

2008

Hábitos y juego en niños de 2 a 4 años de edad que concurren a la casa del niño centenario

Di Luca, Natalia B.

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/805>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

TO
Inv. 4084

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

***TESIS DE GRADO PRESENTADA EN LA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL***

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

**“HÁBITOS Y JUEGO EN NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS DE EDAD QUE
CONCURREN A LA CASA DEL NIÑO CENTENARIO”**

DI LUCA, NATALIA B.

MARINANGELI, NATALIA B.

MAR DEL PLATA, OCTUBRE 2008.

Agradecemos a quienes de una u otra manera formaron parte de la elaboración de esta tesis, particularmente a Emma, Norma y Clotilde que con su dedicación colaboraron para que este trabajo sea posible. Al personal de la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata y padres e hijos que formaron parte de nuestra investigación.

Especialmente a nuestros padres por habernos dado la posibilidad de emprender este camino, a Christian por apoyarnos y a Cami por acompañarnos en cada momento.

A nuestros amigos y todos los que nos dieron fuerzas para concluir esta etapa.

Bibliot	S.S.
Inventario	
4084	/
/	1
Universidad N.	de Mar del Plata

[28 SEP 2012

DIRECCIÓN Y ASESORAMIENTO METODOLÓGICO

DIRECTORA:

Licenciada en Terapia Ocupacional

García Cein, Emma

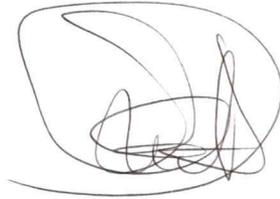


ASESORAMIENTO METODOLÓGICO:

Doctora Úbeda Clotilde.

Taller de Tesis de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.



TESISTAS:

di Luca, Natalia B.



Marinangeli, Natalia B.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
Bibliografía.....	9
Bibliografía Internet.....	10
ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.....	11
MARCO TEÓRICO.....	20
PRIMER CAPÍTULO.....	21
Desarrollo.....	22
Maduración.....	24
Crecimiento.....	25
Aprendizaje.....	27
Desarrollo Psicomotor.....	29
Desarrollo Psicomotor en niños de 2 años.....	36
Desarrollo Psicomotor en niños de 3 años.....	39
Desarrollo Psicomotor en niños de 4 años.....	42
Bibliografía.....	45
Bibliografía Internet.....	47
SEGUNDO CAPÍTULO.....	48
Hábitos.....	49
Hábitos de Alimentación.....	51
Hábitos de Sueño.....	54
Hábito de Vestido.....	58
Hábito de Higiene.....	59
Hábito de Juego.....	61
Bibliografía.....	69
Bibliografía Internet.....	71
TERCER CAPÍTULO.....	73
Atención Primaria de la Salud.....	74
Promoción de la Salud.....	77
Terapia Ocupacional y Promoción de la Salud.....	80
Bibliografía.....	84
Bibliografía Internet.....	85

CUARTO CAPÍTULO.....	86
Casa del Niño Centenario.....	87
ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	90
Problema, Objetivo General y Específicos.....	91
Definición de la variable Hábitos.....	92
Definición de la variable Juego.....	95
Operacionalización de la variable Hábitos.....	97
Operacionalización de la variable Juego.....	98
Categorización de las variables.....	99
Tipo de Enfoque, Método y Diseño.....	99
Población y Muestra.....	100
Unidad de Análisis y criterios de selección de la Muestra.....	101
Técnicas de Recolección de datos.....	102
Entrevistas a Informantes Claves.....	102
Recopilación Documental.....	102
Cuestionarios.....	102
Observación Estructurada.....	103
Método de Observación.....	103
Prueba Piloto.....	104
Análisis e Interpretación de los datos.....	105
Observaciones de los resultados.....	116
Bibliografía.....	118
CONCLUSIONES.....	119
BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	124
BIBLIOGRAFÍA GENERAL INTERNET.....	130
ANEXOS.....	134
Carta dirigida a la Municipalidad del Partido de General Pueyrredon.....	135
Cuestionario a los padres o personas a cargo.....	136
Cuestionario a las preceptoras de la Casa del Niño Centenario.....	138
Planilla de Observación de los Hábitos en niños de 2 años.....	140
Planilla de Observación de los Hábitos en niños de 3 años.....	141
Planilla de Observación de los Hábitos en niños de 4 años.....	142

INTRODUCCIÓN

Nuestro interés en realizar esta investigación parte de la experiencia obtenida en las Prácticas Clínicas en IREMI, Instituto Rómulo Etcheverry de Maternidad e Infancia y en HIEMI Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de la ciudad de Mar del Plata, donde se pudo observar la influencia de los hábitos y el juego en el desarrollo del niño sano y su abordaje desde nuestra profesión.

