 2000.

Eco Umberto. "Cómo se hace una tesis, Técnicas y procedimientos de investigación estudio y escritura". 24 Reimpresión. México año 2000.

Fejerman, N. – Fernández Alvarez, E. "Neurología Pediátrica 2ª" Edición Editorial Médica Panamericana, Bs. As. 1997.

Flehming I. "Desarrollo normal del lactante y sus desviaciones. Diagnóstico y tratamiento tempranos." 3ª Edición. Editorial Medica Panamericana 1987

Habib M. "Bases neurológicas de la conducta". Editorial Masson 1994

Halliday, M. "El lenguaje como semiótica social. La interpretación social del lenguaje y del significado". México, 1986.

Haeussler, IM y Marchant, T. "Test de desarrollo psicomotor de 2 – 5 años (TEPSI)". Editorial Universidad Católica de Chile. Santiago, 1991.

Medellín, G. - Tascon, E. "Crecimiento y Desarrollo del ser Humano". 1º edición. Tomo I: Nacimiento a Edad Preescolar. O.P.S - O.M.S 1995

Meneghello, J. "Pediatría", vol. 1,º Edición, Santiago de Chile, Editorial Publicaciones Médicas Mediterráneo 1991.

Myers Robert. "Los doce que sobreviven". Copublicación O.P.S - Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Oficina regional para América latina y el Caribe 1993

Nestlé Anales "La nutrición infantil sus consecuencias a largo plazo". Volumen 48 Número 1993

Nogara, María Eugenia, "Terapia Ocupacional, y el desarrollo psicomotor de niños con necesidades básicas insatisfechas". Cap.III Tesis de grado. Escuela de Ciencias de la Salud y del Comportamiento. U.N.M.D.P 1997.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. "Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno - infantil". PALTEX N° 7, 1986

Pellegrino, A; Sarto, T., "La evolución de la expresión gráfica en el nivel inicial". Ediciones Braga S.A. Cuadernos de Orientación Educativa.Bs. As 1992.

Sabulsky, J. "Metodología de la investigación". Editorial Kopyfac. Pabellón Perú. Ciudad Universitaria. Perú 1993

Salzman, Julia . Material y apuntes del "Curso de posgrado en Terapia Ocupacional de Integración Sensorial". Universidad Nacional de Quilmes, Bs. As. 1997.

Schapira I. y cols " Hallazgos de la figura humana en niños de 2 a 5 años nacidos prematuros".Archivos Argentinos de Pediatría. Publicación de la Sociedad Argentina de Pediatría". Febrero 2001 - volumen 99 (1): 1 – 96

UNICEF "Piden Pan... y algo más". Estudio sobre Crecimiento y Desarrollo Infantil. 1º edición 1990.

Vega C. "Niveles de Prevención y Terapia Ocupacional". Apunte de , Cátedra Terapia Ocupacional en Prevención Primaria. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. U.N.MdP 1995.

Vega, C "Aportes a la reflexión y acción en alternativas para el desarrollo del niño". Oportunidades de vida. Grupo: Salud y desarrollo del niño y la familia. Informe de investigación. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Videla Mirta. "Prevención intervención Psicológica en Salud Comunitaria". Ediciones Cinco . Buenos Aires. 1993.

Willard / Spackman; "Terapia Ocupacional". Editorial Medica Panamericana Madrid. España. 1998

ANEXO I

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2 – 5 AÑOS: TEPSI

(Haeussler y Marchant 1985)

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Edad: ____ años ____ meses ____ días ____.

Fecha de examen:

Jardín infantil o colegio:

Nombre del padre: de la madre:

Dirección:

Examinador:

Resultado Test Total	
Puntaje Bruto	
Puntaje T.	
Categoría	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Retraso

Observaciones:

Resultado por Subtest			
	Puntaje Bruto	Puntaje T	Categoría
Coordinación
Lenguaje
Motricidad

.....

.....

.....

.....

.....

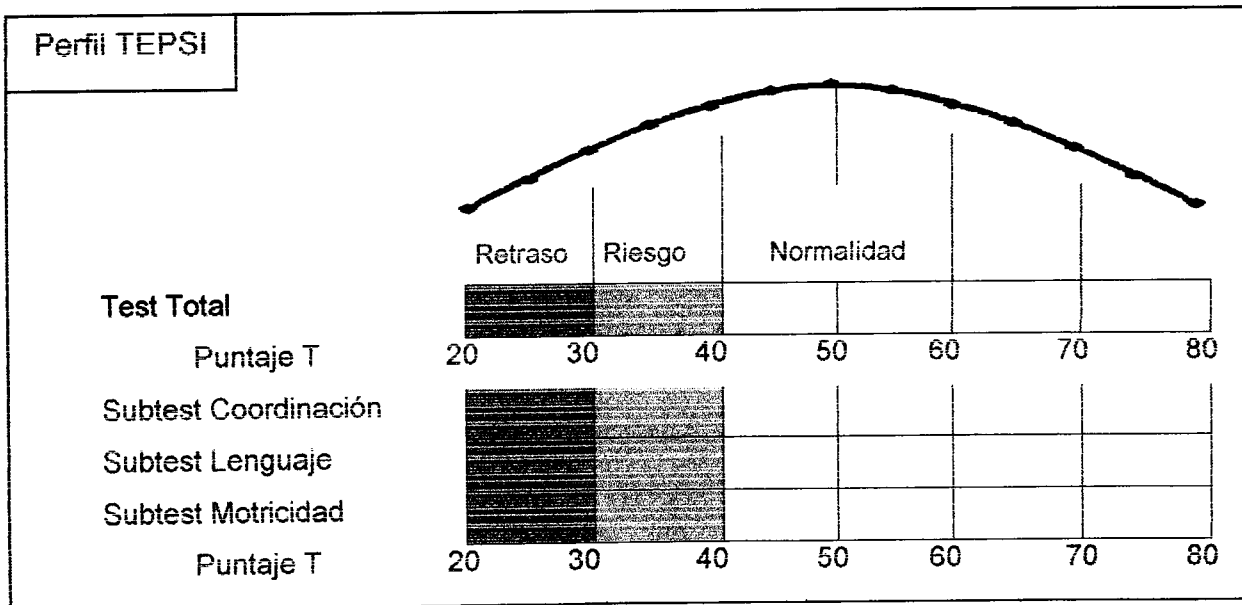
.....

.....

.....

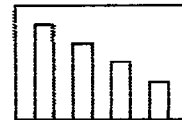
.....

.....



I. SUBTEST COORDINACION







- 1 C TRASLADA AGUA DE N VASO A OTRO SIN DERRAMAR (Dos vasos)
- 2 C CONSTRUYE UN PUENTE CON TRES TUBOS CON MODELO PRESENTE (Siete cubos)
- 3 C CONSTRUYE UNA TORRE DE 8 O MAS CUBOS (Doce cubos)
- 4 C DESABOTONA (Estuche)
- 5 C ABOTONA (Estuche)
- 6 C ENEBRA UNA AGUJA (Aguja de lana: hilo)
- 7 C DESATA CORDONES (Tablero c / cordón)
- 8 C COPIA UNA LINEA RECTA (Lám. 1: lápiz; reverso hoja reg.)
- 9 C COPIA UN CIRCULO (Lám. 2; lápiz; reverso hoja reg.)
- 10 C COPIA UNA CRUZ (Lám. 3; lápiz; reverso hoja reg.)
- 11 C COPIA UN TRIAGULO (Lám. 4; lápiz; reverso hoja reg.)
- 12 C COPIA UN CUADRADO (Lám. 5; lápiz; reverso hoja reg.)
- 13 C DIBUJA 9 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja Reg.)
- 14 C DIBUJA 6 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja Reg.)
- 15 C DIBUJA 3 O MAS PARTES DE UNA FIGURA HUMANA (Lápiz; reverso hoja Reg.)
- 16 C ORDENA POR TAMAÑO (Tablero: barritas)



