

2016

Aporte de la terapia ocupacional a los médicos residentes pediatras sobre desarrollo típico del lactante en el control del niño sano

López, Maricel

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1114>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

**APORTE DE LA TERAPIA OCUPACIONAL A LOS MÉDICOS RESIDENTES
PEDIATRAS SOBRE DESARROLLO TÍPICO DEL LACTANTE EN EL
CONTROL DEL NIÑO SANO**



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....

**PLAN DE TESIS PRESENTADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD Y TRABAJO SOCIAL, PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADAS
EN TERAPIA OCUPACIONAL.**

AUTORAS:

LÓPEZ MARICEL.

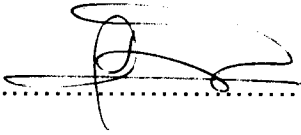
LOZZI ADRIANA V.

MAR DEL PLATA. PROVINCIA DE BUENOS AIRES. ARGENTINA.

2016

DIRECTORA

T.O. Josefina Galindez.



.....

ASESORÍA METODOLÓGICA

Taller de Trabajo Final. Departamento Pedagógico de Licenciatura en Terapia
Ocupacional.

Lic. en Psicología María Pavón

AUTORAS

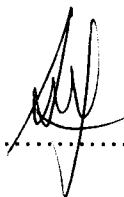
López Maricel.



.....

DNI: 31.378.531

Lozzi Adriana V.



.....

DNI: 32.848.342

Índice

<i>Introducción.....</i>	<i>7</i>
<i>Estado actual de la cuestión</i>	<i>10</i>
<i>Primera Parte: Marco Teórico</i>	<i>23</i>
<i>Cap. I: Prevención y Promoción de la Salud</i>	<i>24</i>
Prevención y Promoción de la Salud	25
Áreas de acción	26
Niveles en Atención de Salud	28
Atención Primaria de la Salud.....	29
Niveles de Prevención en Atención Primaria de la Salud	30
<i>Cap. II: Enfoque comunitario</i>	<i>32</i>
Terapia Ocupacional y salud comunitaria	33
<i>Cap. III: Abordaje interdisciplinario.....</i>	<i>36</i>
Trabajo en equipo	37
<i>Cap. IV: Maduración, crecimiento y desarrollo.....</i>	<i>42</i>
Conceptos de maduración, crecimiento y desarrollo infantil	43
La importancia de vigilar el desarrollo infantil	44

Escalas recomendadas para screening y evaluación	49
Aspectos del desarrollo	50
Hitos del desarrollo de 0 a 24 meses.....	50
Aspecto psico-emocional del desarrollo: Organizadores psíquicos	55
Desarrollo de la comunicación y el lenguaje.....	57
El desarrollo en relación a la crianza del niño y su organización en el hogar	59
<i>Cap. V: Control del Niño Sano</i>	<i>65</i>
Control del Niño Sano.....	66
<i>Cap. VI: Diagnóstico de situación</i>	<i>71</i>
Hospital zonal especializado materno infantil “Argentina Diego” de Azul ..	72
Control del Niño Sano en el Hospital zonal especializado materno infantil “Argentina Diego” de Azul.....	73
Fundamentos de la inclusión de Terapia Ocupacional en el Control del Niño Sano	75
Descripción del Control del Niño Sano en el Hospital zonal especializado materno infantil “Argentina Diego” de Azul	76
<i>Segunda Parte: Aspectos Metodológicos.....</i>	<i>80</i>
Problema	81
Objetivo general.....	81

Objetivos específicos 81

Variable..... 82

Definición conceptual y operacional de la variable 82

Dimensionamiento de la variable..... 84

Niveles de medición del dimensionamiento de la variable..... 87

Puntaje total del cuestionario..... 87

Puntaje de las preguntas 88

Prueba piloto..... 91

Tipo de enfoque..... 92

Tipo de estudio 92

Tipo de diseño 92

Población..... 93

Método de selección de la muestra 93

Criterios de selección de la muestra..... 93

Muestra..... 94

Instrumento de recolección de datos 94

Análisis de datos..... 95

Referencias Bibliográficas..... 96

Anexo..... 103

Cuestionario para conocer el nivel de información adquirido por los Médicos Pediatras sobre desarrollo típico del lactante con el aporte de las/os Lic. en Terapia Ocupacional y/o Terapistas Ocupacionales durante el Control del Niño Sano del Hospital Zonal especializado Materno Infantil “Argentina Diego” de Azul 104

INTRODUCCIÓN

El control del niño sano es una actividad de supervisión periódica tanto del estado de salud, como del crecimiento y desarrollo, desde que nace hasta los 6 años. Se realiza atención integral que incluye la detección precoz de problemas de salud, la prevención de accidentes, aplicación de inmunizaciones, evaluación del desarrollo psicomotor, la medición de peso y talla para evaluar su crecimiento y estado nutricional; la orientación a los padres sobre diversos aspectos, así como promover la lactancia materna y el suministro de alimentación suplementaria a partir de los 6 meses de edad.

La vigilancia del desarrollo típico del lactante debería ser considerada una labor de suma importancia en la supervisión de salud. El pediatra juega un rol fundamental en esto, dado que es el profesional que tiene mayor contacto con los niños y sus familias durante las etapas tempranas de la vida. Esto beneficiaría al niño, la familia y la sociedad; generando una mayor satisfacción en los padres y una mejor adherencia a las recomendaciones médicas, brindando la oportunidad de discutir preocupaciones relacionadas con la crianza de sus hijos.

En la actualidad se observa la necesidad de desarrollar e implementar estrategias que garanticen una intervención integral de los niños sobre aspectos del desarrollo. Dichas estrategias debieran ser abordadas por equipos multidisciplinarios, capacitados, que se coordinen para alcanzar esta meta. La formación de profesionales de la salud, y en particular de los médicos pediatras, debiera considerar en profundidad estos nuevos aspectos.

Como beneficio adicional, involucrar a los padres ofrece una oportunidad de educación en aspectos de desarrollo y estimulación. Además de detectar los problemas que puedan existir, descubrir y realzar las habilidades y fortalezas que posee su niño, le permitirán desarrollarlas y estimularlas aún más.

Numerosas sociedades científicas incluyendo la Sociedad Argentina de Pediatría recomiendan la vigilancia y el screening del desarrollo en la consulta pediátrica. Si bien se reconoce la importancia que tiene el diagnóstico precoz, son pocos los médicos que logran llevar a cabo tales acciones. Esto ocurre porque muchos pediatras y médicos de atención primaria tienen conocimientos insuficientes y/o creencias equivocadas sobre desarrollo típico. Se puede citar como ejemplo que se derivar a aquellos niños con retrasos más severos y a los de mayor edad, a pesar de que existe clara evidencia de los beneficios de la intervención precoz de los niños con signos "blandos" o sutiles. También suele ocurrir que se otorga mayor importancia al cumplimiento de hitos de motricidad gruesa, como caminar y sentarse, pero no tanto a hitos del lenguaje o del área personal social. Se sabe que los niños con retraso motor aislado son derivados a especialistas para diagnóstico a edades más tempranas que los niños con retraso generalizado o aquellos con retraso del lenguaje.

Finalmente, otro factor que obstaculiza la implementación de la vigilancia sistemática del desarrollo es el tiempo como recurso escaso en el nivel primario de atención, teniendo en cuenta que en un control de salud de alrededor de media hora se debe interrogar a los padres, darles pautas de alarma, educarlos sobre medidas higiénico dietéticas, pesar y medir al niño y realizar otros actos médicos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado sobre la escasa valoración del desarrollo típico del lactante por parte de los Médicos Pediatras en el Control del Niño Sano y viendo las dificultades que esto ocasiona como por ejemplo derivaciones tardías, o innecesarias y la falta de información que reciben los padres sobre aspectos claves en el desarrollo de su hijo, se decidió realizar un trabajo de investigación para nuestra tesis de la Licenciatura en Terapia Ocupacional que exponga **“el nivel de conocimiento sobre desarrollo típico del lactante que adquieren los médicos pediatras residentes con el aporte que al respecto podemos hacer desde nuestra profesión”**.

Por dicho motivo se lleva a cabo esta investigación donde el propósito es identificar el nivel de conocimiento que adquieren los Médicos Pediatras residentes sobre desarrollo típico del lactante en el Control del Niño Sano del Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” de Azul con el aporte de ~~las/os Lic. en Terapia Ocupacional~~ ^{Terapia Ocup.} y/o Terapistas Ocupacionales desde los contenidos cognoscitivos, procedimental y actitudinal del mismo. Para poder medir este nivel de conocimiento se confecciono un cuestionario cerrado que incluye preguntas sobre todos los aspectos que se debieran abordar en el Control del Niño Sano para una vigilancia exitosa.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Al iniciar la presente investigación, se han hallado diversos antecedentes bibliográficos de otros estudios afines a la temática seleccionada, que han sido recogidos de la base de datos SciELO (Scientific Electronic Library Online), de publicaciones de la Revista Chilena de Terapia Ocupacional, de la Revista Chilena de Pediatría y del Ministerio de Salud de la Nación. Dichos hallazgos serán detallados a continuación.

Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años.

Pascucci MC., Lejarraga H., Kelmansky D., Álvarez M., Boullón M., Breiter P., Breuning S., Brik G., Company L., Contreras M., Convertini G., Cugnasco I., Czornyj, D'Anna C., Echeverría H., Estévez E., Farizano M., Fejerman N., Frankel J., Jaïtt M., López B., Manzitti J., Martín H., Medina C., Moretti J., Navoni MJ., Patín D., Prieto ME., Segura M., Salvia M., Prozzi V., Salamancco G., Splívalo G., Waisburg H.

Chile, 2004.

Introducción: El uso de una prueba de pesquisa en los primeros años de vida permite la detección temprana de retrasos en el desarrollo psicomotor y su tratamiento oportuno. En la Argentina contamos con una Prueba Nacional de Pesquisa preparada en base a un estudio nacional. El objetivo del trabajo fue

validar la prueba, comparando sus resultados con evaluaciones diagnósticas, realizadas en forma simultánea por varios servicios del Hospital Garrahan. Pacientes y métodos. Se seleccionó una muestra de 106 niños de 0 a 5,99 años que concurrían al área de bajo riesgo del Hospital. Se realizaron los siguientes estudios diagnósticos: evaluación del desarrollo psicomotor (Bayley II), examen neurológico, salud mental, coeficiente intelectual (Wechsler, Terman), conducta adaptativa (Vineland), lenguaje (prueba de Gardner receptiva y expresiva, ITPA), audición (emisiones otoacústicas, audiometría tonal, PEAT), examen visual. Se utilizó el DSM-IV como referencia de trastornos del desarrollo. Se evaluó la sensibilidad y especificidad obtenidas según la aplicación de diferentes puntos de corte (número de ítems fracasados). Resultados. El mejor punto de corte se estableció en un ítem tipo A o 2 tipo B, con una sensibilidad del 80%, especificidad: 93%, valor predictivo positivo: 94%, valor predictivo negativo: 77%, porcentaje de coincidencia: 85%. Fue inesperada la elevada prevalencia de problemas de desarrollo encontrada en la muestra: 57%. La prueba es capaz de detectar problemas en las cuatro áreas del desarrollo, incluidos trastornos del lenguaje. Conclusión. Los resultados confirman a la Prueba Nacional de Pesquisa como un instrumento válido para ser usado en el primer nivel de atención para el reconocimiento de niños con sospecha de sufrir trastornos del desarrollo. Asimismo, el trabajo de información permite establecer diferentes puntos de corte y constituye un instrumento útil para su aplicación en la práctica pediátrica.

Implementación de la intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los seis meses de vida.

Arellano, Viviana Mabel; Vega, María Carlota.

Argentina, 2005.

La investigación consta de dos etapas: 1º implementación de la intervención temprana en forma de talleres participativos con mujeres embarazadas, para facilitar los conocimientos de apropiadas experiencias sensoriales/motoras/vinculares del niño e intensificar la confianza de la madre en sus capacidades maternas. 2º: Evaluación del desarrollo integral hasta los 6 meses del bebé; para evaluar (valorar, medir) el impacto de la intervención con modalidad de talleres. Estos se desarrollan en un nuevo campo de la Terapia Ocupacional, destinado a colaborar en los equipos interdisciplinarios en el área de embarazo. Diseño: cuasi-experimental, de corte longitudinal. Población: mujeres embarazadas que concurren al Curso Psicoprofilaxis del parto y sus bebés desde el nacimiento hasta los 6 meses, en Centro de Salud Pública. Técnicas utilizadas: Entrevista estructurada y semiestructurada, Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de Rodríguez, Arancibia y Undurraga, Observación no participante (Diagrama de Observación del Vínculo madre-bebé de Oiberman), Observación participante y registro de información en los talleres, Recopilación documental (historias clínicas). Hasta la fecha se realizó la 1º etapa, con desarrollo exitoso de los talleres, alta participación, avidez de información de las mujeres, observándose mayor seguridad en las madres, mayor acercamiento y participación en los controles del niño sano. Se

desarrollan las evaluaciones del desarrollo y actualmente se están analizando dichos datos.

Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra.

M.J. Álvarez Gómez, J. Soria Aznar, J. Galbe Sánchez-Ventura, Grupo de Pediatría del Desarrollo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

Madrid, 2009.

La detección precoz de los niños con retrasos/trastornos del desarrollo o con factores de riesgo para dicho desarrollo, es importante en nuestra práctica como pediatras de Atención Primaria. La vigilancia del desarrollo en las visitas de salud programadas, constituye una oportunidad ideal para la identificación precoz de los niños con problemas de desarrollo de cara a realizar una derivación a tiempo para un diagnóstico preciso y para recibir Atención Temprana.

Presentamos un estudio retrospectivo de 472 niños nacidos entre 1996 y 2002, seguidos durante 6 años, en una consulta de Pediatría de Atención Primaria en Navarra.

El 8,68% de los niños de 0-6 años presentaron retrasos/trastornos del desarrollo o tenían factores de riesgo para el mismo. A lo largo del seguimiento el 51,21% de ellos han padecido problemas del desarrollo. Añadiendo en el

seguimiento a 6 años a la población infantil restante, que no parecía necesitar una vigilancia especial, el 11,2% de niños de 0-6 años presentaron problemas del desarrollo o trastornos de aprendizaje.

Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica

Agustina Vericat, Alicia B. Orden.

Chile, 2010.