“El objetivo general de Terapia Ocupacional en Prevención Primaria materno-infantil e infanto-juvenil, no tiene como meta la curación ni la investigación del individuo, sino la posibilidad de desarrollar sus capacidades y aptitudes en pos de un desarrollo integral que se continuará en los cimientos sobre los que puede edificarse una vida en salud.”¹

La Terapia Ocupacional es una disciplina en donde una de las funciones importantes es promover que las personas participen de las actividades de la vida cotidiana de manera independiente. Los hábitos y el juego cumplen una función relevante en el sostenimiento de las actividades diarias, es importante entonces propiciarlos desde la infancia. Estos se forjan con mayor facilidad y eficacia en los primeros años de vida, es entonces cuando los niños los adquieren ya que es el periodo más dinámico y potencial de la vida para aprender. Además, los hábitos que se adquieren en estos primeros años se van adaptando a la personalidad de cada uno convirtiéndose así en valiosos recursos de identidad personal.

“En el niño el juego es una necesidad vital, su actividad más espontánea que se irá entrelazando en las diferentes fases de su desarrollo integral contribuyendo a su evolución psicomotriz, intelectual, afectivo-emocional y social. Desde muy temprana edad, establece vínculos lúdicos consigo mismo, incorporando mas tarde todo lo demás (objetos y sujetos) y no abandonará esta tarea a lo largo de su vida.”²

“Los aprendizajes que los niños van construyendo dependen en gran medida de la cantidad y calidad de sus interacciones con los adultos, con los otros niños y con el medio, influyendo todos ellos sobre las posibilidades futuras.”³

Esta propuesta de investigación se basó en conocer los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en niños de 2 a 4 años de edad cronológica tanto en el

¹ Veyra, M.E. “Proyecto de Terapia Ocupacional del Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredon”. Inclusión del Terapeuta ocupacional en el Programa Control del Niño Sano. Año 1988. Pág. 2.

² Quirós Pérez V. y Arraéz Martínez J. “Juego y psicomotricidad” FEADDEF. Año 2005. www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo. Fecha de consulta 19 de Septiembre de 2008.

³ Lejarraga, H. “Desarrollo del niño en contexto”. ED. Paidós Bs. As. 2004. Pág. 630

ámbito familiar como en la guardería, considerando que a esta edad el niño es capaz de incorporar por parte de los adultos los diferentes hábitos en forma progresiva. Siendo el adulto quien promueve la adquisición de los mismos.

Seleccionamos la población de niños de 2 a 4 años de edad que concurren a la Casa del Niño del Barrio Centenario de la ciudad de Mar del Plata, siendo ésta una institución pública que depende de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredon.

En esta institución los niños permanecen determinadas horas a cargo de preceptoras que cumplen funciones de cuidados de las necesidades básicas y funciones educativas desde el punto de vista social.

Cada niño nace en una comunidad, marcada por un origen, una región geográfica, valores y cierta manera de actuar en el mundo, compartidos por su grupo de pertenencia. Estas características se expresan en pautas y prácticas de crianza, en donde el adulto es el responsable. Cada niño vivencia e incorpora los aprendizajes de un modo particular.

En estos últimos años se ha observado un incremento de la población con necesidades básicas insatisfechas y una agudización de la problemática de este segmento social, causada por la crisis socioeconómica que viene atravesando nuestro país. Las condiciones desfavorables de la vida inciden tanto sobre la salud física, como mental y social de la población en general, y especialmente de los niños, siendo estos los más vulnerables.

“El medio ambiente físico y humano que rodea al niño y a su familia se transforma en un factor de riesgo importante. Planteando desde el inicio condiciones desfavorables para su desarrollo.”⁴

Estos niños que concurren a la casa del niño Centenario, forman parte de una población con características sociales, económicas, ambientales y culturales que les son propias: como desocupación laboral, maltrato y/o violencia familiar, delincuencia, familias numerosas, madres solteras. Las cuales suelen derivar en condiciones de vida desfavorables y necesidades básicas insatisfechas.

“El ámbito natural y mas significativo para el proceso de crianza de los niños, entendiendo este como la actividad que posibilita que ellos crezcan y desarrollen todo su potencial, es el de la familia. Los servicios sociales, como las guarderías, son

⁴ Ibid. Pág. 631.

fundamentales para complementar y enriquecer esa responsabilidad.”⁵ Por lo tanto la ausencia de estímulos apropiados o la influencia negativa del entorno en esa instancia de la vida puede generar perjuicios en la salud y en el desarrollo que afectaran a los individuos en su etapa adulta.

La adquisición de los hábitos requiere una labor continuada y metódica por parte de los padres y preceptores, es una tarea que necesita exigencias de corrección, normas, valores y conductas globales.

El fin de esta investigación fue realizar un trabajo de campo que nos enfrente a la realidad cotidiana de estos niños y su entorno y nos dio la oportunidad de brindar un aporte desde nuestra perspectiva en la búsqueda de recursos creativos que sean de utilidad en el desempeño integral del niño.