TOTAL SUBTEST COORDINACION: PB

II. SUBTEST LENGUAJE

- 1 L RECONOCE GRANDES Y CHICO (Lám. 6). GRANDE _____ CHICO _____
- 2 L RECONOCE MAS Y MENOS (Lám. 7) MAS _____ MENOS _____
- 3 L NOMBRA ANIMALES (Lám. 8)
GATO _____ PERRO _____ CHANCHO _____ PATO _____
PALOMA _____ OVEJA _____ TORTUGA _____ GALLINA _____
- 4 L NOMBRA OBJETOS (Lám. 9)
PARAGUAS _____ VELA _____ ESCOBA _____ TETERA _____
ZAPATOS _____ RELOJ _____ SERRUCHO _____ TAZA _____
- 5 L RECONOCE LARGO Y CORTO (Lám. 10) LARGO _____ CORTO _____
- 6 L VERBALIZA ACCIONES (Lám. 11)
CORTANDO _____ SALTANDO _____
PLANCHANDO _____ COMIENDO _____
- 7 L CONOCE LA UTILIADAD DE OBJETOS
CUCHARA _____ LAPIZ _____ JABON _____
ESCOBA _____ CAMA _____ TIJERA _____
- 8 L DISCRIMINA PESADO Y LIVIANO (Boisas con arena y esponja)
PESADO _____ LIVIANO _____
- 9 L VERBALIZA SU NOMBRE Y APELLIDO
NOMBRE _____ APELLIDO _____
- 10 L IDENTIFICA SU SEXO _____
- 11 L CONOCE EL OMBRE DE SUS PADRES
PAPA _____ MAMA _____
- 12 L DA RESPUESTAS COHERENTES A SITUACIONES PLANTEADAS
HAMBRE _____ CANSADO _____ FRIO _____
- 13 L COMPRENDE PREPOSICIONES (Lápiz)
DETRÁS _____ SOBRE _____ BAJO _____
- 14 L RAZONA POR ANALOGIAS OPUESTAS
HIELO _____ RATON _____ MAMA _____

<input type="checkbox"/>	15 L	NOMBRA COLORES (Papel lustre azul, amarillo, rojo) AZUL _____ AMARILLO _____ ROJO _____
<input type="checkbox"/>	16 L	SEÑALA COLORES (Papel lustre amarillo, azul, rojo) AMARILLO _____ AZUL _____ ROJO _____
<input type="checkbox"/>	17 L	NOMBRA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12)  _____  _____  _____
<input type="checkbox"/>	18 L	SEÑALA FIGURAS GEOMETRICAS (Lám. 12)  _____  _____  _____
<input type="checkbox"/>	19 L	DESCRIBE ESCENAS (Lám. 13 y 14) 13 _____ 14 _____
<input type="checkbox"/>	20 L	RECONOCE ABSURDOS (Lám. 15) _____
<input type="checkbox"/>	21 L	Usa plurales (Lám. 16) _____
<input type="checkbox"/>	22 L	RECONOCE ANTES Y DESPUES (Lám. 17) ANTES _____ DESPUES _____
<input type="checkbox"/>	23 L	DEFINE PALABRAS MANZANA _____ PELOTA _____ ZAPATO _____ ABRIGO _____
<input type="checkbox"/>	24 L	NOMBRA CARACTERISTICAS DE OBJETOS (Pelota, globo inflado; bolsa, arena) PELOTA _____ GLOBO INFLADO _____ BOLSA _____
<input type="checkbox"/>	TOTAL SUBTEST LENGUAJE: PB	

III. SUBTEST MOTRICIDAD

<input type="checkbox"/>	1 M	SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS EN EL MISMO LUGAR
<input type="checkbox"/>	2 M	CAMINA DIEZ PASOS LLEVANDO UN VASO LLENO DE AGUA (Vaso lleno de agua)
<input type="checkbox"/>	3 M	LANZA UNAPELOTA EN UNA DIRECCION DETERMINADA (Pelota)
<input type="checkbox"/>	4 M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 10 SEG. O MAS
<input type="checkbox"/>	5 M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 5 SEG. O MAS
<input type="checkbox"/>	6 M	SE PARA EN UN PIE 1 SEG. O MAS
<input type="checkbox"/>	7 M	CAMINA EN PUNTA DE PIES SEIS O MAS PASOS
<input type="checkbox"/>	8 M	SALTA 20 CMS CON LOS PIES JUNTOS (Hoja reg.)
<input type="checkbox"/>	9 M	SALTA EN UN PIE TRES O MAS VECES SIN APOYO
<input type="checkbox"/>	10 M	COGE UNA PELOTA (Pelota)
<input type="checkbox"/>	11 M	CAMINA HACIA DELANTE TOPANDO TALON Y PUNTA
<input type="checkbox"/>	12 M	CAMINA HACIA ATRÁS TOPANDO PUNTA Y TALON
<input type="checkbox"/>	TOTAL SUBTEST MOTRICIDAD: PB	

ANEXO II

Análisis de Datos del Centro de Salud N° 2

Tabla N° 1: Concurrencia a la citación de Terapia Ocupacional, para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

CONCURRENCIA	N°	%
SI	40	58,82
NO	28	41,18
TOTAL	68	100

Gráfico N° 1: Concurrencia a la citación de Terapia Ocupacional, para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

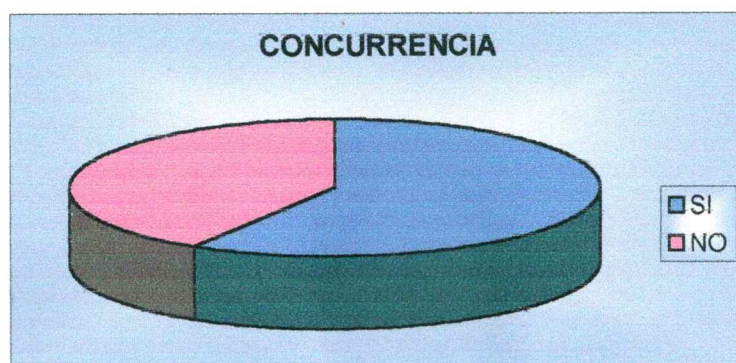


Tabla N° 2: Sexo de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

SEXO	Nº	%
FEMENINO	15	37,50
MASCULINO	25	62,50
TOTAL	40	100

Gráfico N° 2: Sexo de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

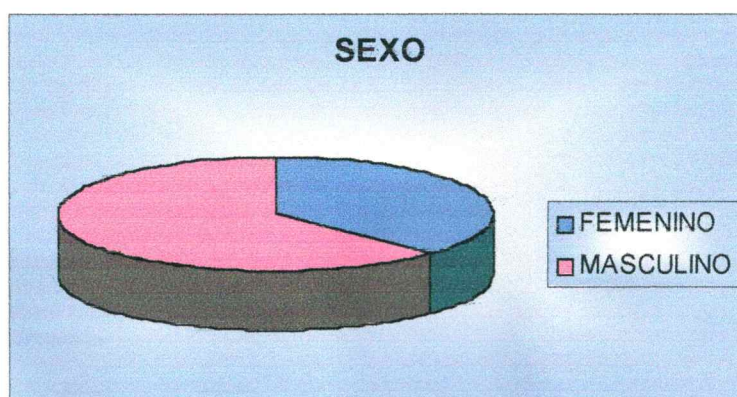


Tabla N° 3: Edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

EDAD	Nº	%
2 años 6 meses 1 día a 3 años 0 meses 0 días	5	12,5
3 años 0 meses 1 día a 3 años 6 meses 0 día	12	30
3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 meses 0 día	7	17,5
4 años 0 meses 1 día a 4 años 6 meses 0 día	11	27,5
4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 meses 0 día	5	12,5
TOTALES	40	100

Gráfico N° 3: Edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

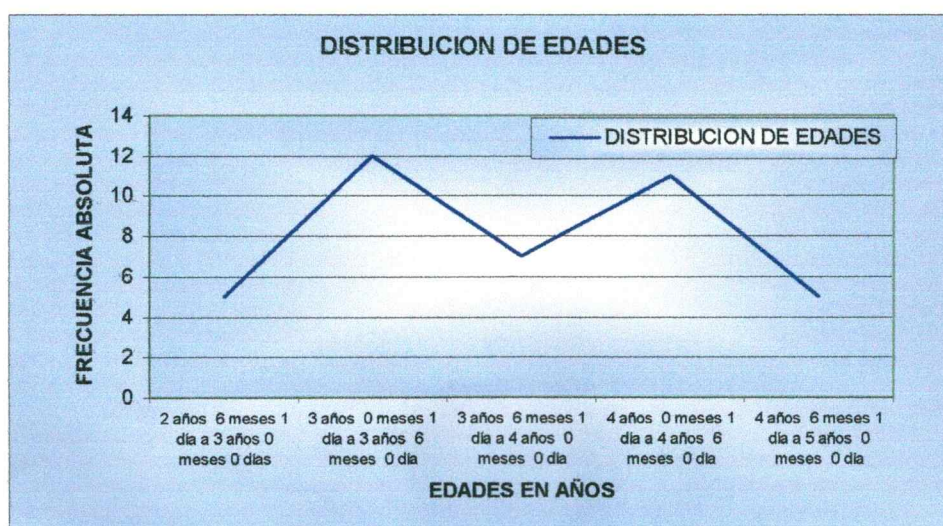


Tabla N° 4: Concurrencia al Nivel Inicial de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que asistieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