El médico que trabaja en atención primaria cumple un papel fundamental en la detección de los problemas del desarrollo psicomotor. Actualmente se dispone de una gran cantidad de herramientas útiles para la pesquisa de este tipo de trastornos. En este artículo se presenta una revisión actualizada de algunos de los métodos de evaluación del desarrollo psicomotor más frecuentemente utilizados en América Latina, con especial énfasis en las técnicas de screening. También se presenta un esquema de seguimiento de los pacientes con retraso psicomotor a fin de simplificar el proceso diagnóstico y, por último se plantean algunas dificultades para implementar la vigilancia del desarrollo.

Costo - efectividad del Programa del Control del Niño Sano en el primer nivel de atención.

Martha Villanueva R., Enrique Villarreal R., Emma Vargas D., Liliana Galicia R., Lidia Martínez G.

Chile, 2011.

Objetivo: Determinar la relación costo-efectividad del programa del control del niño sano en el primer nivel de atención. Metodología: Estudio de costo-efectividad de niños. Se definieron dos grupos con y sin dotación de leche. Se midió a los 8, 10 y 12 meses de edad. Se evaluaron 200 niños con el indicador peso para la edad y talla para la edad, la estimación del costo total incluyó el costo unitario y la utilización del servicio en Medicina Familiar, EMI, Medicina Preventiva, Laboratorio, Gabinete y Farmacia. Resultados: Para el indicador talla para la edad la alternativa con mejor relación costo efectividad en las tres mediciones es sin dotación láctea, por \$3,000 invertidos en esta alternativa se obtiene una efectividad del 85.36% (12 meses), 96.67% (10 meses) y 98.05% (8 meses), en tanto la efectividad para el grupo con es de 69.53% (12 meses), 82.46% (10 meses) y 91.60% (8 meses). Conclusión: La mejor relación costo-efectividad del programa del control del niño sano en el primer nivel de atención es sin el otorgamiento de dotación láctea.

Terapia Ocupacional y su papel en Atención Temprana: Revisión sistemática.

Domínguez Jiménez I., Arenillas JI.

España, 2015.

Introducción: En los niños con trastornos en el desarrollo, o en riesgo de padecerlos, será determinante el momento de detección e inicio de la intervención para la evolución. Los servicios de Atención Temprana se encargan de proporcionar estas actuaciones, mediante la atención global dirigida al niño, a la familia y al entorno, a través del abordaje de un equipo multidisciplinar.

Objetivo: El presente trabajo tiene el objetivo de demostrar que la figura del Terapeuta Ocupacional debe formar parte del equipo de profesionales que trabaja con la población pediátrica que requiere Atención Temprana.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura actual de interés mediante la búsqueda en diferentes bases de datos científicas (PsycINFO y PubMed).

Resultados y Discusión: Los resultados presentan información actualizada sobre el abordaje del Terapeuta Ocupacional en Atención Temprana, mostrando la eficacia de sus intervenciones en esta población.

Conclusiones: Como conclusión se muestra la importancia de considerar la Terapia Ocupacional como uno de los pilares fundamentales de dichos equipos de profesionales que componen los servicios de Atención Temprana y la

necesidad de conocer la mejor evidencia disponible en la actualidad para mejorar la calidad de las intervenciones. Por lo que, el desarrollo de la literatura que apoye la Práctica Basada en la Evidencia de la Terapia Ocupacional será imprescindible para el reconocimiento de la profesión.

Cuidando al bebé: Guía para el equipo de Salud.

Ministerio de Salud de la Nación.

Argentina, 2009.

El desarrollo del niño implica un abordaje complejo, en el cual intervienen conocimientos provenientes de diversas disciplinas. Desde esta perspectiva, la preocupación en nuestro país por ampliar los saberes y encarar acciones en favor de la primera infancia se ha profundizado en los últimos cincuenta años, produciéndose importantes avances tendientes a lograr una mirada integral sobre esta cuestión. En la Argentina de hoy, debido –entre otras cosas– a las consecuencias del progresivo deterioro socioeconómico que incrementa la sobrecarga de tareas ya existente en muchos Centros de Salud, las consultas dan respuesta principalmente a la demanda espontánea generada por situaciones de enfermedad. La urgencia –en algunas oportunidades considerada desde un enfoque biológico, individualista y, a veces, despersonalizado– deja escaso margen para la observación del niño y el diálogo con la familia. En los controles periódicos el centro de la atención suele ser la verificación o indicación de inmunizaciones, el control del crecimiento, la información acerca de los cuidados necesarios para evitar accidentes y la

identificación de algunas pautas básicas cuya manifestación se espera dentro de ciertos parámetros establecidos como normales. En consecuencia, las dificultades y dudas de la familia respecto de la crianza y el vínculo con los niños suelen encontrar expresión únicamente en el ámbito doméstico. Quedan, así, fuera de la consulta –tanto en los servicios de salud como en las instituciones infantiles– aspectos del desarrollo que deberían ser considerados como indicadores de situaciones de riesgo. Las limitaciones de movimiento, los problemas para contener afectivamente al niño, para alimentarlo, para ponerle límites, el colecho, etc., sólo son detectados cuando se manifiestan como problemas de conducta o de aprendizaje, como problemas para caminar, para hablar o para relacionarse, como situaciones de maltrato o abuso, entre otros aspectos. Frecuentemente, tanto la ausencia de preguntas como la falta de observación no son sino consecuencias de la escasez de tiempo o del desconocimiento –por parte de los equipos de salud y del personal a cargo en las instituciones– de los factores que desde el nacimiento posibilitan, inhiben u obstaculizan el desarrollo infantil. En consecuencia, se hace preciso ampliar el trabajo de asistencia dentro de los centros de salud y hospitales, incorporando la prevención y promoción del desarrollo del niño como parte de la programación habitual. Esta inserción se irá incrementando sólo en la medida en que los equipos profundicen los conocimientos y extiendan la comprensión acerca de cuáles son los procesos de desarrollo que inciden en la salud integral de los niños. La promoción del desarrollo y la mejora en la calidad de vida de los niños requiere de un trabajo intersectorial. Por ello, la articulación del sector salud con la tarea que se realiza en los establecimientos de cuidado

diario resulta relevante, sobre todo si se considera la necesidad de acompañar a las familias desde una perspectiva integral.

Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica

Agustina Vericat, Alicia B. Orden.

Chile, 2010.

El médico que trabaja en atención primaria cumple un papel fundamental en la detección de los problemas del desarrollo psicomotor. Actualmente se dispone de una gran cantidad de herramientas útiles para la pesquisa de este tipo de trastornos. En este artículo se presenta una revisión actualizada de algunos de los métodos de evaluación del desarrollo psicomotor más frecuentemente utilizados en América Latina, con especial énfasis en las técnicas de screening. También se presenta un esquema de seguimiento de los pacientes con retraso psicomotor a fin de simplificar el proceso diagnóstico y, por último se plantean algunas dificultades para implementar la vigilancia del desarrollo.

¿Qué es el control del niño sano?

Ministerio de Salud Gobierno de Entre Ríos

Argentina, 2011.

Las madres y los padres, desde la primera visita al pediatra, se empiezan a familiarizar con un concepto de salud que escucharán frecuentemente durante los primeros 6 años de vida de sus hijos: el control del niño sano. Desde el

momento del nacimiento del bebé, el sistema de salud promueve la supervisión de salud y desarrollo de manera periódica. Así se pueden detectar eventuales alteraciones para prevenir y tratar a tiempo enfermedades y demás situaciones de riesgo.

“La visita al médico es necesaria no sólo durante la enfermedad de la niña o el niño, sino también mientras están sanos, para poder controlar y prevenir. El Ministerio de Salud de Entre Ríos cuenta con el control del niño sano, una herramienta sanitaria que se realiza de forma gratuita en los consultorios pediátricos hasta que el menor cumple 6 años. La promoción efectiva de la salud depende del adecuado control del niño sano”, destaca el doctor César Etchart, secretario de Gestión Sanitaria.

El pediatra, durante el control, supervisa el crecimiento adecuado de los niños, educa para prevenir enfermedades y fomentar hábitos sanos de higiene y alimentación, además de detectar alteraciones en el desarrollo. En cada visita, se mide el peso y talla del menor, se evalúa el desarrollo psicomotor y se orienta a los padres en múltiples aspectos del crecimiento infantil: necesidades nutricionales, emocionales y la prevención de los accidentes caseros, todo de acuerdo con la edad.

En los primeros 6 meses de vida, cada mes se realiza el control cuidando el riesgo de enfermedad y chequeando cada uno de los puntos que evidencian el desarrollo psicomotor, por caso, la capacidad de desarrollar ciertas tareas definidas de acuerdo a su edad, como levantar la cabeza o sonreír. Un aspecto de importancia es la promoción de la estimulación y el apego entre madre e hijo.

El control del niño sano se realiza en los consultorios de los hospitales y centros de salud. Después de los seis meses, el control se realiza cada dos meses. Hasta los 6 meses es la edad que los pediatras recomiendan la lactancia materna exclusiva. Luego se suman a la alimentación nuevos alimentos y la curva de crecimiento aumenta a un ritmo menor. Es en esta etapa en la que continúa la evaluación del desarrollo psicomotor y se vislumbra el carácter del niño.

Terapia Ocupacional y su papel en Atención Temprana: Revisión sistemática.

Domínguez Jiménez I., Arenillas JI.

España, 2015.

Introducción: En los niños con trastornos en el desarrollo, o en riesgo de padecerlos, será determinante el momento de detección e inicio de la intervención para la evolución. Los servicios de Atención Temprana se encargan de proporcionar estas actuaciones, mediante la atención global dirigida al niño, a la familia y al entorno, a través del abordaje de un equipo multidisciplinar.

Objetivo: El presente trabajo tiene el objetivo de demostrar que la figura del Terapeuta Ocupacional debe formar parte del equipo de profesionales que trabaja con la población pediátrica que requiere Atención Temprana.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura actual de interés mediante la búsqueda en diferentes bases de datos científicas (PsycINFO y PubMed).

Resultados y Discusión: Los resultados presentan información actualizada sobre el abordaje del Terapeuta Ocupacional en Atención Temprana, mostrando la eficacia de sus intervenciones en esta población.

Conclusiones: Como conclusión se muestra la importancia de considerar la Terapia Ocupacional como uno de los pilares fundamentales de dichos equipos de profesionales que componen los servicios de Atención Temprana y la necesidad de conocer la mejor evidencia disponible en la actualidad para mejorar la calidad de las intervenciones. Por lo que, el desarrollo de la literatura que apoye la Práctica Basada en la Evidencia de la Terapia Ocupacional será imprescindible para el reconocimiento de la profesión.

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO

CAPÍTULO I

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD

La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud.

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas como la epidemiología, la medicina, la sociología, la psicología, la comunicación y la pedagogía.

Las conferencias internacionales sobre promoción de la salud y sus documentos resultantes son:

1. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, Canadá, 1986.
2. Conferencia de Adelaida, sur de Australia, 1988.
3. Tercera Conferencia: ambientes de apoyo para la salud - Conferencia de Sundvall Suecia, 1991.
4. Declaración de Jakarta sobre la promoción de la salud en el Siglo XXI, Indonesia, 1997.
5. 51ª Asamblea de Salud, 1998.

Se necesita una combinación de métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

Áreas de Acción:

- ✓ Construir políticas públicas saludables.
- ✓ Crear ambientes que favorezcan la salud.
- ✓ Reforzar la acción comunitaria. La participación activa de la comunidad se puede dar en la definición de prioridades, de programas de acción, la toma de decisiones y la ejecución de los programas de promoción de la salud. Sin esta acción comunitaria, se puede caer en programas asistencialistas, que no son promoción de la salud.
- ✓ Desarrollar habilidades personales. Mediante el aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población, también se puede realizar promoción de la salud. Estas actividades se pueden realizar a través de ciertos canales, como las escuelas, los lugares de trabajo y la familia.

- ✓ Reorientar los servicios de salud. Se debe poner énfasis en la atención médica preventiva y promotora en lugar de la atención médica curativa. Esto se puede ver en los presupuestos, en la distribución del personal y en otros indicadores. Es necesario que los servicios y los sistemas de salud se reorienten hacia atención promotora de la salud y a la atención primaria.
- ✓ Está dirigida a las personas. Es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad; por ejemplo, las campañas antitabaco para prevenir el cáncer de pulmón y otras enfermedades asociadas al tabaco.
- ✓ La protección de la salud se realiza sobre el medio ambiente. Como por ejemplo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria. Las actividades de promoción y protección de la salud que inciden sobre el medio ambiente no las ejecuta el médico ni la enfermera, sino otros profesionales de la salud pública, mientras que la vacunación sí las realiza el médico o la enfermera.
- ✓ Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

La promoción en salud, concebida en la Conferencia Sanitaria Panamericana (1990) como "la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y

productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud física y síquicas de los individuos y las colectividades. Etimológicamente la “promoción”, es la acción de promover y promover es impulsar, subir de nivel, facilitar el acceso, promoción es acción.

1.1) Niveles en Atención de Salud:

La atención en salud se organiza en tres niveles diferentes:

Primer Nivel de Atención

Abarca a quienes brindan atención ambulatoria y se dedican a la prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud.

En este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta –*demanda espontánea de morbilidad percibida*-. Como así también, la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud –*demanda oculta*- que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Para cumplir con calidad con el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población y sus problemas de salud más frecuentes. Se requiere **trabajar en equipo y pensar críticamente sobre el hacer cotidiano**.

Segundo nivel de atención

Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología, etc.

Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación. Cuando derivamos a una persona al segundo nivel hablamos de *referencia* y lo hacemos con el acompañamiento correspondiente, personal o a través de documentación que pueda ser de utilidad.

Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades

Tercer nivel de atención

Comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología.

1.2) Atención Primaria de la Salud:

La atención primaria de la salud definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con

espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...” (Kroeger, A; Luna, R. Atención Primaria de la Salud. Principios y Métodos. OPS. Ed. Pacta. México. 2° Ed. Pág. 9)

La Atención Primaria de la Salud es el nivel sanitario accesible a todas las personas y capaz de solucionar los problemas más frecuentes de una comunidad, priorizando los grupos de riesgo, tales como los primeros 5 años de edad, nivel socioeconómico bajo, tercera edad, etc. Es el nivel de atención que determina la manera de trabajar de los restantes niveles del sistema sanitario, organiza y racionaliza la utilización de los recursos necesarios para la promoción y conservación de la salud.

1.3) Niveles de Prevención en Atención Primaria de la Salud

Uno de los objetivos fundamentales es que el equipo interdisciplinario (medico, enfermeras, Terapista Ocupacional; asistente Social, Psicólogos, etc.) sistema gubernamental y los integrantes de la comunidad, asuman responsabilidades y realicen actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y otras relacionadas con aspectos sociales, económicos y culturales propios de la comunidad.