⁵ Ibid. Pág. 611.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Gutiérrez, A. “La Educación Infantil 0-6 años” Volumen 1 6ª Edición Ed. Paidotribo. Año 2004.
- Lejarraga, H. “Desarrollo del niño en contexto”. Ed. Paidós Bs. As. Año 2004.
- Veyra, M.E. “Proyecto de Terapia Ocupacional del Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredon”. Inclusión del Terapeuta ocupacional en el Programa Control del Niño Sano. Año 1988.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA EN INTERNET

- Caritas Argentina “Diagnóstico socio-económico argentino” Junio de 2003. www.caritas.org.ar/download/sit-eco-arg-junio2003.doc. Fecha de consulta 15 de mayo de 2008.
- Quirós Pérez V. y Arraéz Martínez J. “Juego y psicomotricidad” FEADDEF. Año 2005. www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo. Fecha de consulta 19 de Septiembre de 2008.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Con el fin de recabar información sobre la temática planteada, efectuamos una búsqueda bibliográfica consultando diferentes bases de datos, tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata y publicaciones científicas recientes, aportadas por las bibliotecas del Centro Médico y del Hospital Privado de la Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

De lo recolectado podemos destacar algunos trabajos, que si bien no se corresponden estrictamente con la problemática planteada, son los de mayor aproximación al tema de investigación.

- ❖ Sesa, S.; Frassoni, A.M.; Sabulsky, J.; Agrelo, F. “Análisis longitudinal y comparativo del desarrollo infantil en la ciudad de Córdoba.” Año 1993.

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

Los objetivos fueron;

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

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

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

- ❖ Costamagna, M.E.; Galilea, M.; Rivero, P, “Estimulación Psicosocial de la madre hacia su hijo de 2 a 3 años de edad en situación de pobreza” Tesis de Grado. Lic. en Terapia ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1998

El objetivo general de esta investigación fue identificar la características de la estimulación psicosocial que brindan las madres, en situación de pobreza, a sus hijos de 2 a 3 años de edad, que concurren con su hijo a tratamiento de Terapia Ocupacional, entre 3 y 8 sesiones durante el primer año de vida del niño, con diagnóstico de retraso madurativo de origen socioambiental.

Se realizó un estudio de tipo exploratorio – descriptivo.

La muestra estuvo formada por 27 madres en situación de pobreza con niños de 2 a 3 años de edad que concurrían al Subcentro de Salud N° 12 de la ciudad de Mar del Plata en el período comprendido entre octubre 1996 y diciembre de 1997.

Utilizaron como técnicas de recolección de datos: recopilación documental de planillas estadísticas de Terapia Ocupacional, entrevista a la Asistente Social del Subcentro de Salud N° 12 y entrevistas semiestructuradas a todas las madres que conformaron la muestra.

En los datos obtenidos de la población estudiada hallaron que algunas madres no son conscientes de que a través de sus acciones pueden favorecer el normal desarrollo del niño, otras, consideran que influyen en el mismo, sin saber específicamente como hacerlo, descuidando aspectos fundamentales como lo social y lo cognitivo, delegando el desarrollo de éstas áreas en las instituciones educativas. Si bien presentan limitaciones dadas por la condición socioeconómica, existen recursos a su alcance que no son utilizados en forma creativa para ampliar la variedad de estímulos otorgados al niño.

Dada la existencia de retraso en el desarrollo e importantes dificultades de aprendizaje en niños que viven en situación de pobreza, pudieron inferir que uno de los factores que pueden incidir sobre esta situación, es la estimulación que brinda la madre a su hijo en poblaciones con estas características.

- ❖ Becce, H.; Di Santo, M. "Adquisición de las actividades de la vida diaria de cuidado personal en niños pertenecientes a poblaciones con Necesidades Básicas Insatisfechas" Tesis de Grado. Lic. en Terapia ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 1998.

El objetivo general fue comprobar si los niños pertenecientes a la población con Necesidades Básicas Insatisfechas que concurren a los comedores de Jardines Municipales de la ciudad de Batán y que cursan la Tercera Sesión del Nivel Inicial, lograron las actividades de la vida diaria de cuidado personal correspondientes a esa edad, y poder brindar nuevo aportes a la Terapia Ocupacional acerca de la evaluación de éstos niños.

Tipo de estudio exploratorio – descriptivo.

La muestra estuvo conformada por 40 niños de 5 a 6 años que concurrían al comedor de los Jardines Municipales N° 4 y N° 21 de Batán.

Los métodos de recolección de datos fueron: recopilación documental de los legajos existentes en los Jardines Municipales, entrevistas a las directoras de ambos jardines y observación estructurada a cada niño utilizando un instrumento de registro.