NIVEL INICIAL	N°	%
SI	26	65,00
NO	14	35,00
TOTAL	40	100

Gráfico N° 4: Concurrencia al Nivel Inicial de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que asistieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

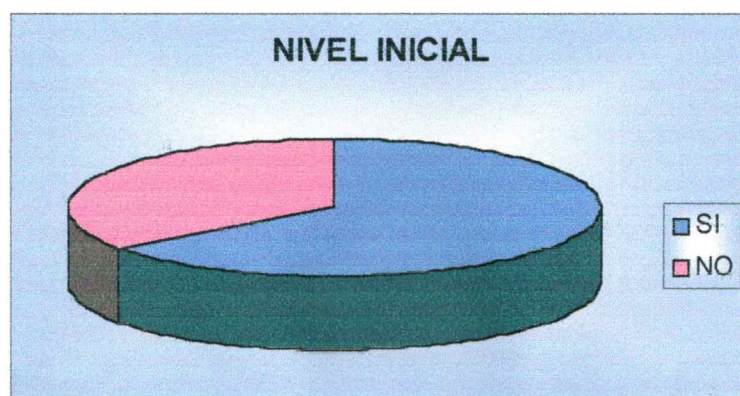


Tabla N° 5: Categorías del Rendimiento del Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

CATEGORIA	N°	%
NORMAL	30	75,00
RIESGO	7	17,50
RETRASO	3	7,50
TOTAL	40	100

Gráfico N° 5: Categorías del Rendimiento del Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

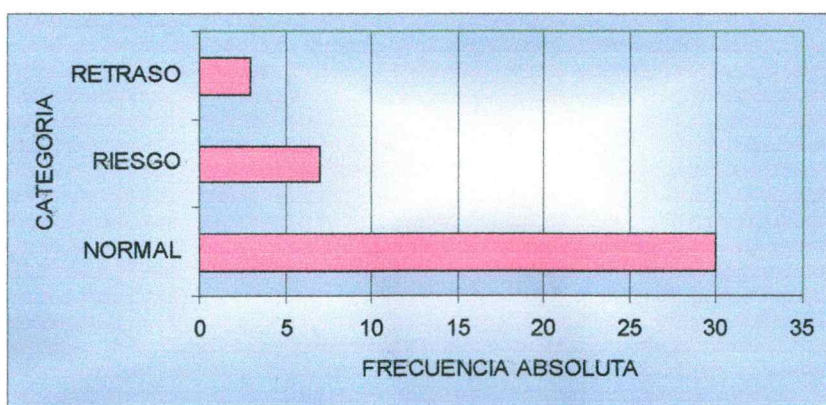


Tabla Nº 6: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud Nº 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

RENDIMIENTO	NORMAL		RIESGO		RETRASO		TOTAL
	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%	
AREAS	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%	Unid.
COORDINACION	34	85,00	5	12,50	1	2,50	40
LENGUAJE	31	77,50	7	17,50	2	5,00	40
MOTRICIDAD	26	65,00	14	35,00	0	0,00	40

Gráfico Nº 6: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud Nº 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

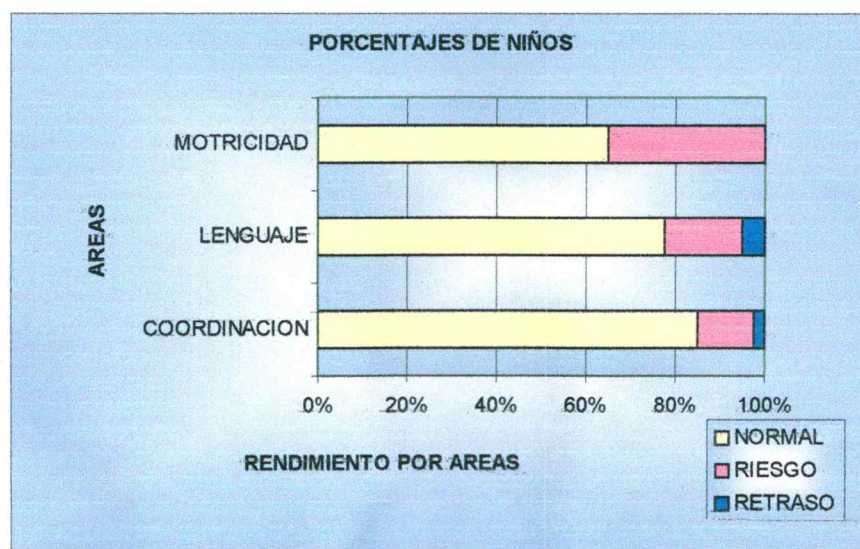


Tabla N° 7: Puntajes T total del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud N° 2. Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, 1 abril al 31 julio de 2002.

PUNTAJE T TOTAL	Nº	%
15-19	0	0,00
20-24	2	5,00
25-29	1	2,50
30-34	3	7,50
35-39	4	10,00
40-44	7	17,50
45-49	4	10,00
50-54	7	17,50
55-59	7	17,50
60-64	2	5,00
65-69	2	5,00
70-74	0	0,00
75-79	1	2,50
	40	100,00

Tabla N° 8: Puntajes T normal bajo del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud N° 2. Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, 1 abril al 31 julio de 2002.

PUNTAJE T COORDINACION	Nº	%
15-19	0	0,00
20-24	0	0,00
25-29	1	2,50
30-34	1	2,50
35-39	4	10,00
40-44	7	17,50
45-49	4	10,00
50-54	7	17,50
55-59	9	22,50
60-64	2	5,00
65-69	2	5,00
70-74	2	5,00
75-79	1	2,50
	40	100

PUNTAJE T LENGUAJE	Nº	%
15-19	1	2,50
20-24	1	2,50
25-29	0	0,00
30-34	4	10,00
35-39	3	7,50
40-44	5	12,50
45-49	6	15,00
50-54	9	22,50
55-59	7	17,50
60-64	3	7,50
65-69	1	2,50
70-74	0	0,00
75-79	0	0,00
	40	100

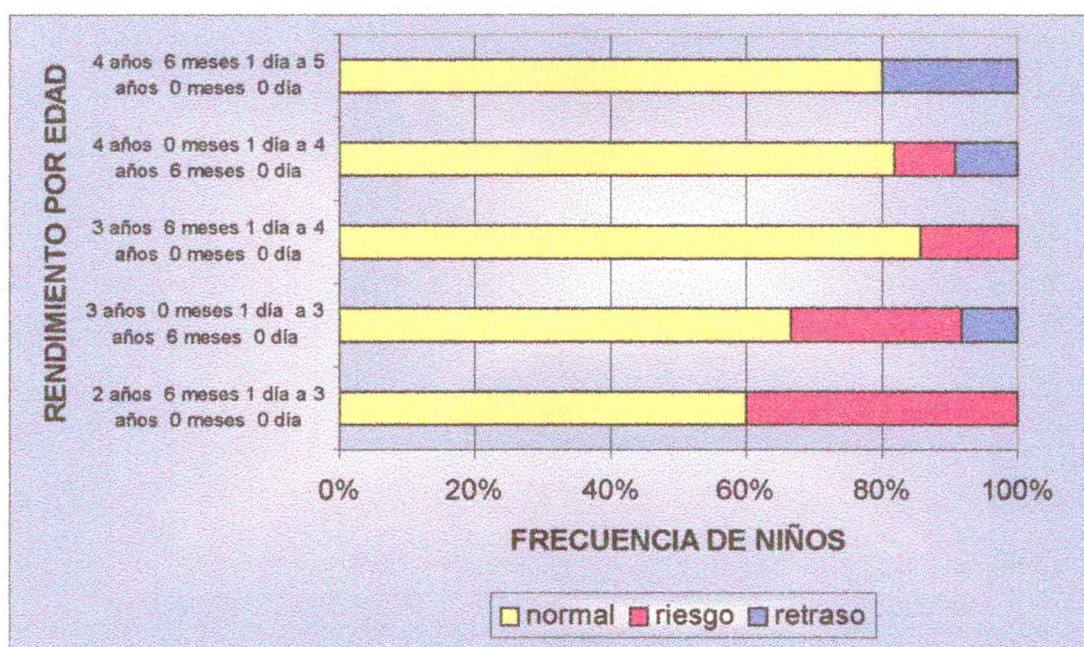
PUNTAJE T MOTRICIDAD	Nº	%
15-19	0	0,00
20-24	0	0,00
25-29	0	15,00
30-34	6	20,00
35-39	8	17,50
40-44	7	17,50
45-49	7	7,50
50-54	3	7,50
55-59	3	10,00
60-64	4	5,00
65-69	2	0,00
70-74	0	0,00
75-79	0	0,00
	40	100