Prevenir es evitar, intervenir antes de que se desencadene un hecho. Según la fase de desarrollo del proceso salud-enfermedad en el que se aborde, las

acciones que se implementen, pueden ser Prevención Primaria, Prevención Secundaria y Prevención Terciaria.

PREVENCION PRIMARIA: las acciones de prevención Primaria de la Salud están orientadas a la educación promoción y protección de la salud. También a prevenir y detectar problemas y necesidades más importantes de una comunidad.

PREVENCION SECUNDARIA: interviene en el estado incipiente de la enfermedad, mediante tratamiento y diagnostico precoz.

PREVENCION TERCARIA: intervenciones destinadas a la rehabilitación de un individuo para evitar la discapacidad total una vez que las secuelas de enfermedad son irreversibles, y detener el avance de las mismas.

EDUCACION PARA LA SALUD: “es un proceso dinámico, permanente y continuo de enseñanza- aprendizaje, de carácter interdisciplinario, intersectorial y multidireccional, cuya finalidad es la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud y en el desarrollo físico, social y cultural de sus miembros.” (Material del curso de Introducción de Medicina Gral. y Familiar. Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud. Fac. de Ciencias Médicas. Universidad Nacional La Plata. Modulo 2 Pág. 94.)

CAPITULO II

ENFOQUE COMUNITARIO

TERAPIA OCUPACIONAL Y SALUD COMUNITARIA

La Terapista Ocupacional Jeanette Edwards sostiene que la Terapia Ocupacional puede llegar a no sobrevivir si los Terapistas Ocupacionales continúan trabajando principalmente en ambientes institucionales y privados sin conectarse y trabajando con la comunidad no solo para la comunidad. . El cambio hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad ya está establecido. Se necesita reconocer y capitalizar este cambio.

Se puede contribuir en la promoción de la salud ya que considera todos los aspectos de la persona como un todo unificado y esto mismo sostiene el trabajo comunitario. La promoción de la salud considera todas las piezas en cada tema específico y esta profesión puede ser una de esas piezas.

La Terapia Ocupacional puede hacer contribuciones en cinco áreas de la promoción de la salud:

1. Aumentando el acceso a los servicios de salud,
2. . Desarrollando un ambiente saludable,
3. **Fortaleciendo los grupos y recursos comunitarios,**
4. **Promocionando comportamientos saludables e incrementando los conocimientos acerca de la salud.**

Promoción de la salud ha sido definida por la O. M. S. como el proceso de capacitar a las personas a aumentar el control sobre, e incrementar su estado de salud. Es la responsabilidad de los profesionales que trabajan en el marco

de la promoción de la salud proveer las herramientas e información necesarias para promover y facilitar el cambio. La promoción de la salud, es un proceso continuo de desarrollo y cambio que involucra a muchas personas trabajando juntas en un camino de colaboración y construcción.

Requiere que los profesionales escuchen y comprendan que es importante para los individuos y comunidades, y luego faciliten la acción para satisfacer estas necesidades.

El Terapeuta Ocupacional interviene a nivel del individuo y de sus ambientes inmediatos. Además participa en las acciones comunitarias identificando aquellas condiciones que hacen la vida más difícil a cierto grupo de personas y busca soluciones apropiadas. Es tiempo de evaluar e identificar los factores que permiten a los individuos desempeñar una vida diaria saludable, así poder establecer programas que puedan ayudarlos a evitar discapacidades innecesarias.

Se deben iniciar esfuerzos para trabajar con los miembros de la comunidad para integrar servicios que promuevan, protejan y mejoren la salud de la población. Estos esfuerzos requieren que los profesionales trabajen en colaboración entre las distintas profesiones, y con las personas en los ambientes del paciente (por ejemplo: familiares, maestros, empleadores, vecinos y amigos), para asistirlos a obtener las destrezas necesarias y realizar las modificaciones necesarias para romper las barreras que crean una desventaja social. Esto requiere que los Terapeutas Ocupacionales se replanteen sus intervenciones, desde el marco conceptual biomédico a un

marco social médico comunitario, asumiendo un rol activo en la construcción de comunidades saludables (Baum & Law, 1997).

Si los Terapeutas Ocupacionales aceptan este nuevo desafío, podrán ampliar su campo de acción. Para ello deben ampliar sus conocimientos y su visión sobre los determinantes de la salud tales como las condiciones ambientales, socioeconómicas, los comportamientos, los sistemas de salud, los recursos comunitarios y deben ser capaces de trabajar con otros en la comunidad para integrar el abanico de servicios que promueven, protegen y mejoran la salud, realizando aportes en la concepción de la ocupación como agente promotor de estilos de vida saludables. (Pellegrini 2004)

CAPITULO III

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

TRABAJO EN EQUIPO

En 1970 el Royal Collage of General Practitioners al hacer una valoración del estado actual de las necesidades de la medicina general aparece el concepto de atención medica generalizada integral comunitaria orientada a la familia, la cual exige un enfoque multidisciplinario el cual exige comunicación y cooperación entre varios profesionales dentro de un marco de trabajo que permita centrar la atención sobre las necesidades de salud del paciente.

En 1973 la OMS define el equipo de salud como una asociación no jerarquizada de personas con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familia la atención más integral de salud posible.

De Larevilla basándose en la definición de Pritchard sugiere el equipo de salud como un grupo de profesionales sanitarios y no sanitarios que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan.

En el enfoque MULTIDISCIPLINARIO cada disciplina individual se dedica a su área de especialidad sin que haya necesariamente coordinación de esfuerzo con otras disciplinas. El trabajo puede ser realizado por individuos de distintas disciplinas, trabajando en forma separada accediendo solo a una derivación o interconsulta.

El enfoque INTERDISCIPLINARIO es la consecuencia de la demanda social, confrontada con problemas de complejidad creciente y la evolución interna de

las ciencias. Se define como dicho de un estudio o de otra actividad que se realiza con la cooperación de varias disciplinas. Supone además de la oportunidad de trabajar juntos, el compromiso y el respeto por el trabajo del otro.

Se define al equipo como un grupo de gente que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo define el equipo operativo como un grupo pequeño cuyos miembros colaboran entre sí y están en contacto y comprometidos en una acción coordinada, respondiendo re como modelo organizacional que es, el equipo puede ser considerado como un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades, y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común.

Bajo esta perspectiva, en un equipo deben cumplirse los principios básicos de la teoría organizacional, a saber:

- Debido a que cada miembro del equipo posee diferentes habilidades, no deberá haber duplicidad de funciones.
- Un miembro no puede reemplazar a otro, por lo que se espera que cada uno desempeñe el papel que le corresponda.
- La necesidad de coordinación requiere la existencia de canales adecuados de comunicación que favorezca el trabajo conjunto y eficiente.
- Como cada miembro debe contribuir con sus conocimientos específicos, es de suponer que asumirá también su responsabilidad y dirigirá de

acuerdo sobre los objetivos comunes y acepten, como grupo, la responsabilidad de alcanzar dichos objetivos.

- La eficiencia total del equipo debe ser mayor que de la suma de sus componentes.
- Finalmente, el equipo de trabajo no es una meta en sí misma en la cual cada uno contribuye con su un propósito común.

Bajo esta perspectiva, en un equipo deben cumplirse los principios básicos de la teoría organizacional, a saber:

- ✓ Debido a que cada miembro del equipo posee diferentes habilidades, no deberá haber duplicidad de funciones.
- ✓ Un miembro no puede reemplazar a otro, por lo que se espera que cada uno desempeñe el papel que le corresponda.
- ✓ La necesidad de coordinación requiere la existencia de canales adecuados de comunicación que favorezca el trabajo conjunto y eficiente.
- ✓ Como cada miembro debe contribuir con sus conocimientos específicos, es de suponer que asumirá también su responsabilidad y dirigirá los aspectos propios de su área.
- ✓ Es esencial que todos los miembros se pongan de acuerdo sobre los objetivos comunes y acepten, como grupo alcanzar dichos objetivos.
- ✓ La eficiencia total del equipo debe ser mayor que de la suma de sus componentes.

- ✓ Finalmente, el equipo de trabajo no es una meta en sí mismo, sino el medio para lograr los objetivos.

Hemos pasado, por tanto, del concepto de equipo a describir aquellas condiciones que deben darse para que el trabajo que realiza un grupo de personas sea verdaderamente un trabajo de equipo, cabe añadir que no exista un funcionamiento jerárquico del equipo, debe darse la ausencia de un dominio profesional específico. Ello implica el reconocimiento en un nivel de igualdad de la competencia técnica de todos los miembros del equipo y que las actuaciones de cada uno de ellos vengan determinadas por aquéllas y no por órdenes emitidas por otro, para que un equipo o grupo sea eficiente, los miembros del mismo deben contar con un ambiente de apoyo, claridad de funciones, metas superiores y un adecuado liderazgo, ambiente propicio basado en un clima de organización, confianza y compatibilidad que sus miembros han tenido la oportunidad de conocer y comprender los roles o funciones de aquellos con los que están trabajando.

La existencia de metas superiores ayudará a mantener a los equipos de trabajo más concentrados, a unificar los esfuerzos y favorecer la cohesión del grupo, los miembros de un equipo requieren de un tiempo para conocerse, pero después suele ser habitual que se cierren las nuevas formas de analizar problemas conforme se va aislando de su ambiente. Para prevenir este estancamiento, puede ser conveniente la entrada de nuevos miembros, así como una cuidadosa conjunción de liderazgo con el nuevo ambiente creado. debe darse la ausencia de un dominio profesional específico. Ello implica el reconocimiento en un nivel de igualdad de la competencia técnica de todos los

miembros del equipo y que las actuaciones de cada uno de ellos vengan determinadas por aquéllas y no por órdenes emitidas por otro, para que un equipo o grupo sea eficiente, los miembros del mismo deben contar con un ambiente de apoyo, claridad de funciones, metas superiores y un adecuado liderazgo, ambiente propicio

CAPITULO IV

MADURACION, CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CONCEPTOS DE MADURACION, CRECIMIENTO Y

DESARROLLO INFANTIL

El desarrollo es un proceso y como tal implica la evolución de las condiciones orgánicas y funcionales de los individuos.

El aumento del número y tamaño de los componentes se denomina crecimiento y la tendencia a una mayor diferenciación de las estructuras y de sus funciones se lo llama maduración. Por tanto el desarrollo es el resultado de los procesos de crecimiento y maduración y se expresa en la capacidad del individuo para adquirir mayor estabilidad interna con relación a los cambios del medio, reflejados en su contexto.

A partir de las estructuras genéticas que aporta el organismo, se desencadenan regulaciones a través de los procesos de asimilación y acomodación que median los intercambios con el medio, favoreciendo con ello la organización interna. El niño, al asimilar y acomodarse a los cambios constantes del entorno y ante sus presiones, va adquiriendo un equilibrio en constante modificación y de complejidad creciente, expresando los procesos adaptativos que permiten la evolución.

Pasa de elementos reducidos, estereotipados y poco flexibles (funcionamiento reflejo) a comportamientos amplios, directivos y organizados, llamados esquemas de acción. Estos esquemas simples al coordinarse entre sí desembocan en una gama de conductas que llevan al niño a poder elaborar, entre muchas otras acciones, la representación de imágenes mentales,

esquemas de conservación de objetos, uso de medios para alcanzar fines, etc., hasta realizar funciones simbólicas como el lenguaje y el pensamiento abstracto.

El estudio del desarrollo en el niño se ha realizado con frecuencia a través de una visión unidisciplinaria. La complejidad del mismo ahora exige vislumbrarlo en un contexto multidisciplinaria.

Los factores que inciden en el crecimiento y desarrollo de los infantes pueden considerarse como elementos de riesgo o, al contrario, como promotores del desarrollo de acuerdo con circunstancias particulares. Los factores capaces de modular el crecimiento infantil incluyen las condiciones del ambiente, los hábitos de crianza, la disponibilidad de tiempo para el maternaje, la cantidad y calidad de los recursos económicos disponibles, los cambios culturales y de valores, entre los que se encuentran los conceptos de salud y enfermedad y desarrollo de los niños, las normas culturales y la modificación en los tipos y componentes actuales de la familia.

El desarrollo neuromotor del recién nacido hasta la edad adulta depende de la maduración del sistema nervioso Central. Durante el primer año de vida cursan simultáneamente 3 de las 4 fases principales del desarrollo cerebral. Este desarrollo es cuantitativamente acelerado ya que entre el nacimiento y el final del primer año de vida, la masa encefálica aumenta así como la formación de posibles contactos dependientes de estímulos del medio ambiente, lo cual no es sino otra forma de expresar la constitución de la sinapsis.

4.1) LA IMPORTANCIA DE VIGILAR EL DESARROLLO

INFANTIL

El desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la vida intrauterina, y envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida.

Siendo el desarrollo del niño el resultado de una interacción entre las características biológicas y las experiencias ofrecidas por el medio ambiente, factores adversos en estas dos áreas pueden alterar el ritmo normal. A la probabilidad de que esto ocurra se la denomina *“riesgo para el desarrollo”*. La mayoría de los estudios clasifican los riesgos de ocurrencia de problemas en el desarrollo del niño como riesgos biológicos y riesgos ambientales. Los riesgos biológicos son eventos pre, peri y posnatales, que resultan en daños biológicos y que pueden aumentar la probabilidad de daño en el desarrollo. Algunos autores separan de los riesgos biológicos aquellos ya establecidos, refiriéndose a desórdenes médicos definidos, especialmente los de origen genético. Como ejemplo de riesgos establecidos estarían los errores innatos del metabolismo, las malformaciones congénitas, el síndrome de Down y otros síndromes genéticos. Entre los riesgos biológicos estarían la prematurez, la hipoxia cerebral grave, el kernícterus, la meningitis, la encefalitis, etc. Las experiencias adversas de la vida ligadas a la familia, al medio ambiente y a la sociedad, son consideradas como riesgos ambientales. Entre éstos estarían las condiciones

precarias de salud, la falta de recursos sociales y educativos, el estrés familiar y las prácticas inadecuadas de cuidado y educación, entre otros.

El desarrollo, a diferencia del crecimiento, puede ser difícil de medir o evaluar. Su definición como proceso de cambios mediante el cual el niño alcanza mayor complejidad en sus movimientos, pensamientos, emociones y relaciones con los otros, expresa esta dificultad. A pesar de esto, sí es posible establecer ciertos patrones o áreas de desarrollo para evaluar. Lo importante es que el desarrollo de un niño es multidimensional e integral, y sucede de manera continua gracias a patrones únicos y a la interacción con los otros. Para que el niño logre todo su potencial de desarrollo es necesario estar atento a su evolución normal y a los factores que puedan intervenir en esta evolución. Por lo tanto, es necesario el seguimiento no solo de los familiares, sino también de los profesionales que pueden ayudar en la identificación de las alteraciones, refiriéndolas lo antes posible para su tratamiento.