Los resultados obtenidos fueron que ninguno de los 40 niños tenía adquirida la totalidad de las pautas relacionadas con las actividades de cuidado personal correspondientes a los 5 y 6 años de edad. El promedio de ítems adquiridos fue del 71,2 % de la evaluación, existiendo un mayor promedio de pautas adquiridas en la actividad de vestido (76,3 %) que en las actividades de alimentación e higiene (77 % y 75 %).

La conclusión fue que el aprendizaje de las actividades de cuidado personal no es estimulado por los padres en los hogares, el ambiente en el que está inmerso el niño perteneciente a poblaciones con Necesidades Básicas Insatisfechas no favorece la adquisición de las pautas relacionadas con dichas actividades. Las licenciadas consideraron sumamente importante la inclusión de las actividades de alimentación, vestido e higiene como parte de la rutina escolar del nivel inicial e inclusive que su estimulación debe comenzar aún antes.

- ❖ Casanova Rosado, A. J., Casanova Rosado, J. F., Solís Medina, C. E.; "Malos Hábitos Orales en infantes de guarderías del Instituto Mexicano del Seguro Social" México Campeche. Año 1999.

El Departamento de Estomatología del Instituto Mexicano del Seguro Social en Campeche realizó una investigación sobre los Malos Hábitos Orales (MHO) ya que no contaban con dicha información en el ámbito estatal.

Partieron de la base de que los MHO de succión no nutritiva y morder objetos o tejidos se mencionan en la literatura especializada como dos de las principales causas de maloclusión. Los progresos de la odontología han sido evidentes en la reducción de los principales problemas de salud oral, sin embargo, cada vez se presentan con mayor frecuencia lesiones dentarias por atrición, maloclusiones, desórdenes temporomandibulares, de tipo neuromusculares, variedades patológicas del crecimiento y desarrollo de los maxilares asociadas con alguna función no fisiológica de la boca; los hábitos orales anormales hacen actuar fuerzas no fisiológicas sobre los dientes. Los hábitos de succión no nutritiva se presentan con mayor frecuencia en pacientes del grupo de niñez temprana, y los hábitos de morder en preadolescentes y adolescentes.

El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia, distribución y condiciones asociadas con los malos hábitos orales en niños de las guarderías bajo responsabilidad del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

Se realizó un estudio de tipo transversal. A través de un muestreo no probabilística fueron incluidos 189 niños de 3 a 48 meses de edad. Los datos personales y sociodemográficos se obtuvieron de un cuestionario dirigido a las madres.

La conclusión de la investigación fue que la prevalencia de MHO fue relativamente alta (47,4%) considerando el número de niños estudiados. Del total de niños con MHO, el mayor porcentaje se observó en niños de sexo masculino, que utilizaban chupete, con salud general regular y cuyas madres tenían menos de 30 años de edad.

Los MHO se manifiestan de diferente forma según la edad y el género. La controversia sobre la etiología de los MHO continúa.

- ❖ Dres. Aliboni, V.; Alfie J.; Pastrana S. "Uso del chupete: hallazgos preliminares" Buenos Aires. Año Julio-Agosto-Septiembre 1999.

Dada la controversia existente acerca de los beneficios y perjuicios ocasionados por el uso del chupete, se realizó dicha investigación con los siguientes objetivos:

- Determinar los trastornos ocasionados por el uso prolongado del chupete.
- Evaluar la influencia del medio socioeconómico en el hábito de usar chupete.
- Evaluar si existe relación entre el uso del chupete por alguno de los padres y el ofrecimiento del mismo al niño.

Se efectuaron encuestas anónimas a los padres de niños de 6 meses a 6 años que concurrían para su atención en un Centro de Salud en la ciudad de Buenos Aires, de clase media baja y baja, y en un consultorio de clases media alta y alta.

El estudio fue de tipo prospectivo, observacional, descriptivo y transversal, comparativo entre dos poblaciones. Los datos fueron procesados y analizados utilizando el paquete estadístico Epi Info 6, versión 6.03 enero de 1996, C.D.C. E.E.U.U.

De acuerdo a dicha investigación se concluye que existe un mayor uso de chupete por parte de la población con mayores recursos socioeconómicos, en los hijos de padres que en su infancia lo usaron, más incidencia de candidiasis oral, sin diferencias significativas en trastornos del habla, otitis media aguda o destete precoz.

- ❖ Vega, M.C.; Bosenberg, I.; Campisi, M.A.; Porro, S.; Camezzana, G. "Desarrollo de los niños de familias pobres en la ciudad de Mar del Plata. Identificación de riesgos. La Salud en Crisis" Trabajo de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2003.

La investigación mencionada tiene como objetivo general contribuir al desarrollo de las estrategias de promoción y atención de la salud que favorezcan el bienestar de los niños desde la óptica de la Atención Primaria de la Salud. Es por esto que estudian las

características del desarrollo integral del niño de alto riesgo social desde el nacimiento hasta la edad escolar con un enfoque que lo abarca a él, a su familia y a su comunidad.