Tabla N° 9: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según grupo de edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

RENDIMIENTO EDAD	NORMAL		RIESGO		RETRASO		TOTAL	
	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%
2 años 6 meses 1 día a 3 años 0 meses 0 día	3	60,00	2	40,00	0	0,00	5	12,50
3 años 0 meses 1 día a 3 años 6 meses 0 día	8	66,67	3	25,00	1	8,33	12	30,00
3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 meses 0 día	6	85,71	1	14,29	0	0,00	7	17,50
4 años 0 meses 1 día a 4 años 6 meses 0 día	9	81,82	1	9,09	1	9,09	11	27,50
4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 meses 0 día	4	80,00	0	0,00	1	20,00	5	12,50
TOTALES	30	75,00	7	17,50	3	7,50	40	100

Gráfico N° 9: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según grupo de edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

Gráfico N° 9: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según grupo de edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Centro de Salud N° 2; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.



Se realizaron 68 citaciones, con un ausentismo del 41,18 % (ver Tabla 1 Graf. 1 anexo) , quedando integrada la muestra por 40 niños de ambos sexos, con predominio del sexo masculino (62,50 %) (ver Tabla 2 Graf. 2). El porcentaje de ausentismo es considerado alto.

El mayor porcentaje de niños evaluados se ubica en los grupos etáreos de 3 años 0 mes 1 día a 3 años 6 meses 0 día (30,00 %) y 4 años 0 mes 1 día a 4 años 6 meses 0 día (27,50 %). A nuestro entender esta mayor concurrencia coincide con la modalidad de citación para los controles pediátricos en este Centro de Salud. En este sentido, la demanda de turnos se centra en las edades de 3 y 4 años (ver Tabla 3 Graf. 3 anexo).

La concurrencia al nivel inicial de educación es del 65,00 % siendo este un porcentaje elevado sobre la población de estudio. (ver Tabla 4 Gráf. 4 anexo).

A partir del objetivo general se determina que el 75,00 % de la población evaluada corresponde a la categoría normal; el 17,50 % corresponde a la categoría riesgo y el 7,50 % a la categoría retraso (ver Tabla 5 Graf. 5 anexo). Si bien el mayor porcentaje se concentra en la categoría normal, la suma de los porcentajes de riesgo y retraso alcanza el 25,00 %, valor significativo en una población considerada sana.

En cuanto al objetivo específico analizar el desarrollo psicomotor según áreas de coordinación, lenguaje y motricidad se observó que en el subtest coordinación el 85,00 % de la población pertenece a la categoría normal; el 12,50 % a la categoría riesgo y el 2,50 % a la categoría retraso. En el subtest Lenguaje: el 77,50 % de la población pertenece a la categoría normal; el 17,50 % a la categoría riesgo y el 5,00 % a la categoría retraso. En el subtest Motricidad: el 65,00 % de la población pertenece a la categoría normal; el 35,00 % a la categoría riesgo, no registrándose ningún caso en la categoría retraso (ver Tabla 6 Graf. 6 anexo).

Al analizar los puntajes T totales se observó que el 27,50 % de la población se encuentra por debajo del promedio propuesto por el test (50 puntos) y el 17,50 corresponde a la categoría normal bajo (ver Tabla 7 Graf. 7 anexo)

Analizando los puntajes T de los subtests se observó: en el área coordinación el 27,50 % se encuentra por debajo del promedio y el 17,50 % corresponde a la categoría normal bajo. En el área lenguaje el 27,50 % se encuentra por debajo del promedio y el 12,50 % corresponde a la categoría normal bajo. En el área motricidad el 25,00 % se encuentra por debajo del promedio y el 17,50 % corresponde a la categoría normal bajo (ver Tabla 8 anexo). El rendimiento por debajo del promedio es mayor en las áreas de coordinación y lenguaje. En la categoría normal bajo se observan valores idénticos en las áreas coordinación y motricidad siendo estos porcentajes superiores en relación con el área lenguaje. En cuanto al objetivo determinar prevalencia de categorías de riesgo y retraso según la edad se observó que el mayor porcentaje de niños en la categoría riesgo se ubicó en el grupo etáreo 2 años 6 meses 1 día a 3 años 0 mes 0 día (40 %) y en la categoría retraso en el grupo etáreo 4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 mes 0 día (20 %)(ver Tabla 9 Graf. 9 anexo).

El análisis permite determinar que el área de mayor prevalencia en la categoría riesgo es motricidad con el 35,00 % y en la categoría retraso es lenguaje con el 5,00 %, (ver Tabla 6 Graf. 6 anexo).

Análisis de Datos del Subcentro Libertad

Tabla N° 1: Concurrencia a la citación de Terapia Ocupacional, para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

CONCURRENCIA	Nº	%
SI	53	71,62
NO	21	28,38
TOTAL	74	100

Gráfico N° 1: Concurrencia a la citación de Terapia Ocupacional, para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

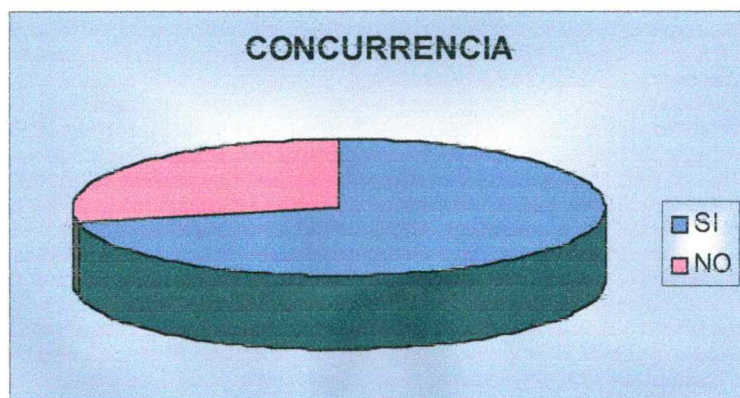


Tabla N° 2: Sexo de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

SEXO	Nº	%
FEMENINO	22	41,51
MASCULINO	31	58,49
TOTAL	53	100

Gráfico N° 2: Sexo de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

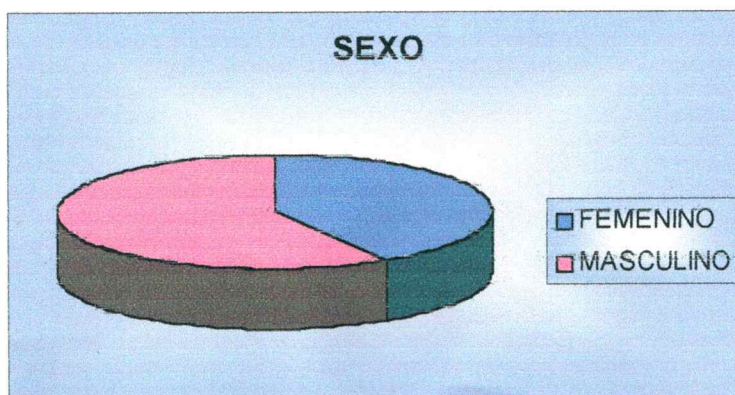


Tabla N° 3: Edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

EDAD	Nº	%
2 años 6 meses 1 día a 3 años 0 meses 0 días	8	15,09
3 años 0 meses 1 día a 3 años 6 meses 0 día	27	50,94
3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 meses 0 día	3	5,66
4 años 0 meses 1 día a 4 años 6 meses 0 día	14	26,42
4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 meses 0 día	1	1,89
TOTALES	53	100