A pesar de existir un consenso entre los profesionales sobre la importancia del seguimiento del desarrollo del niño, la forma de hacerlo está aún bajo controversia. Existen varias propuestas y modelos para el seguimiento del desarrollo:

- Screenings de desarrollo: proceso de control metodológico del desarrollo en niños aparentemente normales —con el objetivo de identificar a aquellos con alto riesgo de sufrir alteraciones de desarrollo— utilizando pruebas o escalas, exámenes y otros procedimientos.
- Vigilancia del desarrollo: comprende todas las actividades relacionadas con la promoción del desarrollo normal y la detección de problemas de desarrollo en

la atención primaria de salud, siendo un proceso continuo y flexible, que entrega información a los profesionales de salud, a los padres y a otros.

- Evaluación del desarrollo: investigación más detallada de los niños con sospecha de ser portadores de problemas de desarrollo. Generalmente es multidisciplinaria y basada en un diagnóstico.
- Monitoreo o acompañamiento del desarrollo: es el procedimiento de asistir en forma cercana el desarrollo del niño, sin que esto signifique la aplicación de una técnica o proceso específico. Puede ser periódico o continuo, sistemático o informal, e involucrar o no un proceso de screening, vigilancia o evaluación.

Dependiendo de la finalidad, todos estos procedimientos tienen su espacio en el estudio del desarrollo infantil. Cuando el objetivo es identificar a los niños con mayor o menor riesgo de tener problemas de desarrollo, las pruebas de screening son la mejor opción; para hacer un seguimiento individual del niño lo más efectivo es la vigilancia del desarrollo; y en los casos en que hay una necesidad diagnóstica, se hace indispensable la evaluación del desarrollo. Muchas veces un procedimiento estará relacionado con otro, permitiendo un mejor resultado. Es posible que en la vigilancia del desarrollo sea necesario el uso de alguna escala para servir de guía.

El conocimiento en profundidad del desarrollo normal del niño es fundamental para poder realizar una correcta valoración. Ya desde edades tempranas, signos de ausencia o desviación de los hitos del desarrollo normal pueden ser los primeros indicios de una patología grave, por lo que un buen conocimiento por parte del clínico del desarrollo evolutivo normal, así como de sus variantes y desviaciones, será crucial para la detección precoz de patologías.

Aunque existen numerosos protocolos al respecto, la mayoría se centran en aspectos instrumentales del niño, dejando lagunas importantes en aspectos emocionales, afectivos y relacionales, de relevancia máxima en estos primeros años de vida. De este modo, manejando los protocolos habituales de atención primaria es fácil que pasen desapercibidos algunos signos de patologías en el niño o en su medio que, abordados de forma precoz y adecuada, minimizarían dificultades a largo plazo.

Es importante señalar que la progresiva adquisición de funciones normales no se logra según un esquema rígido y estereotipado, ni con el mismo *tempo* para todas las funciones. Esta amplia variabilidad tanto intraindividual como interindividual es una característica fundamental del desarrollo normal que dificulta establecer una línea clara entre lo normal y lo patológico. Debido a estos límites imprecisos se debe recalcar que las edades que marcan los protocolos son promedios que deben servir únicamente de referencia (aquellos aspectos que se alejen de estos promedios establecidos es más probable que sean anormales). Otra cuestión a tener en cuenta son los signos que deben alertar al clínico de la existencia de una posible patología. Se ha considerado útil diferenciar entre los “signos de riesgo”, que incluirían aquellos donde sería conveniente un seguimiento estrecho del niño por parte del pediatra pero que no precisarían de entrada una intervención y los “signos de alarma”, que serían aquellos que requerirían una derivación más o menos inmediata para valoración/intervención especializada.

En líneas generales, se ha considerado que fechas de adquisición que disten mucho de los promedios establecidos, la coexistencia de varios signos de

riesgo, y la persistencia en el tiempo de los mismos, serían criterios que marcarían el límite entre riesgo y alarma.

4.1.1. Escalas recomendadas para *Screening* y Evaluación

1.- Test de desarrollo de Gessell: desde 4 semanas a 5 años. Explora conducta motora, adaptativa, lenguaje, personal y social. Mide edad y cociente de desarrollo en cada área y global.

2.- Escala de Brunet-Lezine: de 1 a 30 meses. Cuatro sectores del desarrollo: motor-postural, coordinación óculo-motriz, verbal y social. Cociente de desarrollo para cada una de estas áreas (información sobre el ritmo de desarrollo de ese niño en relación con los de su misma edad).

3.- Escala de desarrollo de Bailey: de 2 a 30 meses. Escala mental que proporciona un índice de desarrollo mental del niño y una escala motriz que proporciona un índice de desarrollo psicomotor.

4.- Inventario de desarrollo Battelle: de 0 a 8 años. Explora conducta motora, adaptativa, comunicación, personal y social y cognitiva.

5.- Escalas McCarthy: de 2½ a 8½ años. Índice cognoscitivo general (equivalente a CI).

Revisado

PRJ NARE

CFT Q.R.M.S.

4.2) ASPECTOS DEL DESARROLLO

4.2.1. HITOS DEL DESARROLLO DE 0 A 24 MESES:

El desarrollo sigue un sentido céfalo-caudal, próximo-distal y de los movimientos gruesos a los finos. Se rige y depende de la maduración nerviosa, la genética, el cuidado del adulto y las experiencias que este tenga con el ambiente. Todos los sistemas sensoriales están involucrados en el desarrollo motor.

Cada movimiento del niño involucra descargas de peso las que son a su vez un estímulo para las reacciones de equilibrio y las de enderezamiento.

Neonato: hay un dominio de la flexión fisiológica, en prono a pesar de esta flexión puede levantar la cabeza y rotarla, en supino no puede mantener la cabeza en línea media porque los flexores de cuello aun no están activos. Si lo paramos aparece el reflejo de marcha automática que desaparecerá a 4-6 semana.

Primer mes: se reduce la flexión fisiológica, en prono va mejorado la elevación de cabeza por el mayor control de los músculos extensores de cabeza/cuello y la disminución de flexión de cadera. En supino hay activación de los músculos extensores pero todavía no antigravitacional.

Dos meses: hipotonía, disminución de la flexión, aumento de la extensión y asimetría.

Tres meses: comienzo de la simetría y control bilateral de los músculos del cuello. Hay control flexor antigravitacional más evidente en cuello y tronco superior, la cabeza es menos rotada hacia el lado y el RTCA menos estimulado. Aparece la orientación a línea media de la cabeza, los ojos y las manos.

Cuatro meses: hay aumento del control bilateral de músculos flexores y extensores de cuello el cual el bebe utiliza y el control cefálico mejora notablemente. En prono el bebe refuerza la extensión que es contrabalanceada con igual fuerza flexora antigravitacional. Ahora la cabeza y el pecho se elevan y mantiene en línea media. En supino mantiene la cabeza en línea media y puede llevar los miembros superiores al pecho.

Cinco meses: descarga peso con brazos extendidos en prono, continua ejercitando la extensión total, los extensores de columna son más poderosos, puede transferir peso en los miembros superiores y realizar alcances en prono. A nivel de cadera el control extensor es aun débil por lo que cae hacia adelante apoyándose en sus miembros superiores "trípode"

Seis meses: extiende y flexiona lateralmente su cabeza contra la gravedad, los movimientos laterales de columna son más discernibles y la reacción de enderezamiento de cuerpo sobre cuerpo dominante. En sedente su espalda esta derecha utiliza el control extensor de columna que aun está desarrollándose, la pelvis se estabiliza por el control extensor. Los miembros superiores están libres para manipular objetos.

Siete meses: en los primeros seis meses el control de tronco se fue desarrollando en sedestación y las extremidades inferiores usadas para lograr

estabilidad en esta posición, ya a los siete meses el control de tronco es suficiente por lo que las extremidades inferiores pueden desarrollar sus componentes para la estabilidad posicional. En prono puede pivotear arrastrarse sobre su abdomen y comienza a empujarse para adquirir la cuadrupedia, desde esta posición puede elevarse. En sedente puede rotar su tronco y alcanzar objetos que están más lejos.

Ocho meses: aparece el gateo como medio de locomoción. Pasa del sedente a la cuadrupedia y desde aquí puede adquirir el arrodillado y así llegar a la posición de pie apoyado sobre los miembros superiores la base de sustentación es amplia se apoya sobre sus miembros inferiores una vez de pie y puede liberar un mano para alcanzar objetos, lo que aun no logra es descender desde esta posición por lo tanto cae.

Nueve meses: la posición sedente es la más funcional ahora para el bebe puede desde aquí jugar con nuevas posiciones de sus piernas, puede pasar de sedente a cuadrupedia mas rápidamente sin caer.

Diez meses: sigue utilizando el arrodillado y trepado las cuales mejoran con el control a nivel de pelvis y cadera. Ya en la bipedestación puede rotar su tronco su la pierna que soporta peso, camina alrededor de los muebles, puede ya descender de la posición de pie al sedente por el control de la musculatura de los MMII. Sostenido de sus MMSS da pasos bien amplios.

Once meses: su sedente varia, pasa de sedente a cuadrupedia y gateo o se arrodilla y desde aquí al parado. Ya puede pararse utilizando sus MMII más que sus MMSS, el control lo obtiene de caderas y piernas, se asegura con una

amplia base de sustentación. Si se lo sostiene de las manos da pasos y puede rotar más la pelvis.

Doce meses: se eleva a la bipedestación ahora si utilizando solo sus piernas, ya sus brazos pueden colgar a los costados no utiliza la guardia alta, y hasta puede balancearlos siempre y cuando su tronco este dinámicamente estable. Sus movimientos son rápidos porque aun no posee el equilibrio suficiente.

18 a 24 meses: desde lo social colabora en tareas simples. Se limpia torpemente la nariz, ayuda a vestirse elevando los brazos, etc. Demuestra gran interés por los muñecos. Comienza a comunicar sus deseos de evacuar. Aparecen los juegos de imitación: barrer, dar, lavar, entre otras.

El juego que predomina es el de imitación doméstica. El niño toma el modelo de los adultos que lo rodean y los muñecos lo representan a él. Las horas de sueño durante la tarde deben ser pocas. El niño debe aprovechar estas horas para pasear, explorar, extender su ambiente y comenzar a compartir su tiempo con otros niños donde adquiere y perfecciona habilidades y conoce nuevas dimensiones de la vida social. Tanto en esta etapa como en la siguiente, el niño comienza su integración social al ámbito del grupo familiar y del hogar.

En cuanto al lenguaje nombra dos miembros de la familia sin ser mamá o papá. Comprende órdenes simples: "da la taza". Nombra 4 ó 5 objetos: pelota, nena, etc. Dice al menos 6 palabras. Comienza a usar verbos. Construye frases de 2 a 3 palabras. Conoce al menos 2 partes del cuerpo. Abandona la jerga. El niño comienza a hacerse entender por medio de un lenguaje global, "palabra-frase".

En el área de la coordinación puede garabatear espontáneamente. Introduce objetos dentro de otros. Toma hasta tres objetos a la vez. Maneja objetos pequeños. Los saca e introduce dentro de frascos o botellas. Hojea libros pasando de dos o tres hojas.

A través de estas acciones se pone en funcionamiento la actividad simbólica y la capacidad de representar una cosa por otra. La fantasía comienza a aparecer en el juego. Le gusta trasladar los objetos de un lado a otro y le agrada poner las cosas en su sitio. Descubre así que las cosas tienen lugares y que él también tiene el suyo.

Desde lo motor el pequeño camina solo. Da pasos hacia atrás y de costado. Pasa de la posición agachada a la de pie con cierta seguridad. Sube escaleras gateando. A los 24 meses ya camina bien en ambas direcciones. Se para por instantes en un solo pie. Sube escaleras gateando o con ayuda.

El niño de esta edad, más que caminar, corre, dando la sensación de escasa estabilidad que preocupa a los padres. Ello es normal a esta edad. El niño corre adelantando su punto de gravedad, aumentando su base de sustentación, para lograr estabilidad y no caer. (Cusminsky, Lejarraga, Mercer, Martell, Fescina, 1993).

4.2.2. ASPECTO PSICO-EMOCIONAL DEL DESARROLLO:

ORGANIZADORES PSÍQUICOS

Organizador desde la embriología tiene que ver con un punto de entrecruzamiento de líneas madurativas y de desarrollo que dan como resultado un salto cualitativo en el proceso de desarrollo u organización mental.

Spitz a través del trabajo mediante la observación directa de varios niños lactantes hasta el año de vida y motivado por la importancia de las relaciones afectivas entre el recién nacido y la persona que lo cuida, parte de una premisa que no hay un aparato psíquico antes del nacimiento. Para él en esta diada (madre-hijo) estaría la génesis de las primeras experiencias afectivas para el desarrollo del niño.

Plantea 3 estadios psíquicos: *estadio pre objetal* desde el nacimiento hasta los 2-3 meses no hay objeto de la libido, lo único que encontramos son reflejos innatos arcaicos. Lo que tendría el recién nacido en este momento es la capacidad de recibir estímulos a través de los órganos de los sentidos. A los 3 meses aproximadamente ya el niño empieza a responder a estímulos que provienen del mundo exterior y comienza un fenómeno que es que el niño sigue con la mirada ese ser objeto que se le acerca.

El primer estímulo externo va a ser el rostro humano que es el que con más frecuencia se le acerca cada vez que tiene que satisfacer alguna necesidad; es la primer señal, la primer relación y además la primer impresión en la memoria, esa primer respuesta a ese rostro que se aproxima es la **sonrisa social** primer

organizador psíquico, pasa del estadio pre objetal al *objeto precursor* ya que es precursor del objeto propiamente dicho, todavía no incorporó la representación mental de la madre como un todo lo que percibe y a lo que responde es a los atributos parciales del objeto. Esto presupone dentro de la mente/psiquismo del niño 2 indicios por un lado puede reconocer el rostro humano hay una inscripción de cierta memoria y por otro lado hay una primera iniciación de pensamiento como resultado de lo anterior.

Hay un Yo rudimentario que se está organizando regido por el principio de realidad ya el niño tiene la capacidad de pensar una acción intencional y dirigida (sonrisa social).