La muestra estuvo compuesta por 80 niños y sus familias que concurrieron a dos Centros de Salud ubicados en barrios periféricos de la ciudad de Mar del Plata, con alto porcentaje de población de alto riesgo social.

Sus objetivos fueron:

- Identificar informantes relevantes, que constituyan un aporte para la planificación y ejecución de programas en la comunidad.
- Identificar características de las familias y del niño recién nacido relacionadas con su desarrollo en los dos primeros años de vida.
- Identificar los grupos más vulnerables dentro de una población de alto riesgo social.
- Analizar en forma integral el problema del retraso del desarrollo de los niños de causa social y proponer para la discusión conclusiones de una investigación interdisciplinaria.

Para llevar a cabo los objetivos recolectaron datos demográficos, socioeconómicos, educacionales y de participación comunitaria de las familias. Evaluaron el desarrollo psicomotor de los niños desde el nacimiento hasta los 2 años, a través de la evaluación en Terapia Ocupacional, realizaron Examen Neurológico y utilizaron la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses de S. Rodríguez. Además estudiaron aspectos del desarrollo como niveles de inteligencia, dibujo, juego y aspectos vinculados al ejercicio de la función materna en un subgrupo de 25 niños seleccionados de manera aleatoria.

Los resultados obtenidos fueron que las familias presentaron homogeneidad en los indicadores de pobreza estructural y de participación en la comunidad. El análisis de la salud de la mujer mostró características relacionadas con los factores sociales: embarazo adolescente, multiparidad temprana e importantes índices de bajo peso al nacer y retardo de crecimiento intrauterino de los niños al nacimiento. Lo que caracteriza el desarrollo de éstos niños es una inestabilidad y dificultad para alcanzar las pautas esperadas para la edad, tendencia que los coloca en riesgo con descensos más marcados en determinadas edades 1º, 3º, 4º, 8º, 15º y 18º meses.

- ❖ Alsina, V.; Valente Lozada, L. "Rendimiento en las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica valorados a través de técnicas de Screening en Terapia Ocupacional" Tesis de grado. Lic. en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social Universidad Nacional de Mar del Plata. 2006

El objetivo general fue identificar el rendimiento en cada una de las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica valorados en los Screening de Terapia Ocupacional.

Se utilizó un diseño no experimental de corte transversal retrospectivo con un enfoque cuali-cuantitativo.

La muestra estuvo compuesta por 74 niños de 24 meses y 2 días que fueron valorados a través de técnicas de Screening de Terapia Ocupacional en el Centro IREMI.

Las técnicas utilizadas fueron recopilación de datos de historias clínicas, entrevistas semiestructuradas a los profesionales que forman parte del Programa "Control del Niño Sano".

Los resultados proporcionados por las entrevistas con respecto a los hábitos de los niños fueron los siguientes:

- Hábitos de alimentación: el 51,35% presentó hábitos inadecuados; el 65% persisten en el uso de mamadera, el 17,5 % continúan siendo amamantados y el 17,5 % continúan con el uso de chupete.
- Hábitos de sueño: el 50 % de los niños presentó conductas inadecuadas; en el 35,13% se registro cohabitación con los padres y el 64,86% duermen en colecho con los padres y/o hermanos.
- Hábito de higiene: no se hallaron hábitos inadecuados en cuanto a la higiene personal y en lo que respecta al control de esfínteres poseen conductas esperadas a su edad cronológica.
- Hábitos lúdicos recreativos: no se hallaron hábitos inadecuados.

Los resultados obtenidos de la evaluación del desarrollo psicomotor fueron: el 80% de los niños presentó rendimiento acorde, el 10% se halló en situación de riesgo y el 10% restante en situación de retraso. El área del lenguaje fue la más afectada.

Es importante destacar que la información que más se aproxima a nuestra temática planteada fueron investigaciones realizadas por colegas en la ciudad de Mar del Plata desde la facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.

Y con respecto a los artículos científicos encontrados en las bases de datos, el mayor porcentaje corresponde a investigaciones relacionadas con hábitos inadecuados.

MARCO TEÓRICO

PRIMER CAPÍTULO

Crecimiento, Maduración y Desarrollo se refieren, desde tres perspectivas diferentes, a los procesos evolutivos del niño. El término Desarrollo resulta, entre estos tres conceptos el más abarcativo, ya que se remite a las transformaciones globales que, incluyendo el crecimiento, maduración, y los aspectos psicológicos, conduce adaptaciones cada vez más flexibles.