Gráfico N° 3: Edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

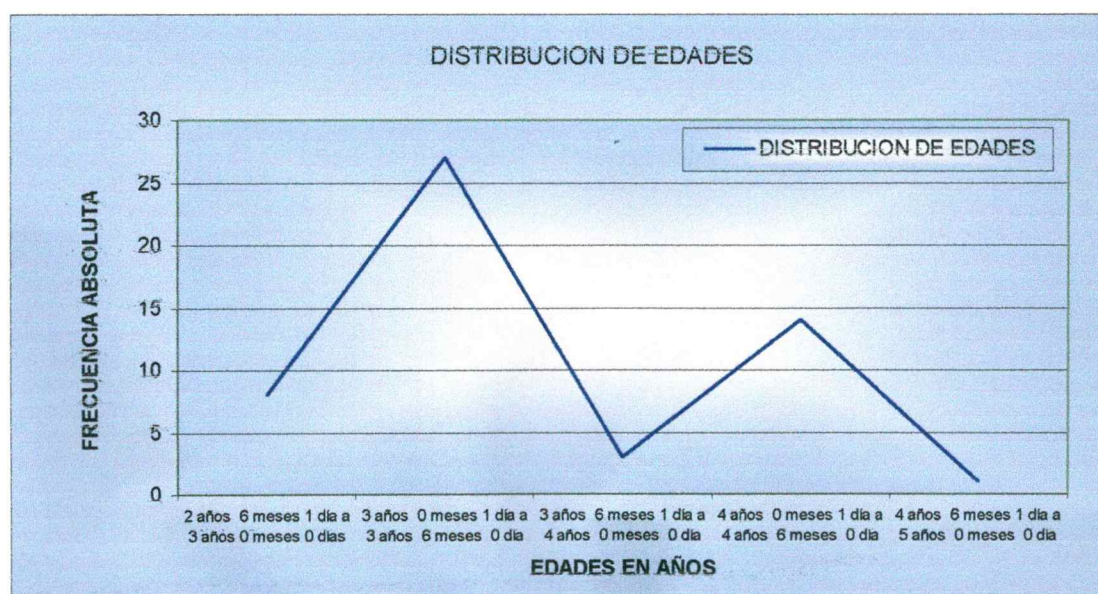


Tabla N° 4: Concurrencia al Nivel Inicial de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que asistieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

NIVEL INICIAL	Nº	%
SI	16	30,19
NO	37	69,81
TOTAL	53	100

Gráfico N° 4: Concurrencia al Nivel Inicial de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que asistieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

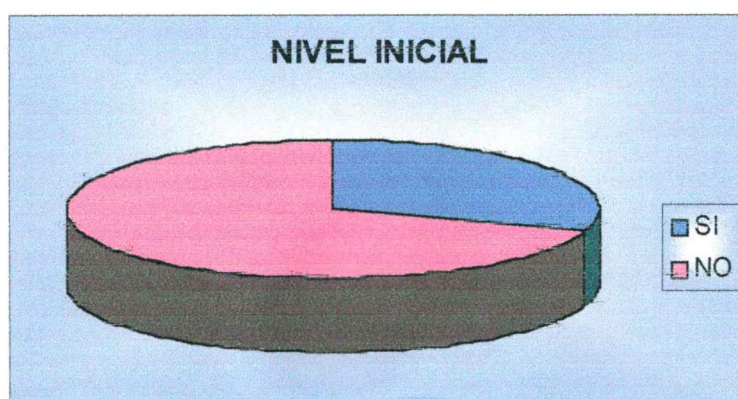


Tabla N° 5: Categorías del Rendimiento del Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

CATEGORÍA	N°	%
NORMAL	45	84,91
RIESGO	6	11,32
RETRASO	2	3,77
TOTAL	53	100

Gráfico N° 5: Categorías del Rendimiento del Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

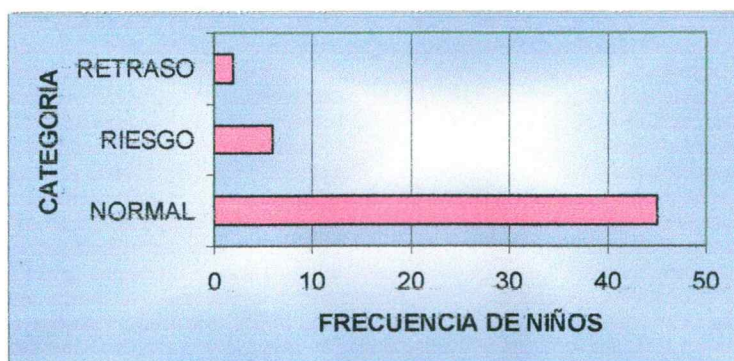


Tabla N° 6: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

RENDIMIENTO	NORMAL		RIESGO		RETRASO		TOTAL
	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%	
AREAS							Unid.
COORDINACION	51	96,23	2	3,77	0	0,00	53
LENGUAJE	39	73,58	10	18,87	4	7,55	53
MOTRICIDAD	49	92,45	4	7,55	0	0,00	53

Gráfico N° 6: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

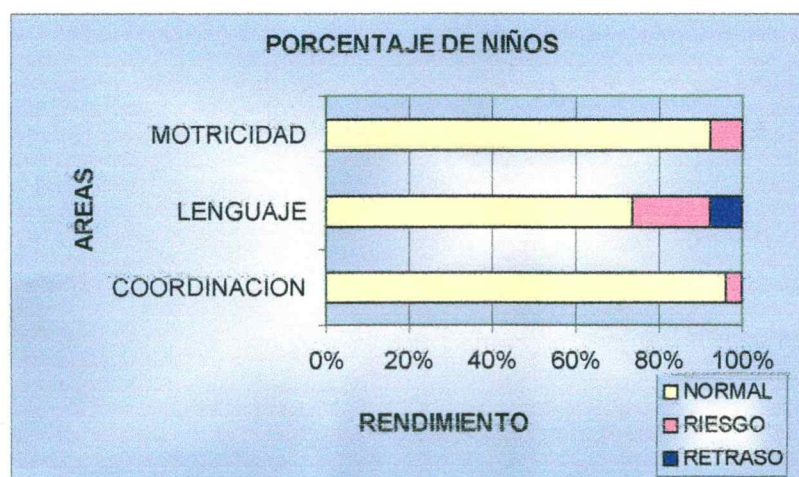


Tabla N°7: Puntajes T totales del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el en el Subcentro Libertad, Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

PUNTAJE T TOTAL	Nº	%
15-19		0,00
20-24		0,00
25-29	2	3,77
30-34	3	5,66
35-39	3	5,66
40-44	6	11,32
45-49	7	13,21
50-54	14	26,42
55-59	10	18,87
60-64	6	11,32
65-69	2	3,77
70-74	0	0,00
75-79	0	0,00
	53	100,00

Tabla N° 8: Puntajes T normal bajo del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

PUNTAJE T COORDINACION	Nº	%
15-19	0	0,00
20-24	0	0,00
25-29	0	0,00
30-34	1	1,89
35-39	1	1,89
40-44	4	7,55
45-49	8	15,09
50-54	10	18,87
55-59	14	26,42
60-64	7	13,21
65-69	6	11,32
70-74	2	3,77
75-79	0	0,00
	53	100