El estadio del objeto precursor coincide con la aparición del segundo organizador **angustia del octavo mes** a partir de aquí el niño entra en el estadio del *objeto propiamente dicho* objeto de la libido ahora sí objeto total, el primer objeto en el cual se produce la investidura de carga amorosa. Ahora distingue lo familiar de lo desconocido, ya no responde con una sonrisa social a todos. A esta angustia la ubica entre los 6 y 8 meses.

Habla también de la presencia de un tercer organizador: el “**No**”. La inclusión semántica del “no” lo ubica aproximadamente a los 18 meses donde aparece la deambulación el niño se mueve por sus propios medios y esta deambulación instala las primeras prohibiciones.

4.2.3. DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE

“Durante la vida intrauterina el feto se sensibiliza a cierto número de elementos rítmicos provenientes del cuerpo materno, percibidos en lo auditivo como en lo cenestésico, el latido del corazón, el ritmo del balanceo unido a la marcha, el ritmo de la voz, entre otros. El advenimiento del lenguaje pasa necesariamente por la integración de esas estructuras rítmicas, que H. Wallon denominó “diálogo tónico”. En los primeros momentos de vida extrauterina, en el periodo en el que el niño ha perdido su respaldo-continente, encontrar percepciones sonoras ya experimentadas le brinda al niño la posibilidad de aferrarse en este estado de no integración del recién nacido. Las primeras producciones vocales son gritos manifestaciones de incomodidad, que no tienen valor intencional al principio, pero lo adquieren a medida que los gritos van seguidos de una intervención materna que le da significación. Se convierten en señales de llamada o lloro amañado según el decir de P.H. Wolf. Desde este periodo comienza la interacción vocal con valor de comunicación donde los elementos prosódicos del lenguaje (entonación, intensidad, ritmo) tienen el papel principal.

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

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

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

Hacia el segundo mes de vida el niño gira para ver de dónde y de quien viene la voz del que habla, “el niño responde”. Hacia los tres meses se pueden distinguir los “enfados”, al adquirir modulación de resonancia y control de fonación. Hacia los tres o cuatro meses aparece el lambdacismo, lalación o balbuceo, que se distingue por la fonación lúdica; el niño aprenderá a repetir ruidos.

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

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

El lenguaje se adquiere en una situación de vínculo y de comunicación; mas allá de las estructuras biológicas necesarias para la adquisición del lenguaje y el niño necesita de un medio ambiente que lo acompañe y facilite este proceso de aprendizaje.” (Arellano, Celesia, 2002; p. 30-32)

4.2.4. EL DESARROLLO EN RELACIÓN A LA CRIANZA DEL NIÑO Y SU ORGANIZACIÓN EN EL HOGAR

ESTABLECIMIENTO DE HÁBITOS: Un hábito es un modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes. Facilidad que se adquiere por larga y constante práctica en un mismo ejercicio.

Los hábitos son constantes permiten establecer un marco de actuación y relación con los demás. Deben ser flexibles poder adaptarse a las distintas situaciones y variar de acuerdo a las características del entorno.

Se adquieren a través de rutinas, estas son las actividades que el pequeño realiza de la misma forma y en el mismo orden, son conductas programadas basadas en secuencias fijas.

Para el niño son muy importantes ya que le proporcionan seguridad, y favorecen su autonomía, le proporcionan un marco estable y seguro de actuación.

Durante los primeros años de vida, es el adulto el encargado de satisfacer todas las necesidades del niño y el que decide cuándo y qué puede o no hacer el niño.

La adquisición de hábitos necesarios para la vida diaria, no se puede entender como un proceso independiente del desarrollo físico, funcional y psicológico del niño. Es a partir de él, cuando el niño va a tener una predisposición hacia el aprendizaje y el momento idóneo para que padres y educadores emprendan la tarea de inculcar los hábitos. Los 3 primeros años de vida son fundamentales para la formación de la personalidad y el aprendizaje de conductas básicas.

SUEÑO SEGURO: El sueño supone una ruptura con el mundo exterior. En la actividad somática existen dos cambios fisiológicos que son signos premonitorios de que un organismo va a dormirse: los músculos que sostiene el cuerpo se relajan y el organismo tiende a caerse, y se presenta una marcada tendencia a que los ojos se cierren.

Estos cambios representan la eliminación de la mayor parte de los impulsos aferentes (estímulos provenientes del exterior), que tienden a mantener el organismo despierto. Una vez dormido, el organismo permanece relativamente quieto, pero, de todas formas, se mantiene una importante actividad somática

Sueño fetal: durante el periodo de la vida en que el niño está en el útero materno presenta momentos de sueño que no tienen relación con los ritmos circadianos de día y noche, por ausencia del estímulo de la luz. ***Sueño del recién nacido hasta los 3 meses:*** los periodos de actividad y descanso no se

consolidan hasta después del 1 o 2 mes de vida. Duermen el 70% de las horas del día. La mayor actividad del bebe consiste en despertarse solo para comer o porque está molesto por alguna situación incómoda. **Desde los 3 a los 6 meses:** al final del tercer trimestre de vida, el lactante habrá logrado un periodo de sueño nocturno de 5 o 6 horas que solo se interrumpe para alimentarse. Normalmente duerme 15 horas diarias. **Desde los 6 meses al año de vida:** a los seis meses el niño ya distingue bien el día y la noche. Generalmente duerme entre 8 y 10 horas nocturnas, periodos interrumpidos para que el bebe se alimente. Al año de vida el niño ya es capaz de dormirse entre 10 y 12 horas corridas, con ciclos nocturnos de duración semejantes a los del adulto. **Desde el año de vida a los 3 años:** a diferencia del primer año de vida los cambios son más graduales. Se consolida el sueño nocturno, que dura entre 10 y 12 horas, mientras el sueño diurno consta de una siesta a primera hora de la tarde después del almuerzo, habito que se mantiene hasta los 3 años.

BEBES SEGUROS: la muerte inesperada del lactante como se decidió llamarla es la primera causa de muerte de lactantes. A continuación se detallan las medidas preventivas para un sueño seguro:

1. Dormir boca arriba (decúbito supino) ya que no predispone la aspiración del vomito. La posición boca bajo favorece la inhalación de dióxido de carbono, el sobrecalentamiento corporal y dificulta la liberación de las vías aéreas.
2. Compartir la habitación pero no la cama el bebe debe dormir en la misma habitación que su madre hasta los 6 meses pero no compartir la

cama (colecto). El dormir con los padres o hermanitos aumenta el riesgo de que pase boca abajo, de asfixia, de aplastamiento, incluso el colecto se vuelve más peligroso cuando algunos de los padres fuma, bebe alcohol, o consume droga. En su construcción psíquica y emocional tampoco favorece al bebe.

3. La cuna debe tener un colchón firme, que no deje espacio entre el mismo y la cuna, los barrotes no permitir que la cabeza del pequeño pueda pasar; no colocar frazadas o colchas gruesas si la cabeza queda tapada se puede asfixiar lo mejor es abrigar al bebe con la ropa que le ponemos; no chichonera no se va a necesitar si la distancia entre los barrotes es menos a 6,5cm; no colocarle almohada, ni peluches ni juguetes; al taparlo dejar los brazos afuera.
4. Temperatura moderada en el ambiente
5. No al tabaco pre natal y postnatal, si la madre fumo durante el embarazo hay más riesgo de infección respiratoria grave.
6. Uso del chupete hay evidencia de que sería protector, porque favorece un sueño superficial y dificulta el pasaje a boca bajo del bebe
7. Lactancia materna clave en la protección ya que aumenta el estado de alerta e impide un sueño muy profundo
8. Vacunas al día demostrado que protegen ante la muerte inesperada del lactante.

Unicef también advierte sobre el peligro del colecto y recomienda que los profesionales den un mensaje claro a los papas y la comunidad sobre el peligro

que esto puede generar, como la asfixia del pequeño, recomendar a los padres que su bebe duerma en una cama o cuna al lado de la de sus padres

UTILIZACION DEL ANDADOR: El andador es un dispositivo que fue creado para los niños con discapacidad que tiene dificultad para adquirir la marcha.

Es un elemento externo que ocasiona accidentes de gravedad en los niños, y varias investigaciones a nivel mundial han demostrado que enlentece la adquisición de los hitos del desarrollo (sentado, gateo, marcha.) se comprobó también que el retraso no era solo sensorio motor sino también cognitivo

La adquisición de los hitos del desarrollo como girar, reptar, gatear, sentarse, arrodillarse, ponerse de pie, caminar, etc. son comunes a todos los niños y se activan cuando el niño asume una participación activa en dichas actividades, estando en el suelo, con ropa cómoda que le permita moverse y cuando hay un adulto que favorece estas cuestiones. Además debemos tener en cuenta que hay una fuerza física la Fuerza de Gravedad la que el cuerpo debe vencer para lograr la poción de pie lo que comprende un proceso complejo.

Los hitos del desarrollo en su recorrido tienen una coherencia entre los planos de movimiento y la madurez de los componentes del movimiento. El niño pasa de adquirir movimientos en planos bajos como rolar, arrastrarse, a planos medios con el sentado, el gateo hasta llegar al plano vertical cuando se pone de pie. Esto lo logra activando distintos grupos musculares y preparando las articulaciones. Cuando colocamos al niño antes de tiempo en posturas que aun no ha adquirido de manera independiente y sometemos las estructuras

musculo esqueléticas a cargas para las cuales no están todavía preparadas, se desorganiza el sistema porque no cuenta con los componentes necesario y estamos privando a ese pequeño de la exploración que corresponde a esta etapa.

El empleo de un corral o de un espacio libre y sin obstáculos en el piso, siempre bajo la vigilancia directa de un adulto y medidas de protección como impedir el acceso a escaleras, sustancias toxicas, objetos pequeños o contundentes y arranques eléctricos, entre otros, pueden ser excelentes opciones.

CAPITULO V

CONTROL DEL NIÑO SANO

CONTROL DEL NIÑO SANO

La Sociedad Argentina de Pediatría, en las “Guías para la supervisión de la salud de niños” (2002), define el Control del Niño Sano como “un proceso longitudinal que se funda en una atención médica que considera a la familia y a su entorno” y dice que el médico está formado para diagnosticar la patología y debe hacer un cambio trascendente en el enfoque con el fin de cuidar la salud, buscar estrategias que intenten incrementarla y prevenir su pérdida. Por otro lado “el estado de salud requiere de múltiples factores que no sólo incluyen aspectos médicos sino también familiares, educativos, comunitarios y sociales”. (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005)

La niñez es una época de crecimiento y cambios rápidos. Los niños tienen controles pediátricos de niños sanos con mayor frecuencia cuando son más jóvenes. Esto se debe a que el desarrollo es más rápido durante estos años.

Cada control pediátrico incluye un examen físico completo. En este examen, el médico verifica el crecimiento y desarrollo del bebé o del niño pequeño con el fin de encontrar o prevenir problemas.

El proveedor de atención médica registrará el peso, la estatura y otra información importante del niño. Asimismo, la audición, la visión y otros exámenes serán parte de algunas consultas o controles.

Durante las consultas o controles del niño sano, los padres reciben información sobre temas como:

- Sueño
- Seguridad
- Enfermedades infantiles
- Qué esperar a medida que el niño crece

El proveedor de atención médica pondrá atención especial a cómo está creciendo el niño en comparación con las pautas del desarrollo normal. La estatura, el peso y el perímetro cefálico del niño se registran en una curva de crecimiento. Esta tabla será parte de la historia clínica del niño. Hablar sobre el crecimiento del niño puede ser un buen punto de partida para la conversación acerca de la salud general del niño.

Este también mencionara otros temas relacionados con el bienestar como los asuntos de las relaciones familiares, la escuela y el acceso a los servicios de la comunidad.

Las madres y los padres, desde la primera visita al pediatra, se empiezan a familiarizar con un concepto de salud que escucharán frecuentemente durante los primeros 6 años de vida de sus hijos: el control del niño sano. Desde el momento del nacimiento del bebé, el sistema de salud promueve la supervisión de salud y desarrollo de manera periódica. Así se pueden detectar eventuales alteraciones para prevenir y tratar a tiempo enfermedades y demás situaciones de riesgo.

La visita al médico es necesaria no sólo durante la enfermedad de la niña o el niño, sino también mientras están sanos, para poder controlar y prevenir.

El pediatra, durante el control, supervisa el crecimiento adecuado de los niños, educa para prevenir enfermedades y fomentar hábitos sanos de higiene y alimentación, además de detectar alteraciones en el desarrollo. En cada visita, se mide el peso y talla del menor, se evalúa el desarrollo psicomotor y se orienta a los padres en múltiples aspectos del crecimiento infantil: necesidades nutricionales, emocionales y la prevención de los accidentes caseros, todo de acuerdo con la edad.

Con los datos de su peso y talla, al mes comienza a tomar forma su curva de crecimiento. Con ella se puede determinar si el niño crece en forma normal. Además se refuerzan las normas de crianza, higiene, se fomenta el sueño y se estimula el pecho a libre demanda. También se reflexiona sobre quién se hará cargo del pequeño cuando termine el post natal de su madre, en caso de que ella trabaje.

En los primeros 6 meses de vida, cada mes se realiza el control cuidando el riesgo de enfermedad y chequeando cada uno de los puntos que evidencian el desarrollo psicomotor, por caso, la capacidad de desarrollar ciertas tareas definidas de acuerdo a su edad, como levantar la cabeza o sonreír. Un aspecto de importancia es la promoción de la estimulación y el apego entre madre e hijo.

El control del niño sano se realiza en los consultorios de los hospitales y centros de salud. Después de los seis meses, el control se realiza cada dos meses. Hasta los 6 meses es la edad que los pediatras recomiendan la lactancia materna exclusiva. Luego se suman a la alimentación nuevos alimentos y la curva de crecimiento aumenta a un ritmo menor. Es en esta

etapa en la que continúa la evaluación del desarrollo psicomotor y se vislumbra el carácter del niño. Cada hijo es diferente y los padres deben ser conscientes de eso a la hora de aplicar normas.

Entre el año y los dos años de vida, el control se realiza cada 3 meses. Al tiempo que los niños comienzan a caminar, los profesionales de la salud indican pautas para la prevención de accidentes, se incorporan nuevos alimentos y los niños ya se integran más a las comidas familiares.

Al cumplir los 2 años de edad, el examen se realiza cada seis meses.

Los objetivos fundamentales son establecer un vínculo adecuado entre el equipo de salud y la familia. Realizar el examen físico completo y observar los aspectos del desarrollo. Promover acciones saludables y prevenir enfermedades.