DESARROLLO

“Se define Desarrollo como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales se modifican en un constante palpitar vital.”⁶

“El Desarrollo del niño: físico, mental, cognoscitivo y social depende de una buena nutrición, cuidado y estímulos que recibe durante el período peri natal y en los primeros años de su vida. Además es necesario que se dé en un marco de un vínculo e interacción con sus padres, familia, equipo de salud y docentes en un ambiente facilitador”⁷

El Desarrollo del niño es un proceso complejo. Se inicia desde el momento de la fecundación y dura toda la vida. Todo este tiempo, el niño está creciendo y desarrollándose física, intelectual, afectiva y socialmente.

Según Myers Robert (1993) el proceso del desarrollo tiene varias características:

1. Es un proceso MULTIDIMENSIONAL: Incluye las dimensiones motoras, intelectuales o cognitivas, sociales y emocionales.
2. Es un proceso INTEGRAL: Por que todas estas dimensiones funcionan de manera interrelacionada y deben ser consideradas como un conjunto indisoluble. Los cambios que se producen en una dimensión influyen sobre el desarrollo de las otras y viceversa.
3. Es un proceso CONTÍNUO: Por que comienza antes del nacimiento y continúa toda la vida. Esto significa que cualquier evento que suceda en un momento del desarrollo puede contribuir o dificultar los eventos posteriores.

⁶ Cusmisky, M.; Lejarraga, H. y cols. “Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño” O.P.S.-O.M.S. Serie Paltex N°8. Año 1986. Pág. 55.

⁷ Vega, M. C. y equipo de investigación. “Terapia Ocupacional en crecimiento y desarrollo infantil. Importancia de saberes y prácticas.” Proyecto de investigación Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 2001. Pág. 2.

4. Es un proceso de INTERACCIÓN: Con sus ambientes biofísico y social, interactuando con las personas y actuando con las cosas. A la vez el niño influye sobre su ambiente, mediante sus respuestas e iniciativas.
5. Se ajusta a un determinado PATRÓN.

Arnold Gesell define Desarrollo como un proceso madurativo, de carácter esencialmente biológico, con una fuerte regulación genética, en el cual a medida que el niño crece en edad alcanza de manera progresiva, sucesiva y cronológica determinados logros y pautas de conducta que se van cumpliendo siempre con la misma secuencia.

Jean Piaget habla del Desarrollo como aquel proceso que se extiende desde el nacimiento hasta la adolescencia, marcado por tiempos y caracteres que denomina “períodos” y que guardan la particularidad de integrarse unos en otros en forma de espiral ascendente, sin que lo primero se pierda en lo que le sigue. Parte del concepto de que el niño tiene un papel activo en el conocimiento del mundo, construyendo cada conocimiento nuevo sobre la base de los preexistentes.

El Desarrollo es integral, dinámico, continuo y ordenado en sucesión de etapas o fases, cada una de estas fases o función pueden aparecer en tiempos distintos. Lo que un niño logra en un mes, otro lo realiza en un día. Esto se debe a la influencia compleja de diferentes factores.

Piaget describió cuatro factores que afectan el desarrollo:

- Factores hereditarios;
- Factores de acción del ambiente físico;
- Factores de acción del ambiente social; y
- Factores de equilibrio que gobiernan particularmente las interacciones de los tres anteriores y favorecen la adaptación del individuo.

“El Desarrollo del niño constituye el camino de resolución de sus necesidades, que parte de la dependencia absoluta y va constituyendo su autonomía relativa en la medida que la maduración del sistema nervioso y su intercambio múltiple con el medio humano y físico se lo van permitiendo.”⁸

⁸ Chokler, M. Documento publicado por la Dirección de Educación Especial de la provincia de Buenos Aires, año 2000. Pág. 18.

La OPS en su "Programa del Desarrollo Integral del Niño" señala que el Desarrollo es un proceso complejo en el que interactúan aspectos biológicos, afectivos, cognitivos, ambientales, socioeconómicos y culturales, mediante el cual el individuo adquiere una creciente capacidad para moverse, pensar, coordinar, sentir e interactuar con los otros y el medio que lo rodea.

Para que un niño se desarrolle saludablemente y de manera normal, es necesario satisfacer no solamente sus necesidades básicas de alimentación, salud y protección, sino también las necesidades básicas de afecto, interacción, estimulación y seguridad.

El Desarrollo del niño es el resultado de lo que el trae al nacer y su medio ambiente, costumbres, hábitos, creencias y actitudes de la familia.

MADURACIÓN

El concepto de Maduración, según M. Knobel, es la capacidad plástica del potencial genético del hombre para proveer los elementos necesarios para una adecuada adaptación al ambiente.

El termino Maduración define a un proceso de organización progresiva de funciones y cambios orgánicos o estructurales, que ocurren dentro del cuerpo del individuo. Es un proceso biológico y esta ligado a una propiedad o función particular.