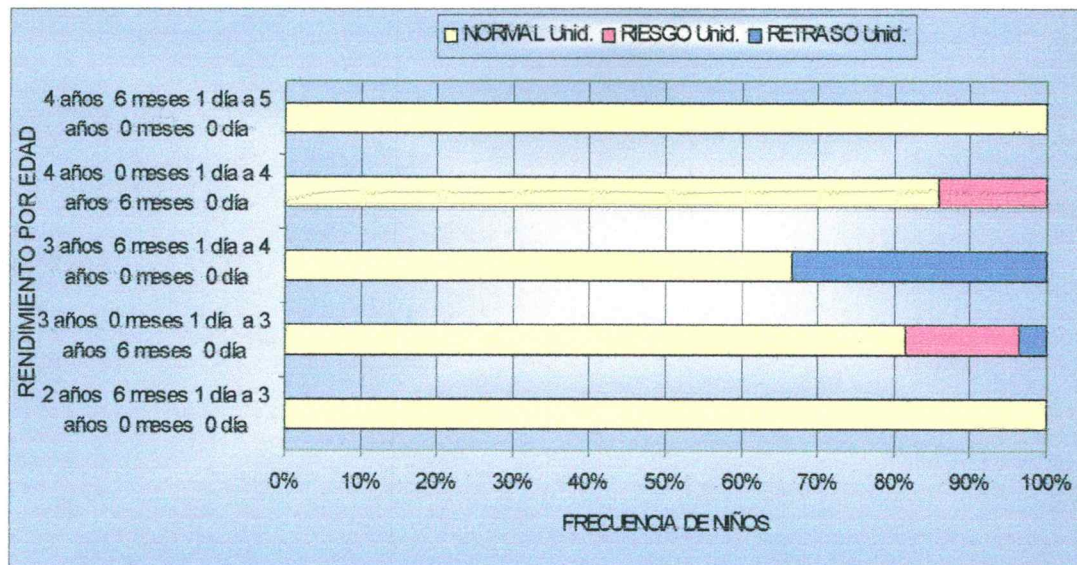
PUNTAJE T LENGUAJE	Nº	%
15-19	0	0,00
20-24	2	3,77
25-29	2	3,77
30-34	5	9,43
35-39	6	11,32
40-44	2	3,77
45-49	14	26,42
50-54	10	18,87
55-59	9	16,98
60-64	3	5,66
65-69	0	0,00
70-74	0	0,00
75-79	0	0,00
	53	100

PUNTAJE T MOTRICIDAD	Nº	%
15-19	0	0,00
20-24	0	0,00
25-29	1	1,89
30-34	1	1,89
35-39	3	5,66
40-44	6	11,32
45-49	13	24,53
50-54	12	22,64
55-59	8	15,09
60-64	5	9,43
65-69	4	7,55
70-74	0	0,00
75-79	0	0,00
	53	100

Tabla N° 9: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según grupo de edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

RENDIMIENTO EDAD	NORMAL		RIESGO		RETRASO		TOTAL	
	Unid	%	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%
2 años 6 meses 1 día a 3 años 0 meses 0 día	8	100	0	0,00	0	0,00	8	4,24
3 años 0 meses 1 día a 3 años 6 meses 0 día	22	81,48	4	14,81	1	3,70	27	14,31
3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 meses 0 día	2	66,67	0	0,00	1	33,33	3	1,59
4 años 0 meses 1 día a 4 años 6 meses 0 día	12	85,71	2	14,29	0	0,00	14	7,42
4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 meses 0 día	1	100	0	0,00	0	0,00	1	0,53
TOTAL	45	84,91	6	11,32	2	3,77	53	100

Gráfico N° 9: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según grupo de edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en el Subcentro Libertad; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.



Al realizar el análisis de los datos obtenidos en el Subcentro de Salud "Libertad", podemos decir que se realizaron 74 citaciones, registrándose un ausentismo del 28,38 %, quedando definida la población evaluada en 53 niños (ver Tabla 1, Graf. 1, anexo), de ambos sexos, observando un predominio del sexo masculino (ver Tabla 2 Graf 2 anexo). Podemos considerar que el porcentaje de concurrencia ha sido elevado.

Se observa que el mayor porcentaje de niños evaluados se ubica en el grupo etareo de 3 años, 0 mes 1 día a 3 años, 6 meses 0 día, a nuestro entender esta mayor concurrencia podría responder a que en el Subcentro de Salud se realizan los controles pediátricos a los 2 años, 2 años y medio, 3, 4 y 5 años, otorgándole en el control de los 2 años y medio ya el turno programado para el control de los 3 años, en cambio a los 4 y 5 años la familia debe concurrir a solicitar el turno una vez que el niño ha cumplido la edad correspondiente, lo que podría determinar una menor concurrencia a esos controles. Además el screening en Terapia Ocupacional a los 3 años viene realizándose en forma regular desde el año 2000.

A los fines descriptivos, es pertinente mencionar que la concurrencia a nivel inicial es de 30,19 % (ver tabla 3, Graf. 3, anexo), siendo este un porcentaje bajo, probablemente determinado por el escaso número de jardines existentes, que no pueden absorber la gran población del barrio.

A partir del objetivo general y analizando la población de estudio se determina que el 84,91 % de los niños evaluados corresponden a la categoría normal; el 11,32 % a la categoría de riesgo y el 3,77 % a la categoría retraso. Un alto porcentaje de niños se encuentra en la categoría normal y la suma del porcentaje de riesgo y retraso corresponde al 15,09 %. (Ver Tabla 5, Graf, 5, anexo), siendo este un porcentaje relevante por estar esta población constituida dentro de lo que se denomina "niño sano".

En cuanto al objetivo específico "analizar el desarrollo psicomotor según áreas de coordinación, lenguaje y motricidad", podemos decir que en el subtest coordinación el 96,23 % corresponde a la categoría normal, el 3,77 a la categoría riesgo y no se registra ningún caso en la categoría retraso.

En el subtest lenguaje le corresponde a la categoría normal el 73,58 %, a la categoría riesgo el 18,87 % y el 7,55 % a la categoría retraso.

En el subtest motricidad el 92,45 % pertenece a la categoría normal, y el 7,55 % a la categoría riesgo, sin registrar casos en la categoría retraso (ver Tabla 6 Graf 6) Analizando estas tres categorías podemos decir que el mayor porcentaje entre riesgo y retraso se registra en el área lenguaje.

Analizando los puntajes T totales el 24,53 % se encuentra por debajo del promedio propuesto por el test y el 11,32 % corresponde a la categoría denominada normal bajo (ver Tabla 7 anexo).

Analizando los puntajes T de los subtest se observó que en el área coordinación el 22,64 % se encuentra por debajo del promedio propuesto por el test y el 7,55 % corresponde a la categoría normal bajo.

En el área lenguaje el 30,19 % se encuentra por debajo del promedio propuesto por el test y el 3,77 % corresponde a la categoría Normal bajo, en el área motricidad el 35,85 % obtienen un puntaje T debajo del promedio propuesto por el test y el 11,32 % corresponde a la categoría normal bajo.

Cabe destacar que el mayor porcentaje de normal bajo se registra en el área de motricidad, seguida por el área lenguaje y por último el área coordinación (ver Tabla 8 anexo)

La misma secuencia se repite en la totalidad de los puntajes por debajo del promedio (50 p).

En cuanto al objetivo determinar prevalencia de las categorías riesgo y retraso según edad, se observa que la mayor frecuencia en la categoría riesgo se ubicó en el grupo étareo de 3 años 0 mes 1 día a 3 años 6 meses 0 día y en la categoría retraso se ubicó en el grupo étareo 3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 mes 0 día (ver Tabla 9 Graf 9).

Análisis de Datos de la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles

Tabla N° 1: Concurrencia a la citación de Terapia Ocupacional, para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

CONCURRENCIA	Nº	%
SI	67	62,62
NO	40	37,38
TOTAL	107	100

Gráfico N° 1: Concurrencia a la citación de Terapia Ocupacional, para la Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