Es importante valorar el riesgo familiar y/o el riesgo biológico del niño, para promover la citación a controles más frecuentes que los propuestos aquí. Tener en cuenta la accesibilidad de la familia para la concurrencia al centro, la disponibilidad de turnos programados en relación a las horas de atención profesional y diseñar una estrategia de organización del centro de acuerdo a los recursos disponibles.

Es muy importante tener conocimiento de las condiciones socio afectivas en la que se encuentra la familia, si está atravesando una crisis el grupo conviviente o alguno de los miembros necesita apoyo social, que puede ser brindado por algún integrante del equipo de salud o alguien que integre un grupo de esa comunidad. Debe ser un espacio para que los padres puedan despejar sus

dudas o temores, para esto es necesario que el médico haya establecido un buen vínculo con la familia, y tener presente en todo momento que el niño es el protagonista de la consulta, que comprende perfectamente que hablan de él y sería deseable que el profesional y la familia puedan evaluar cuándo es oportuno o no hablar delante del niño. El encuadre de la consulta requiere un vínculo adecuado entre la familia y el equipo de salud, que permita establecer una relación de servicio comprometida, continente y empática.

Es indispensable escuchar las necesidades de los progenitores, saber preguntar con un lenguaje sencillo y claro, así como también comprobar que las recomendaciones han sido comprendidas y lograr acuerdos para el cuidado de los niños. Destacar los aspectos positivos de la madre en la crianza del niño le otorga seguridad y confianza en ella.

El desarrollo del niño, es otro aspecto importante, en el cual vemos el grado de madurez que va teniendo cada órgano y sistema del paciente. Por ejemplo, es muy importante cuándo fija la mirada y sigue objetos o personas, cuándo sonríe socialmente, cuándo se sienta, gatea en forma coordinada y camina. En qué momento es capaz de sostenerse en un pie, controlar sus esfínteres, correr con armonía, andar en triciclo, etc.

También vamos evaluando el lenguaje y la evolución de su inteligencia de tal forma que vamos sugiriendo en qué momento debe iniciar con su actividad académica y en caso necesario, apoyarnos en la estimulación temprana para que se alcance el grado óptimo de su función intelectual.

CAPITULO VI

DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN

HOSPITAL ZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL

“ARGENTINA DIEGO” DE AZUL

Calá y Mansilla (2014), sostienen que el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” se encuentra en la ciudad de Azul cabecera de la Región Sanitaria 9 ubicada en el centro de la provincia de Buenos Aires, cubriendo un área de influencia de 49.126 km (15,7 % de la superficie total de la provincia), con 302.932 habitantes que incluyen diez partidos: Bolívar, Laprida, Lamadrid, Benito Juárez, Olavarría, Tapalque, Alvear, Rauch, Las Flores y Azul.

El partido de azul cuenta con 14 centros de Atención Primaria de la Salud (caps) distribuidas 11 en la ciudad, 1 móvil para el ámbito rural, 1 en la localidad de Chillar y otro en Cachari.

Dicho hospital cuenta con 60 camas distribuidas en pediatría 30, obstetricia 14, neonatología UTI 6, UCE 7 y terapia pediátrica 3. Los profesionales y servicios que integran el mismo son Médicos pediatras de consultorio externo, Médicos pediatras de UTI, Médico Neonatólogo, Nutricionista, Diagnóstico por Imágenes, Cirujano Pediátrico, Servicio Social, Neurología, psicología, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Kinesiología, Hematología y Psicopedagogía.

El servicio de Terapia Ocupacional dentro del hospital cuenta con una Terapeuta Ocupacional en este momento a cargo del consultorio externo, el

Control del Niño Sano, la atención en internación pediátrica de sala y terapia intensiva y de las charlas a embarazadas. Quedando sin cobertura la Neonatología y el Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo las que hace 1 año atrás estaban cubiertas por la presencia de otra Terapeuta Ocupacional recientemente jubilada. El servicio recibe practicantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata y concurrentes que realizan una capacitación aprobada por el Ministerio de Salud la cual dura 30 meses (p. 17, 18).

6.1) CONTROL DEL NIÑO SANO EN EL HOSPITAL ZONAL

ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL DE AZUL

“ARGENTINA DIEGO”

Pieza, Médica Pediatra, Jefa de Residentes (comunicación personal, 22 de febrero de 2016) refiere que el Control del Niño Sano funcionando en un espacio diferente a los consultorios externos, con un día determinado y a cargo de los Pediatras Residentes fue gestionado hace 16 años en el hospital por una Médica Pediatra que aun hoy trabaja en el nosocomio. Con esto se pretendía concentrar la atención de aquellos niños que concurren al hospital para realizar sus controles de salud mensuales y que no tienen una enfermedad aguda (bronquitis, gripe, varicela, etc.) con el propósito de evitar el contacto con aquellos niños que si están enfermos y concurren a la visita del pediatra para atender dicha situación.

Actualmente el Control del Niño Sano lo realizan los Médicos Residentes supervisados por su instructora la Medica Pediatra de planta Mónica Perli; funciona los días lunes a partir de las 14 horas y en los meses de diciembre a marzo a las 7 horas. Se atienden niños sanos o con patologías de base pero sin enfermedad aguda; desde los 10 días de nacidos hasta los 2 años. Los niños que asisten son alrededor de 20 a 15 por lunes.

Cuando el niño egresa de la maternidad se le ofrece el espacio a los papas contándoles que aquí solo concurren niños sanos para sus controles y que se cuenta además con la presencia del servicio de Terapia Ocupacional para una vigilancia más exhaustiva del desarrollo, a diferencia del control del niño sano que pueden hacer por consultorio externo todos los días de mañana donde también se atienden situaciones agudas y no hay presencia del servicio de Terapia Ocupacional.

La población está compuesta por niños sin presencia de patología aguda y desde el nacimiento a los 2 años de edad y hay también algunos bebés egresados de la Neonatología con antecedente de prematurez tardía y/o sin patología de riesgo.

Controlan peso, perímetro cefálico, estatura, vacunas, alimentación, y pautas de desarrollo para las cuales cuentan con la presencia del Terapeuta Ocupacional para contribuir en la observación y screening además de hacer una pesquisa más precisa cuando el pediatra manifiesta la necesidad.

6.2) FUNDAMENTOS DE LA INCLUSIÓN DE TERAPIA

OCUPACIONAL EN EL CONTROL DEL NIÑO SANO

Galindez, (comunicación personal, 7 de marzo de 2016) menciona que a mediados del año 2005 en el Servicio de Terapia Ocupacional se constatan marcadas diferencias en relación a los criterios de derivación del Servicio de Pediatría, vinculados a pautas de desarrollo en el primer año de vida.

Se hipotetiza que el conocimiento de los mismo en relación a los hitos del desarrollo era diverso e insuficiente conceptualmente. Por ejemplo llegaban niños derivados con presunta dificultad en la adquisición de la postura sedente teniendo los mismos 5 meses y otros eran derivados por la misma cuestión a los 8 meses.

Por este motivo se presenta un proyecto para participar en el Control del Niño Sano y así contribuir generando conocimiento de las pautas típicas del desarrollo del lactante entre los Médicos Residentes Pediatras que allí se encuentran.

Al principio este control no se realizaba en el mismo espacio físico que lo hacían los pediatras, se hacía en el servicio de Terapia Ocupacional; al constatar que algunos padres se retiraban sin realizarlo y la comunicación con los profesionales se perdía, la Terapista Ocupacional decide concurrir al mismo espacio físico junto a los pediatras, llevando consigo una colchoneta, manta y caja con instrumentos de evaluación.

A la fecha se continúa formando parte de este como una fortaleza del mismo. La comunicación entre los Residentes de Pediatra y Terapistas Ocupacionales es fluida y se percibe el interés por escuchar los controles pudiendo desde este lugar dar cuenta de los alcances de nuestra profesión e incorporar conocimiento sobre desarrollo típico el cual les será de utilidad para la futura atención de pacientes y una posible derivación en caso de ser necesario.

6.3) DESCRIPCIÓN DEL CONTROL DEL NIÑO SANO EN EL HOSPITAL ZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL “ARGENTINA DIEGO” DE AZUL

El Control del Niño Sano se lleva a cabo en los consultorios externos del Hospital y dentro del mismo espacio se ubica la Terapista Ocupacional con una colchoneta y el resto de sus materiales.

El Médico Residente Pediatra envía al bebé luego del examen clínico con la Terapista Ocupacional para que realice el screening de desarrollo, quedándose el mismo para presenciar y observar.

Se recibe al niño y a quien lo acompaña (madre, padre, familiares, etc.) explicando el encuadre, contexto y objetivos del control.

La población que concurre es de medianos o escasos recursos económicos; las madres son mayormente adolescentes o añosas y de familias numerosas que en muchos casos viven todos juntos en el mismo hogar.

Se detectan padres con retardo mental u otras patologías que influyen en la crianza del pequeño, familias con situación de violencia, adicciones, y otras características socio ambientales.

La observación se realiza de acuerdo a la edad del bebe que se recibe y lo que se tiene en cuenta es:

- ✱ Características propias de la edad.
- ✱ Desarrollo motor.
- ✱ Comunicación y lenguaje.
- ✱ Organizadores psíquicos.
- ✱ Juegos, juguetes y objetos acordes a la edad.
- ✱ Alternativas de espacios adecuados en el hogar.
- ✱ implementación de hábitos diarios (AVD).
- ✱ Vínculo madre-hijo.
- ✱ Datos ambientales y socioeconómicos.
- ✱ Dudas y cuestionamientos de los entrevistados.

Desde un aspecto preventivo a lo largo de los controles se trabajan lineamientos acerca del no uso de andador, sueño seguro y colecho, objetos no adecuados para el niño y espacios peligrosos.

Se realiza una devolución a la familia y se deja constancia en la Historia Clínica del niño en la hoja de Terapia Ocupacional para que figuren en la estadística del servicio.

En el caso de recibir un recién nacido también se conversa acerca de las modificaciones en el hogar, en relación a la llegada de este bebe, la necesidad de autorregulación y adaptación al ambiente, los roles materno y paterno con los acuerdos entre ellos, los hermanos, pautas de hábitos, etc. Este control requiere de un tiempo más prolongado.

Cabe aclarar que este screening se realiza en un tiempo acotado sin demasiada posibilidad de aplicar evaluaciones estandarizadas sino mas bien se hace una observación clínica, por lo que en caso de encontrar alguna situación que requiere un abordaje más preciso se lo deriva a consultorio externo para su evaluación correspondiente.

Los Médicos Residentes de Pediatría observan el screening y el Terapeuta Ocupacional explica acerca de lo realizado y observado, sosteniendo un intercambio de cuestiones conceptuales relacionadas con el desarrollo típico como las pautas de desarrollo según mes que corresponda, indicaciones para el hogar, comunicación y lenguaje, evaluación neurológica, etc. Remarcando la importancia de que el Pediatra pueda observar pautas típicas o poder pesquisar dificultades.

Al finalizar el control del niño sano se presentan las dudas que surgieron por parte de los Médicos Residentes Pediatras, de los pacientes observados y se hace una breve exposición por parte de la Terapista Ocupacional.

Las dudas más frecuentes son acerca de posicionamiento en el hogar según mes del bebe, porque es importante indicar la postura prona, porque no deben usar andador, que observar del vinculo madre- hijo, etc.

SEGUNDA PARTE

ASPECTOS METODOLÓGICOS

PROBLEMA

¿Qué nivel de conocimiento sobre desarrollo típico del lactante adquieren los Médicos residentes Pediatras con el aporte de Terapia Ocupacional durante los Controles del Niño Sano en el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul?

OBJETIVO GENERAL

Explorar el nivel de conocimiento que adquieren, con el aporte de Terapia Ocupacional, los Médicos Residentes Pediatras, sobre desarrollo típico del lactante durante los Controles del Niño Sano que se realizan en el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar el conocimiento en cuanto a los contenidos cognoscitivos, procedimentales y actitudinales que adquirieron los Médicos Pediatras sobre desarrollo típico del lactante con el aporte de la Terapia Ocupacional en el Control del Niño Sano.
- Identificar la percepción que tienen los Médicos Residentes Pediatras sobre la presencia de Terapia Ocupacional en el control del niño.

VARIABLE

Nivel de conocimiento sobre desarrollo típico del lactante que adquieren los Médicos Residentes Pediatras con el aporte de la Terapia Ocupacional durante el Control del Niño Sano.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LA VARIABLE

DEFINICION CONCEPTUAL

Aprendizaje sobre desarrollo típico del lactante que adquieren los Médicos Residentes Pediatras de las Terapistas Ocupacionales ~~y/o Lic. En Terapia Ocupacional~~ durante el Control del Niño Sano.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Los contenidos incorporados por los Médicos Residentes Pediatras sobre desarrollo típico del lactante con el aporte de la Terapia Ocupacional se determinaran en cuanto al aspecto cognoscitivo, procedimental y actitudinal del mismo.