Principios de Maduración:

1. **Patrón de desarrollo céfalo-caudal:** El desarrollo, el control y la coordinación muscular progresan desde la cabeza hasta los pies. El control cefálico precede al del tronco y las extremidades inferiores.
2. **Patrón de desarrollo próximo-distal y medial-lateral:** Las partes del cuerpo más próximas a la columna suelen ser controladas de forma coordinada antes que las partes mas alejadas de ella.
3. **Patrón de desarrollo masivo a específico:** Inicialmente, gran parte de actividad motora del lactante consiste en movimientos de todo el cuerpo. Con la madurez estas respuestas masivas, diferenciadas y generalizadas se tornan más específicas.
4. **Patrón de desarrollo motor grueso a motor fino:** Dado que el control de la musculatura proximal precede al control de la musculatura distal, el dominio de

los músculos más grandes preceden al dominio de los músculos más pequeños. Este dominio debe tornarse mas refinado y definitivo para permitir la adquisición de destrezas.

Los indicadores de Maduración del niño son:

- Maduración dentaria.
- Maduración sexual.
- Maduración ósea.
- Maduración psicomotriz: Esta se refiere a la maduración de numerosas funciones y áreas de la coordinación del niño, la cual incluye:
 - La maduración de las funciones motoras gruesas.
 - La maduración de las funciones motoras finas.
 - La maduración de funciones sensoriales.
 - La maduración de funciones sociales.
 - La maduración emocional del niño, de sus funciones adaptativas, de procesos de individuación e independencia, etc.

Por lo tanto, podemos decir, que la Maduración pone en condiciones al organismo, para extraer experiencias del medio ambiente.

CRECIMIENTO

“El Crecimiento es el proceso de incremento de masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular.”⁹

Sucedan dos mecanismos que contribuyen al crecimiento humano, que operan con diferente intensidad en distintos momentos de la vida. Estos son:

- Hiperplasia o aumento del número de células; y
- Hipertrofia o aumento del tamaño de las células.

Dentro del proceso de crecimiento se dan dos períodos:¹⁰

⁹ Cusmisky, M.; Lejarraga, H. y Cols. “Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño” O.P.S.-O.M.S. Serie Paltex N°8. Año 1986 Pág. 4.

¹⁰ Alfaro, G. y Barbero, M. “Desarrollo Mental y Psicomotor en niños nacidos de pretermino””. Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMdP. Año 1999. Pág. 33.

- 1- el período de crecimiento Intrauterino que se subdivide en : a) período embrionario que se extiende desde la fecundación hasta la 12ª semana de vida intrauterina y se caracteriza por una intensa multiplicación celular (Hiperplasia) con escaso aumento del tamaño del embrión; y b) período fetal que se extiende desde la 13ª hasta la 40ª semana es decir, hasta el término de la gestación y se caracteriza principalmente por una combinación de los procesos de hiperplasia e hipertrofia celular, por lo cual aumentan de tamaño todos los órganos ya formados. De la 28ª a 38ª semana, el crecimiento fetal es muy acelerado. A partir de éste momento disminuye el ritmo de crecimiento.
- 2- El período de crecimiento postnatal, conformado por cuatro etapas de características disímiles: a) primera infancia (desde el nacimiento hasta los 3 años de edad); b) segunda infancia o intermedia; c) etapa de aceleración o empuje puberal; y d) fase de detención final del crecimiento.

En el complejo proceso de crecimiento, participan una serie de factores relacionados con el medio ambiente y con el propio individuo.

Estos factores que regulan al Crecimiento son:

- Factores nutricionales: El crecimiento no depende únicamente de la cantidad y calidad de los alimentos que ingiere el niño, sino también de la forma en que estos son asimilados y utilizados por el organismo.
- Factores socioeconómicos: El contar con pocos recursos económicos tiene implicancia sobre el crecimiento.
- Factores emocionales: Se relacionan con la importancia de un ambiente psicoafectivo adecuado que el niño necesita desde su nacimiento y a lo largo del crecimiento.
- Factores genéticos: Ejercen la acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento. La talla del niño tendrá relación con la de los padres y familiares.

- Factores neuroendocrinos: Participan en el funcionamiento normal de un organismo, su actividad se traduce en el efecto modulador que ejercen sobre funciones preexistentes.

APRENDIZAJE

Este término hace referencia al proceso por el cual un individuo se adapta al medio en el que vive.

El niño, a través del aprendizaje, experimenta en el mundo, modifica ese mundo y se apropia de él. En esa interacción dialéctica, activa de transformación mutua niño-contexto, el niño crece y así amplía su conocimiento, sus destrezas de exploración y competencia, enfrentándose a nuevos desafíos.

El Aprendizaje es un cambio relativamente permanente en el comportamiento que refleja un aumento de los conocimientos, la inteligencia o las habilidades conseguidas a través de la experiencia, y que puede incluir el estudio, la observación o la práctica.

Según Kimble (1961) el Aprendizaje es un cambio relativamente permanente en la potencialidad del comportamiento como resultado de la práctica reforzada.