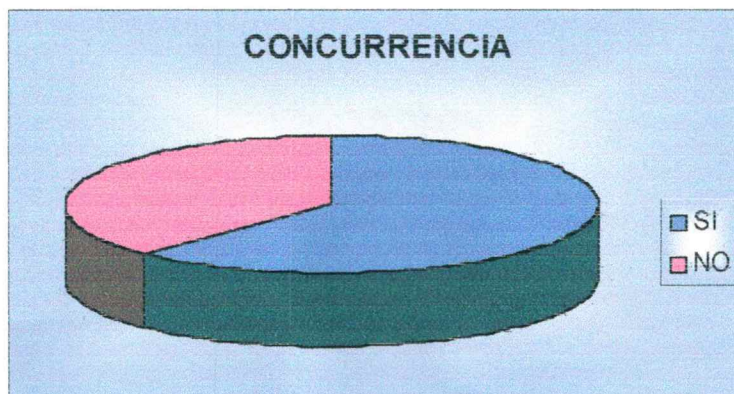


Tabla N° 2: Sexo de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

SEXO	Nº	%
FEMENINO	41	61,19
MASCULINO	26	38,81
TOTAL	67	100

Gráfico N° 2: Sexo de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

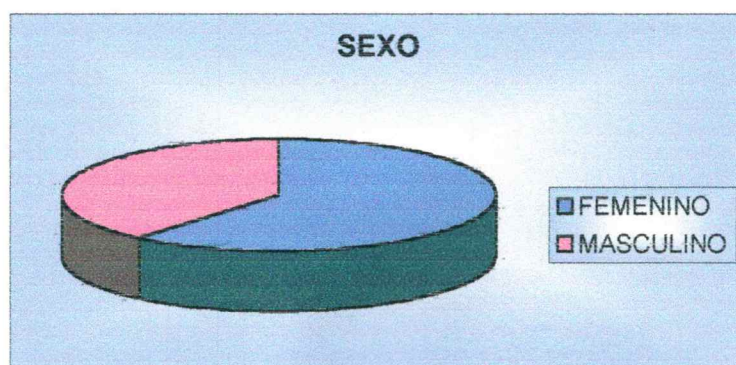


Tabla N° 3: Edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

EDAD	Nº	%
2 años 6 meses 1 día a 3 años 0 meses 0 días	5	7,46
3 años 0 meses 1 día a 3 años 6 meses 0 día	19	28,36
3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 meses 0 día	8	11,94
4 años 0 meses 1 día a 4 años 6 meses 0 día	18	26,87
4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 meses 0 día	17	25,37
TOTALES	67	100

Gráfico N° 3: Edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurrieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

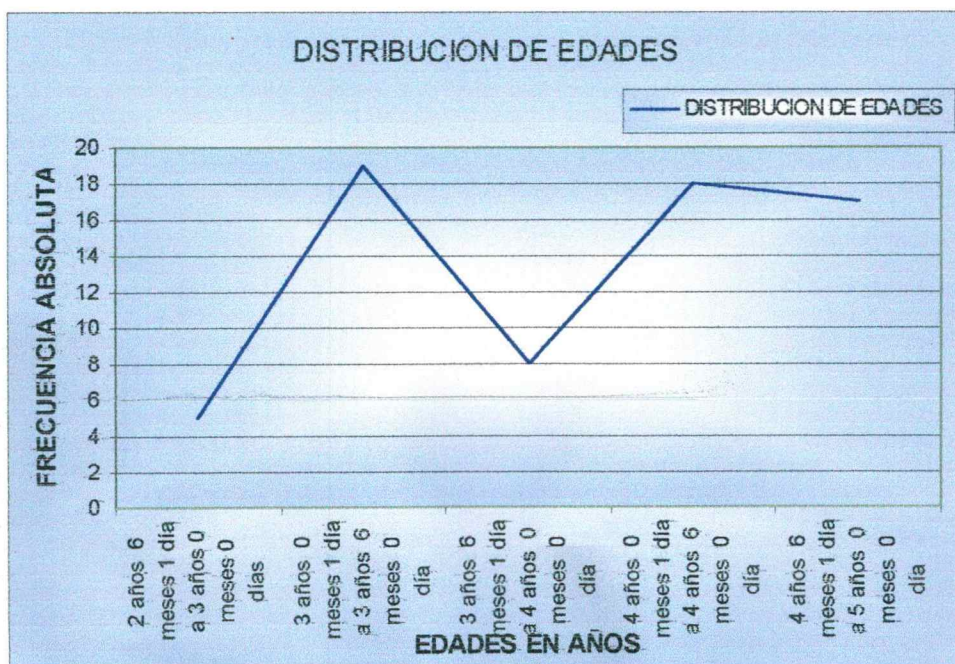


Tabla N° 4: Concurrencia al Nivel Inicial de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que asistieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

NIVEL INICIAL	Nº	%
SI	27	40,30
NO	40	59,70
TOTAL	67	100

Gráfico N° 4: Concurrencia al Nivel Inicial de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que asistieron a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

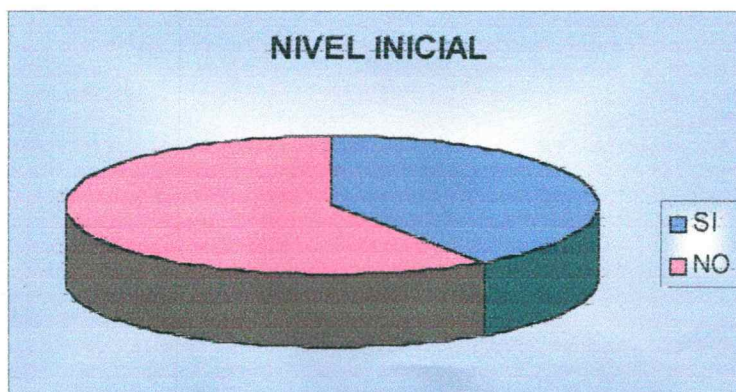


Tabla N° 5: Categorías del Rendimiento del Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

CATEGORIA	N°	%
NORMAL	44	65,67
RIESGO	16	23,88
RETRASO	7	10,45
TOTAL	67	100

Gráfico N° 5: Categorías del Rendimiento del Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

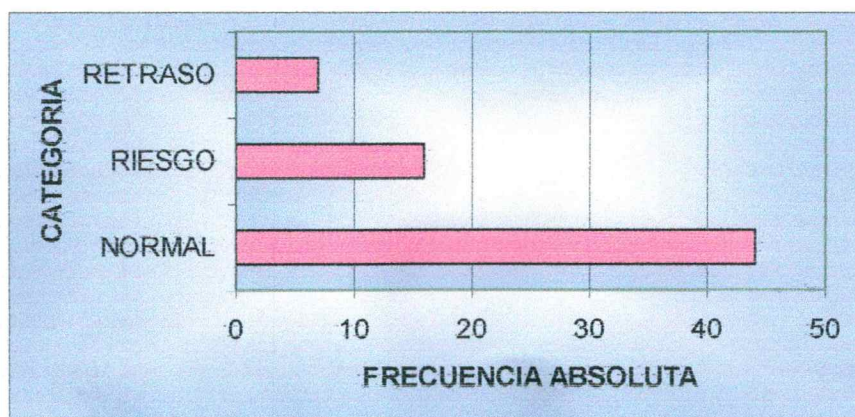


Tabla N° 6: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

RENDIMIENTO	NORMAL		RIESGO		RETRASO		TOTAL
	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%	
AREAS							
COORDINACION	38	56,72	23	34,33	6	8,96	67
LENGUAJE	51	76,12	13	19,40	3	4,48	67
MOTRIZ	56	83,58	10	14,93	1	1,49	67

Gráfico N° 6: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

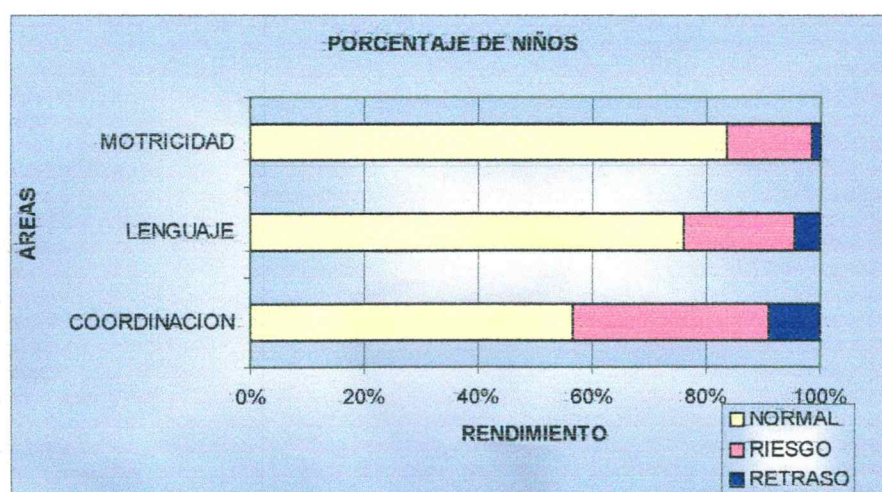


Tabla N°7: Puntajes T totales del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

PUNTAJE T TOTAL	Nº	%
15-19	0	0,00
20-24	2	2,99
25-29	4	5,97
30-34	3	4,48
35-39	14	20,90
40-44	9	13,43
45-49	12	17,91
50-54	9	13,43
55-59	9	13,43
60-64	4	5,97
65-69	1	1,49
70-74	0	0,00
75-79	0	0,00
	67	100,00