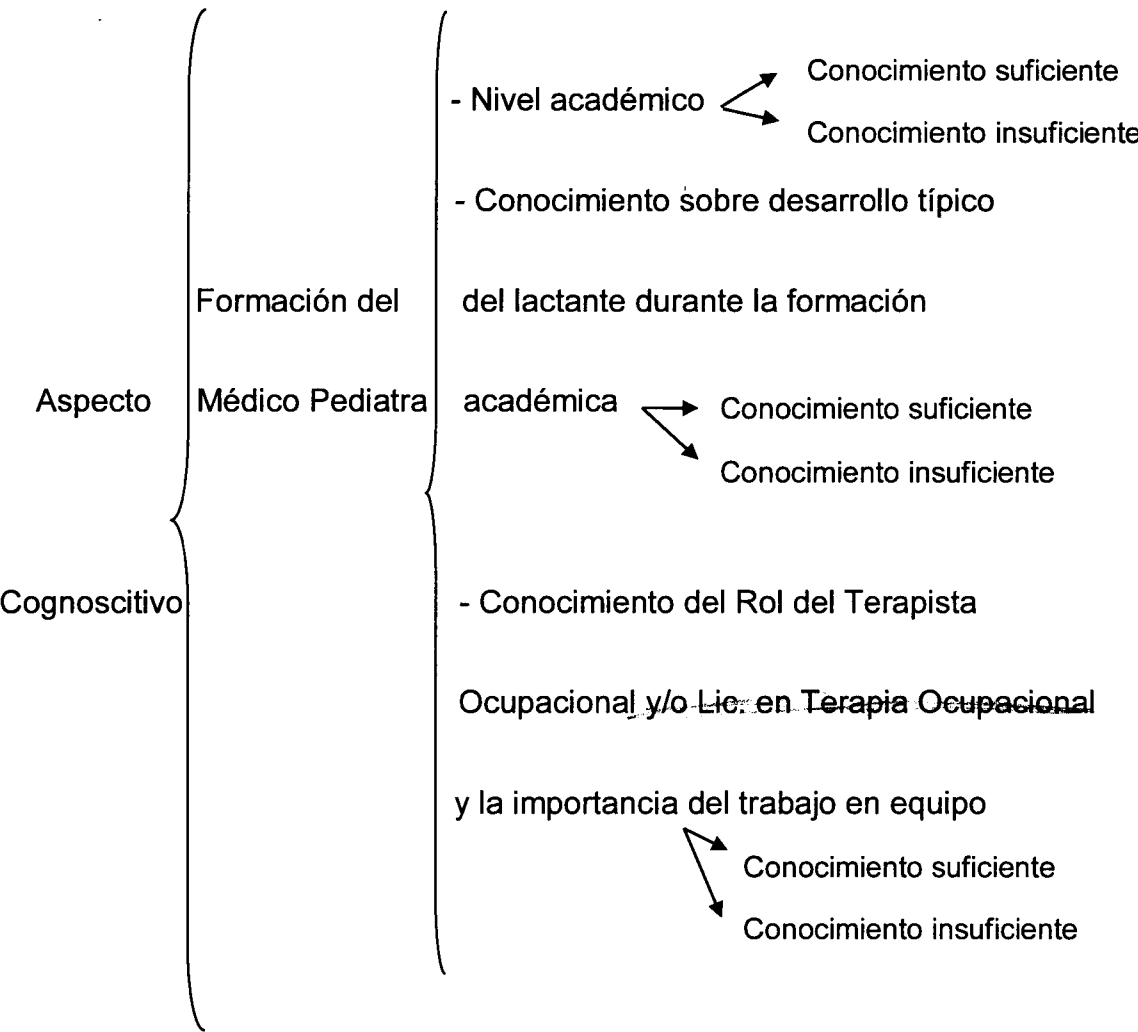
- ✓ Aspecto cognoscitivo abarca: Formación del Médico Pediatra: nivel académico alcanzado hasta el momento, conocimiento acerca del desarrollo típico del lactante, conocimiento del rol del ~~Lic. En Terapia~~

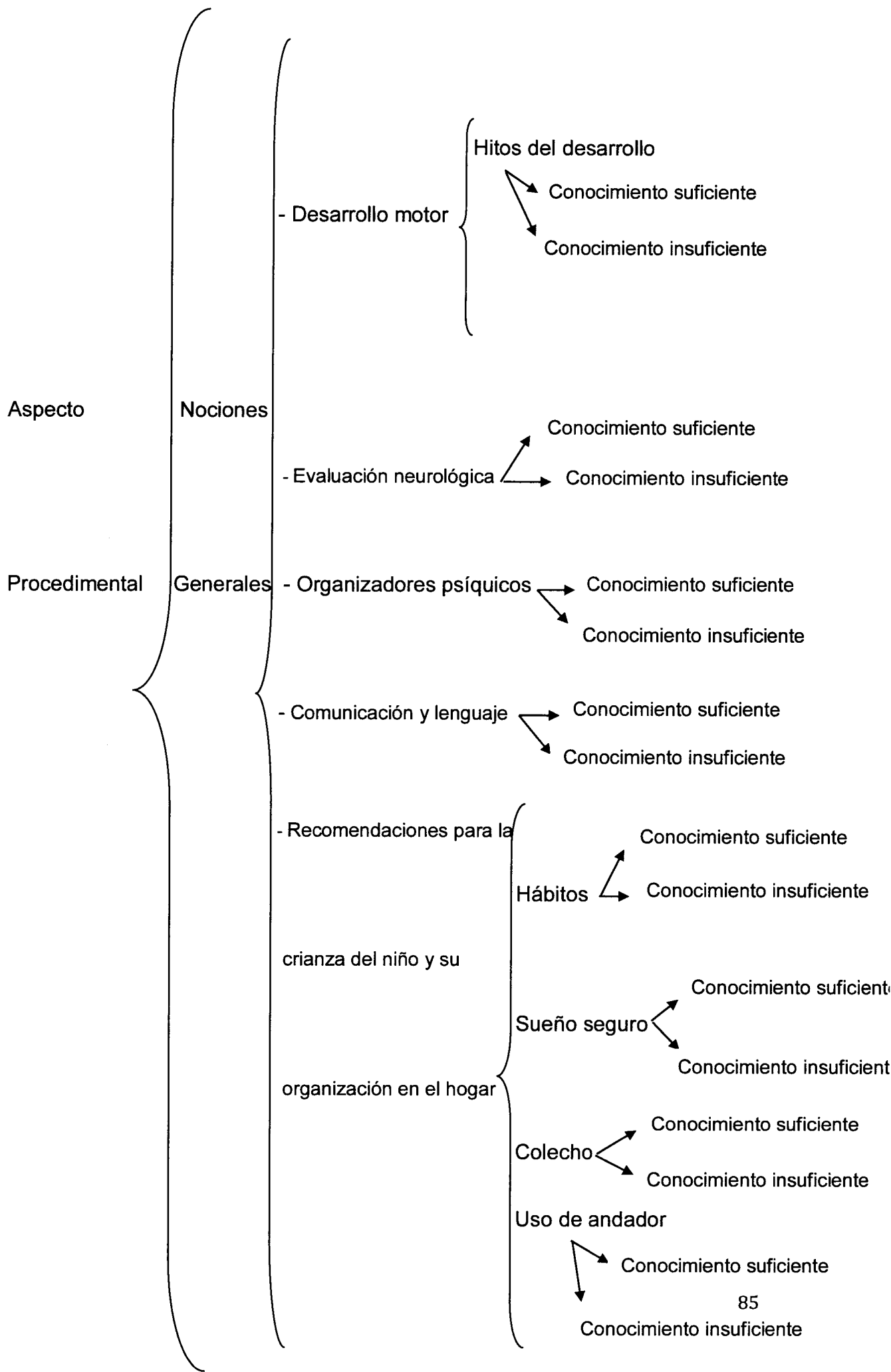
~~Ocupacional y/o~~ Terapeuta Ocupacional y la importancia del trabajo interdisciplinario con Terapia Ocupacional.

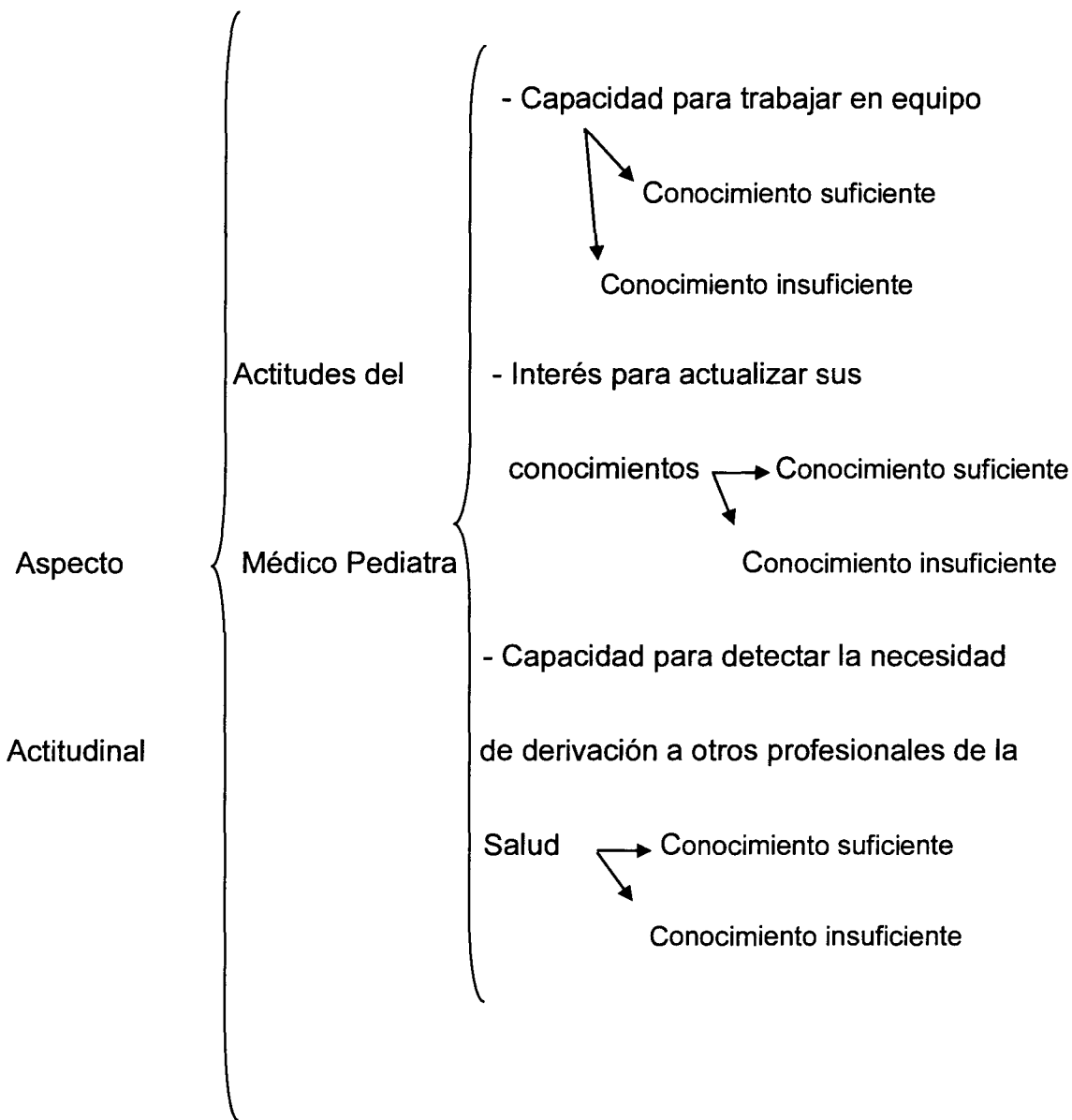
- ✓ Aspecto procedimental comprende: pautas, maniobras y hábitos pertinentes a observar para valorar el desarrollo típico del lactante como por ejemplo observación de desarrollo motor, evaluación neurológica, hábitos de sueño, higiene, alimentación, organizadores psíquicos, comunicación y lenguaje, etc.
- ✓ Aspecto actitudinal incluye: capacidad para detectar la necesidad de derivación a otros profesionales de la salud; capacidad para trabajar en equipo; interés para actualizar sus conocimientos.

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE

Nivel de conocimiento sobre desarrollo típico del lactante que adquieren los Médicos Residentes Pediatras con el aporte de la Terapia Ocupacional en el Control del Niño Sano.







NIVELES DE MEDICIÓN DEL DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE

Conocimiento suficiente: los Médicos Residentes Pediatras adquirieron un nivel suficiente de conocimiento sobre desarrollo típico del lactante. Responden correctamente cada pregunta.

Conocimiento insuficiente: los Médicos Residentes Pediatras adquirieron nivel insuficiente de conocimiento sobre desarrollo típico del lactante.

PUNTAJE TOTAL DEL CUESTIONARIO

Conocimiento suficiente 70-100% de respuestas correctas (entre 14 y 10 respuestas correctas del total del cuestionario).

Conocimiento medianamente suficiente 41-69% de respuestas correctas (entre 9 y 6 respuestas correctas del total del cuestionario).

Conocimiento insuficiente 0-40% de respuestas correctas (5 respuestas correctas o menos del total del cuestionario).

Nota: Estos porcentajes corresponden a 14 de las 17 preguntas, es decir, sólo aquellas a las que se les asignó un puntaje (desde la N° 2 a la N° 15).

PUNTAJE DE LAS PREGUNTAS

La cantidad total es de 17 preguntas algunas son relacionadas con su formación académica, otra con aspectos del desarrollo y otras en relación al trabajo en equipo. De las cuales 14 llevan puntaje el cual servirá para obtener datos del nivel de conocimiento adquirido por los Médicos Residentes Pediatras acerca del desarrollo típico del lactante. El puntaje es el siguiente:

Pregunta 2

- a) 2 p
- b) 0p

Pregunta 3

- a) 2p
- b) 0p

Pregunta 4

- a) 2p
- b) 0p

Pregunta 5

- a) 0p
- b) 2p
- c) 1p

Pregunta 6

a) 1p

b) 0p

c) 2p

Pregunta 7

a) 0p

b) 2p

Pregunta 8

a) 1p

b) 1p

c) 1p

d) 2p

Pregunta 9

a) 2p

b) 1p

c) 1p

d) 1p

Pregunta 10

a) 1p

b) 2p

c) 1p

d) 0p

e) 0p

Pregunta 11

a) 2p

b) 0p

Pregunta 12

a) 2p

b) 0p

Pregunta 13

a) 2p

b) 0p

c) 0p

Pregunta 14

a) 2p

b) 1p

c) 0p

Pregunta 15

a) 2p

b) 0p

PRUEBA PILOTO

Para probar la adecuación del instrumento seleccionado (cuestionario), se aplicó el mismo a 4 Médicos Residentes Pediatras que no forman parte de la muestra definitiva, la comprensión de las preguntas, de la terminología utilizada y determinar si los porcentajes del puntaje total eran pertinentes para este cuestionario, ya que en un primer momento se pensó en un puntaje total que comprendía un conocimiento alto y bajo. Al aplicar la prueba piloto y ver que aparecía un número de respuestas que se repetía (7) y ese era el número a partir del cual se consideraba un conocimiento bajo, pero que a su vez ninguno de esos 4 Médicos Residentes Pediatras contestó menos de 7 preguntas correctas se pensó entonces en la necesidad de incluir un conocimiento medio, donde aquellos que contestaran menos de 4 preguntas correctas para un cuestionario de 13 preguntas totales serían realmente los que tuvieran un conocimiento bajo.

Luego de estas correcciones se considera que el instrumento seleccionado es pertinente para la investigación que se quiere llevar a cabo.

TIPO DE ENFOQUE: *Mixto*

Es mixto porque recolecta analiza y vincula datos cualitativos y cuantitativos. Toma características de una investigación cuantitativa porque utiliza la recolección y el análisis de datos numéricos a través de un cuestionario para conocer el nivel de conocimiento que adquieren los Médicos Residentes Pediatras con el aporte de la Terapia Ocupacional sobre desarrollo típico del Lactante pero también contempla características de un enfoque cualitativo porque se busca conocer la opinión de una manera subjetiva de los Pediatras Residentes en relación al aporte de la Terapia Ocupacional. Es un estudio a pequeña escala.

TIPO DE ESTUDIO: *Exploratorio*

La presente investigación corresponde a un tipo de estudio Exploratorio. Ya que busca familiarizarnos y obtener más información acerca de un tema poco conocido y estudiado como lo es el nivel de conocimiento que adquieren los Médicos Residentes Pediatras sobre desarrollo típico del lactante con el aporte de la terapia ocupacional durante el control del niño; y dejando lugar a futuras investigaciones que puedan desprenderse de esta.

TIPO DE DISEÑO: *No experimental transversal*

No hay manipulación de la variable (Nivel de conocimiento sobre Desarrollo Típico del Lactante de los Médicos Pediatras Residentes) se observa lo que

sucede. Lo que queremos conocer se hace en su ambiente natural. Y los datos se recolectan en un tiempo único por eso es Transversal.

POBLACIÓN

Médicos Residentes Pediatras del Hospital Zonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Azul que realizan el Control del Niño Sano.

MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA: *Muestreo no probabilístico intencional*

Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras "representativas" mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. En este caso se han seleccionado sólo aquellos Médicos Pediatras que realizan el Control del Niño Sano en el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión:

- Médicos Pediatras que se encuentren realizando su residencia en el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil de Azul "Argentina Diego" y participen del Control del Niño Sano.

Criterios de exclusión:

- Médicos Residentes Pediatras que se desempeñan en el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil de Azul pero no realizan el Control del Niño Sano.
- Médicos Residentes Pediatras que se desempeñan en el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil de Azul pero se rehúsan de participar en el trabajo de investigación.

MUESTRA

En este caso la muestra coincide con la población (Médicos Residentes Pediatras del Hospital Zonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Azul). Serán 10 Médicos Residentes Pediatras que realizan control del Niño Sano con la presencia del Lic. en Terapia Ocupacional y/o Terapeuta Ocupacional.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En esta investigación la técnica de recolección de datos utilizada es un cuestionario con preguntas cerradas dicotómicas y policotómicas de manera que los resultados sean verificables.

El mismo es de carácter anónimo y consta de 17 preguntas. Se administró y completo en la mayoría de los casos de forma directa por las autoras de esta investigación.

ANÁLISIS DE DATOS

Se analizara el nivel de conocimiento que adquieren los médicos pediatras sobre desarrollo típico del lactante con y sin la presencia de las/os Lic. en Terapia Ocupacional y/o Terapistas Ocupacionales en el control del niño sano, a través de un análisis estadístico de tipo descriptivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Gómez, MJ., Soria Aznar J., Galbe Sánchez-Ventura, J., y Grupo de Pediatría del Desarrollo de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). (Enero – Marzo 2009). Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. Revista Pediatría Atención Primaria, vol. 11, n° 41, 65-87. Madrid, España.
- Amiel-Tison, C., y Grenier, A. (1981). Valoración neurológica del recién nacido y del lactante. España: Toray Masson.
- Arellano, V., y Celesia, M. (2002). La importancia de la valoración del desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional de los niños de 3 y 6 meses que concurren al programa Control del Niño Sano en el Centro del Salud IREMI de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de octubre de 2002. Tesis de Grado de Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Arellano, V., y Vega, MC. (Noviembre, 2005). Implementación de la intervención temprana con mujeres embarazadas y sus hijos desde el nacimiento hasta los seis meses de vida. Argentina. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, n°5. Chile: Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- Bly, L. (1994). Componentes del Movimiento Normal durante el primer año de vida. Guía Ilustrada del desarrollo normal. Academic Press.
- Calá, L., y Mansilla, M. (2014). Preparación para el alta de los padres de niños internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Tesis de Grado de Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

- Carmona Moreno, LD., Roza Reyes, CM., y Mogollón Pérez, AS. (Enero-Junio 2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, vol.3, n°1, 62-77. Colombia: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.
- Corso, N., Diana, MI., y Manfredi, L. (Junio, 2009). Guía para el equipo de salud: Cuidando al bebé. Cuarta edición. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.
- Cusminsky, M., Lejarraga, H., Mercer, R., Martell, M., y Fescina, R. (1993). Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Segunda edición. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Díaz, M., y Leon, MD. (2001). Conocimiento de los Médicos acerca de la competencia del Lic. en Terapia Ocupacional en el área de Terapia Intensiva. Tesis de Grado de Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Domínguez Jiménez I., y Arenillas JI. (Mayo, 2015). Terapia Ocupacional y su papel en Atención Temprana: Revisión sistemática. *Revista electrónica de Terapia Ocupacional*, n° 21. Galicia, España.
- Falk, J. (1997). Mirar al niño. La Escala de desarrollo Instituto Pikler (Lóczy). Ediciones Ariana FUNDARI.
- Fano, V., Hirsch, G., Di Candia, A., Anigstein, C., Krupitzky, S., Orazi, V., Di Cancia, A., y Carusso, L. (2001). Guías para la evaluación del crecimiento. Segunda edición. Argentina: Sociedad Argentina de Pediatría.
- Figueiras, AC., Neves de Souza, IC., Ríos, VG., y Benguigui, Y. (Septiembre, 2011). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el

- contexto de AIEPI. Segunda edición. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.
- Gandsas, M. (2007). El pícaro sueño. Como mejorar el sueño de niños de 0 a 5 años. Argentina: Ediciones continente.
- Hagan, JF., & Duncan, PM. Control del niño sano. (2011). Recuperado de <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001928.htm>.
- Hellbrügge, T., y Von Wimpffen, J. (1976). Los primeros 365 días de la vida del niño. El desarrollo del lactante. España: Editorial Marfil.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Izquierdo Macián, I. (2003). Libro blanco de la muerte súbita infantil. Grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita infantil. España: Asociación española de pediatría (AEP).
- Jar, AM. (Enero – Abril, 2010). Trabajo interdisciplinario e interinstitucional: ser o no ser editorial microbiología. Revista Argentina de Microbiología, vol. 42, n° 1. Buenos Aires, Argentina: Asociación Argentina de Microbiología.
- Lejarraga, H., Kelmansky, DM., Lejarraga, C., Charrúa, G., Pascucci, C., Masautis, A., Insua, I., y Nunes, F. (Julio 2013). Manual técnico para el procesamiento de datos de desarrollo psicomotor, como indicadores positivos de salud y bienestar del niño en la Argentina. Publicación Técnica Serie DGSA N° D - 2. Acumar.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Boletín PROAPS – REMEDIAR, vol. 3, n° 19. (2005). Control del niño sano. Argentina. Recuperado de <http://www.remediar.gov.ar/files/Boletin19.pdf>.
- Ministerio de Salud Gobierno de Entre Ríos. (13 de diciembre, 2011). ¿Qué es el control del niño sano? La salud en la infancia. Recuperado de

<http://www.entrerios.gov.ar/msalud/blog/2011/12/13/%C2%BFque-es-el-control-el-nino-sano/>.

Ministerio de Salud de la Nación. (13 de Noviembre, 2012). Curso en Salud Social y Comunitaria. Capacitación en servicios para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/modulo_5_curso_ssync.pdf.

Mulligan, S. (2006). Terapia Ocupacional en Pediatría. Proceso de evaluación. España: Editorial Médica Panamericana.

Pascucci MC., Lejarraga H., Kelmansky D., Álvarez M., Boullón M., Breiter P.,... Waisburg H. (Enero, 2004). Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años. Revista Chilena de Pediatría, vol. 75, n° 1, 75-76. Santiago, Chile.

Pellegrini, M. (Diciembre, 2004). Terapia Ocupacional en el trabajo de Salud Comunitaria. Recuperado de <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>.

Peñaloza, I., Lancheros, Y., Camargo, DA., y Martínez, M. (13 de Marzo, 2012). Redimensionamiento programa académico de campo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en la salud pública. Documento de investigación N° 15. Colombia: Editorial Universidad del Rosario.

Pérez Hernández, R., Fajardo Hoyos, A., Navarrete, G., y Alfonso Avendaño, C. (Octubre, 2006). Experiencia pedagógica interdisciplinaria para la formación de recurso humano en salud, centrada en la promoción de la salud integral y prevención de la enfermedad. Revista Ciencias de la Salud, vol. 4, n° especial, 82-92. Colombia: Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario.

Pikler, E. (1969). Moverse en Libertad. Desarrollo de la motricidad global. España: Narcea.

Polonio López, B., Castellanos Ortega, M., y Viana Moldes, I. (2008). Terapia Ocupacional en la infancia. Teoría y práctica. España: Editorial Médica Panamericana.

Protocolo del niño sano (0-2 años). (2008). AEPNYA. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/nino_sano_0-2_anos.pdf.

Shonhaut, L. (2007). Educación multiprofesional como estrategia para la Atención Primaria de la Salud: Aprendiendo juntos para trabajar en equipo. Revista Ciencias de la Salud, vol. 4, n° 1, 29-31. Chile.

Schonhaut, L. (2014). Pesquisa de trastornos del desarrollo en APS: Experiencia en el uso de cuestionarios completados por padres. Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo. Recuperado de http://www.ucm.cl/uploads/media/Shonhaut_L_Pesquisa_de_trastorno_del_desarrollo_01.pdf.

TO'S en formación. (7 de septiembre, 2012). Definiciones de Terapia Ocupacional. Recuperado de <http://www.terapeutas-ocupacionales.com/2012/09/definiciones-de-terapia-ocupacional.html>.

UNICEF. (23 de mayo, 2013). Unicef no cambia las recomendaciones sobre el colecho. Recuperado de www.unamaternidaddiferente.com/2013/05/unicef.

Vericat, A., y Orden, A. (Octubre, 2010). Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. Revista Chilena de Pediatría, vol. 81, n° 5, 391-401. Santiago, Chile.

Villanueva, M., Villarreal, E., Vargas, E., Galicia, L., y Martínez, L. (Diciembre, 2011). Costo - efectividad del Programa del Control del Niño Sano en el primer nivel de atención. Revista Chilena de Nutrición, vol. 38, n° 4, 438-443. Santiago, Chile.

Zazueta Tena, R. (2 de diciembre, 2007). Control del niño sano. Recuperado de <http://pediatria.org/?p=214>.

(22 de marzo, 2016) <http://reeducar.com/estimulacion-social-habitos-normas.aspx>.

(13 de abril, 2016) <http://www.alejandrarivas.com/>.

ANEXO

CUESTIONARIO

Fecha:

Numero de cuestionario:

Cuestionario para conocer el nivel de información adquirido por los Médicos
Pediatras sobre desarrollo típico del lactante con el aporte de las/os Lic. en
Terapia Ocupacional y/o Terapistas Ocupacionales durante el Control del Niño
Sano del Hospital Zonal especializado Materno Infantil "Argentina Diego" de
Azul

Este cuestionario forma parte de una investigación para la realización de nuestra tesis de grado correspondiente a la Lic. en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. El objetivo del mismo es conocer el nivel de conocimiento adquirido por los Médicos Pediatras sobre desarrollo típico del lactante con el aporte de las/os Lic. en Terapia Ocupacional y/o Terapistas Ocupacionales durante el Control del Niño Sano.

No posee fines evaluativos y su colaboración será de mucha ayuda para nosotras.

La primera serie de preguntas están destinadas a su formación académica:

1. Cargo que posee en el área

- a) Jefe de Servicio ☐
- b) Medico de Planta ☐
- c) Residente de: 1° año ☐

- 2° año ☐
- 3° año ☐
- 4° año ☐

2. ¿Recibió durante su formación académica contenidos sobre desarrollo típico del lactante?

- a) Si ☐
- b) No ☐

3. ¿Derivó alguna vez un paciente a Terapia Ocupacional?

- a) Si ☐
- b) No ☐

4. ¿Ha realizado algún curso o formación sobre desarrollo típico del lactante fuera de su formación académica?

- a) Si ☐
- b) No ☐

A continuación se realizarán preguntas acerca del desarrollo típico del lactante:

5. ¿Entre que edades usted considera que es esperable la aparición del sedente independiente?

- a) Entre 4 y 5 meses ☐
- b) Entre 6 y 7 meses ☐
- c) Entre los 7 y 8 meses ☐

6. ¿Hasta qué edad usted esperaría la aparición de la marcha independiente?

- a) Hasta los 15 meses ☐
- b) Hasta los 12 meses ☐

c) Hasta los 18 meses ☐

7. ¿Indicaría el uso de andador?

a) Si ☐

b) No ☐

8. En caso de que su respuesta sea negativa, ¿Por qué no lo indicaría?

a) Producir deformidades óseas ☐

b) Enlentecer la adquisición de hitos del desarrollo ☐

c) Provocar accidentes graves ☐

d) Todas las anteriores ☐

9. En el examen neurológicos es necesario evaluar

a) Tono muscular, control cefálico y reflejos ☐

b) Control cefálico y reflejos ☐

c) Tono muscular y reflejos ☐

d) Control cefálico y tono muscular ☐

10. ¿Cuáles son los organizadores psíquicos sobre los que se deben orientar a los papas y observar?

a) Sonrisa social y angustia del octavo mes ☐

b) Angustia del octavo mes, sonrisa social e inclusión del "no" ☐

c) Angustia del octavo mes e inclusión del "no" ☐

d) Sonrisa social y Apego ☐

e) Objeto transicional ☐

11. Durante la consulta ¿orientaría e indicaría a los papás acerca de la organización de los hábitos de la vida diaria (alimentación, higiene y sueño?

a) Si ☐

b) No ☐

12. Si la respuesta es afirmativa ¿a qué edad le parece necesario hacer la indicación y/u orientación?

a) Desde el nacimiento ☐

b) Al año de vida ☐

13. ¿Dónde le indicaría a los papas que duerma el bebe?

a) En su cuna ☐

b) En la cama con los papás ☐

c) Todas las anteriores ☐

14. ¿Qué aspectos se deben evaluar en relación al lenguaje?

a) Comunicación y lenguaje verbal ☐

b) Emisión de la palabra ☐

c) Aquellos que los padres consideren como preocupantes ☐

Las siguientes preguntas estarán referidas al trabajo interdisciplinario:

15. En caso de percibir un retraso en el desarrollo de un lactante y/o niño sin patología establecida ¿lo derivaría a Terapia Ocupacional?

a) Si ☐

b) No ☐

16. ¿Considera importante que los Terapeutas Ocupacionales participen del Control del Niño Sano? ¿Por qué?

.....

.....

.....

.....

17. ¿Cree que el aporte de los Terapeutas Ocupacionales le ha permitido enriquecer su conocimiento acerca de pautas de desarrollo típico del lactante? ¿Por qué?

.....

.....

.....

.....

Muchas gracias por su tiempo para completar el cuestionario.