Tabla N° 8: Puntajes T normal bajo del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según áreas Coordinación, Lenguaje y Motricidad; de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

PUNTAJE T COORDINACION	Nº	%
15-19	2	2,99
20-24	1	1,49
25-29	3	4,48
30-34	5	7,46
35-39	18	26,87
40-44	11	16,42
45-49	10	14,93
50-54	6	8,96
55-59	1	1,49
60-64	4	5,97
65-69	3	4,48
70-74	2	2,99
75-79	1	1,49
	67	100

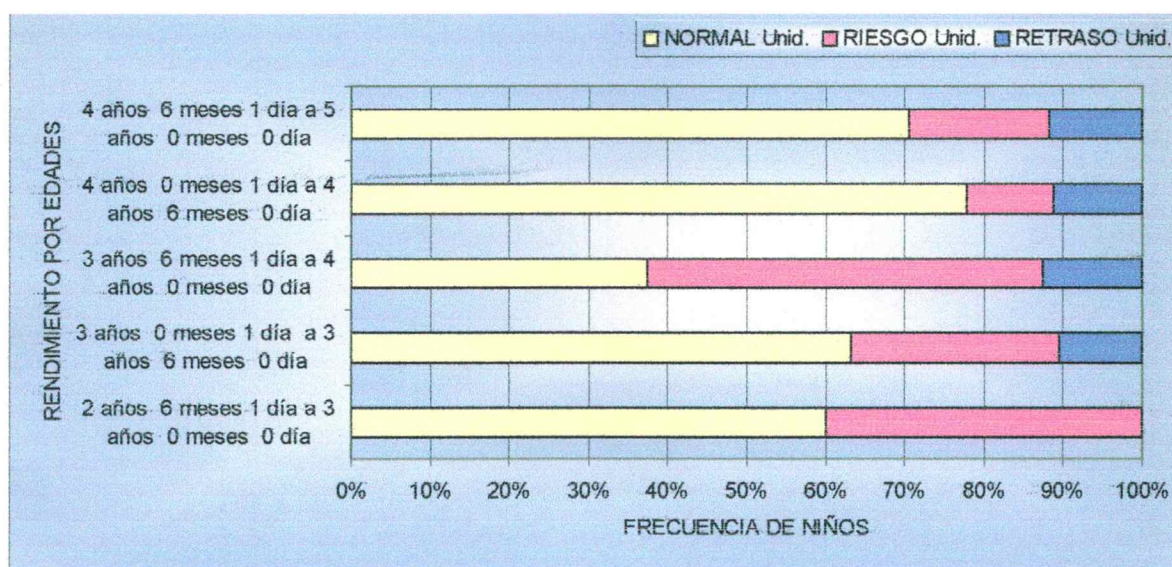
PUNTAJE T LENGUAJE	Nº	%
15-19	1	1,49
20-24	1	1,49
25-29	1	1,49
30-34	8	11,94
35-39	6	8,96
40-44	16	23,88
45-49	18	26,87
50-54	8	11,94
55-59	6	8,96
60-64	1	1,49
65-69	1	1,49
70-74		0,00
75-79		0,00
	67	100

PUNTAJE T MOTRICIDAD	Nº	%
15-19		0,00
20-24		0,00
25-29	1	1,49
30-34	3	4,48
35-39	7	10,45
40-44	15	22,39
45-49	9	13,43
50-54	19	28,36
55-59	9	13,43
60-64	4	5,97
65-69		0,00
70-74		0,00
75-79		0,00
	67	100

Tabla N° 9: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según grupo de edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.

RENDIMIENTO EDAD	NORMAL		RIESGO		RETRASO		TOTAL	
	Unid	%	Unid.	%	Unid.	%	Unid.	%
2 años 6 meses 1 día a 3 años 0 meses 0 día	3	60	2	40,00	0	0,00	5	7,46
3 años 0 meses 1 día a 3 años 6 meses 0 día	12	67,16	5	26,32	2	10,53	19	28,36
3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 meses 0 día	3	37,50	4	50,00	1	12,50	8	11,94
4 años 0 meses 1 día a 4 años 6 meses 0 día	14	77,78	2	11,11	2	11,11	18	26,86
4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 meses 0 día	12	70,59	3	17,65	2	11,76	17	25,37
TOTAL	44	65,67	16	23,88	7	10,45	67	100

Gráfico N° 9: Categorías del Rendimiento en el Desarrollo Psicomotor según grupo de edad de los niños de 2 años, 6 meses y 0 días a 5 años, sin patología asociada, que concurren a la Evaluación del Desarrollo Psicomotor en la Unidad Sanitaria Cohello de Meyrelles; Municipalidad de General Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina. 1 abril al 31 julio de 2002.



Al realizar el análisis de los datos se observó que se efectuaron 107 citaciones para la evaluación del desarrollo psicomotor, registrándose un ausentismo del 37,38% quedando definida la muestra en 67 niños (ver tabla 1, graf.1), de ambos sexos con predominio femenino (ver tabla 2, graf.2).

El mayor porcentaje de niños evaluados se ubicó en el grupo etareo 3 años 0 mes 1 día a 3 años 6 meses 0 día, con el 28,36 % seguido por los grupos etareos de 4 años 0 mes 1 día a 4 años 6 meses 0 día (26,87%) y 4 años 6 meses 1 día a 5 años 0 mes 1 día (25,37 %) con similares valores.

A los fines descriptivos es pertinente mencionar que la concurrencia al nivel inicial es del 40,30% (ver tabla 4, graf. 4) siendo este un porcentaje bajo, teniendo en cuenta que solo el 7,46% de la población de estudio queda excluido del nivel inicial por la edad (menores a 3 años).

En cuanto el objetivo general se determina que el 65,67% de los niños evaluados corresponde a la categoría normal, el 23,88% a la categoría de riesgo y el 10,45% a la categoría retraso (ver tabla 5, graf.5). Si bien la mayoría de la población se encuentra dentro de la categoría normal la suma entre las de riesgo y retraso es el 34,33%, siendo este un valor de importancia ya que se ubica dentro de la población denominada "niño sano".

En cuanto al objetivo específico analizar la población según las áreas de coordinación, lenguaje y motricidad, se observó que en el subtest de coordinación el 56,72% corresponde a la categoría normal, el 34,33% a la categoría riesgo y el 8,96 a la categoría retraso. En el subtest lenguaje corresponde a la categoría normal el 76,12 %, a la categoría riesgo el 19,40 % y a la categoría retraso el 4,48 %. En el subtest motricidad corresponde a la categoría normal el 83,58 %, a la categoría riesgo el 14,93 % y a la categoría retraso el 1,49 %. De acuerdo a los puntajes obtenidos los mayores porcentajes de riesgo y retraso se encuentran en el área coordinación (ver tabla 6 –graf. 6)

Al analizar los puntajes T totales, el 31,33 % se encuentra por debajo del promedio y el 13,43 % corresponde a la categoría denominada normal bajo (ver tabla 7). Analizando los puntajes T de los subtest, se observó en el área coordinación que el 31,35 % se encuentra por debajo del promedio propuesto por

el test y el 16,42 % corresponde a la categoría normal bajo. En el área lenguaje el 50,57 % se encuentra por debajo del promedio propuesto por el test y 23,80 % corresponde a la categoría normal bajo. En el área motricidad el 35,82 % se encuentra por debajo del promedio propuesto por el test y 22,39 % corresponde a la categoría normal bajo. Cabe destacar que el mayor porcentaje de normal bajo se registra en el área de lenguaje, seguido por el área motricidad y por último el área coordinación. (ver tabla 8).

En cuanto al objetivo determinar prevalencia de las categorías riesgo y retraso según la edad, se observó que la mayor porcentaje de ambas categorías se da en el grupo etareo de 3 años 6 meses 1 día a 4 años 0 mes 0 día con el 50% para la categoría riesgo y con el 12,50 para la categoría retraso (ver tabla 9 graf.9)



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

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

Jurado:

- ✓ lic. Coccione, Ana.
- ✓ lic. VEYRA, Ma. Eugenia
- ✓ lic. DONATI, Marisel.

Fecha de Defensa: 11/12/2002.

Nota: 8 (OCIP)