Para Pichón Riviere, el aprendizaje es un proceso de apropiación de la realidad para modificarla que involucra la comunicación de dos personas: una que enseña y otra que aprende. Todo aprendizaje incluye un cambio, una incorporación de algo nuevo que se integra a lo que ya aprendimos anteriormente.

Hilgard y Bower en su libro sobre "Teorías del Aprendizaje" señalaron que el aprendizaje es el proceso que hace posible que la experiencia se traduzca en un cambio conductual. Este proceso asienta en el sistema nervioso en el que se produce un cambio el cual debe permanecer, porque si no persiste no hay un verdadero aprendizaje. La permanencia implica el proceso que se denomina memoria.

"El aprendizaje es un proceso de adquisición producido por acción de la experiencia que se basa en un cambio estructural permanente del sistema nervioso."¹¹ Desde el nacimiento los estímulos sensoriales intervienen en la remodelación de los árboles dendríticos, las sinapsis y en la estructuración de los mapas corticales. Este proceso que se suma e interjuega con la maduración es el aprendizaje.

¹¹ Rebollo, A, "Dificultades del Aprendizaje" 2da Edición, Ed. Prensa Medica Latinoamericana. Montevideo. Año 2004. Pág. 17.

El concepto de aprendizaje se relaciona con el de plasticidad considerando la misma como el mecanismo que subyace en la mutabilidad y flexibilidad del cerebro y que hace posible la cognición. La plasticidad es la capacidad que tiene el cerebro de seguir aprendiendo.

Vygotsky (1995) plantea que el aprendizaje se produce no sólo por la instrucción sino también por la participación activa del aprendiz en dicho proceso. Lo importante es creer que cada niño puede aprender porque entonces se encontrará la forma de enseñar. También señaló que el hecho de que el niño quiera aprender es su mejor indicador de su desarrollo cognitivo, que lo que pueda hacer por sí solo.

Para un aprendizaje efectivo la motivación es un factor relevante, el que aprende hace algo por satisfacer sus intereses y necesidades.

Pasamos gran parte de nuestras vidas aprendiendo, no solo en el jardín, escuela y universidad sino en las experiencias cotidianas de la vida.

El crecimiento, maduración y desarrollo durante la infancia están mediatizados por la crianza realizada tanto en el hogar a cargo de los padres y en la guardería por parte de las preceptoras, quienes son los encargados de brindar los cuidados, conocimientos y espacio adecuado para lograr así un mayor aprendizaje y fomentar la independencia en sus actividades de la vida diaria.

DESARROLLO PSICOMOTOR

Analizando literalmente el término Psicomotor “psico” hace referencia a la actividad psíquica y “motor” al movimiento corporal. El desarrollo psicomotor constituye un aspecto evolutivo del ser humano, comienza en el vientre materno, desde la configuración del Sistema Nervioso a las tres semanas de la concepción, se extiende durante toda la infancia e incluso en la edad adulta. No hay tiempo que marque cuando se adquiere cada una de las secuencias del desarrollo, cada niño, su genética, su entorno o su temperamento, tienen mucho que ver con ello.

Según Ramos, F. (1979), la psicomotricidad es la integración de la motricidad elevada al nivel del desear y del querer hacer. A través de la intervención del psiquismo, el movimiento se convierte en gesto, es decir, en portador de intencionalidad y de significación.

El desarrollo psicomotor es el proceso continuo a lo largo del cual el niño adquiere progresivamente las habilidades que le permitirán una plena interacción con su entorno. Este proceso es:¹²

- Secuencial: Las distintas capacidades se adquieren siguiendo un orden determinado y cada una ayuda a que se alcance la siguiente.
- Progresivo: Va aumentando la complejidad de las funciones que se adquieren.
- Coordinado: Interactúan distintas áreas para alcanzar una determinada actividad.

El desarrollo psicomotor es la progresiva adquisición de habilidades, conocimientos y experiencias en el niño, siendo la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central y que no solo se produce por el mero hecho de crecer sino bajo la influencia del entorno en este proceso. Depende de la carga genética del individuo, de su nivel de maduración y de las oportunidades de entrenamiento o aprendizaje brindados.

¹² Fundación Eroski “Desarrollo Psicomotor” <http://bebe.consumer.es/desarrollo-psicomotor/conceptos-generales> Fecha de consulta 11 de Septiembre.

El desarrollo psicomotor está formado por una serie de aprendizajes que el niño realiza a través del movimiento, éste no es solo el resultado de la contracción de algún músculo, sino que es un acto voluntario orientado a un fin determinado, con un objetivo, algo intencionado o planificado y situado en el medio que nos rodea, así que la motivación del movimiento dependerá de los estímulos que nos proporcione el entorno.

La calidad y variedad de estímulos presentes en el medio ambiente así como la calidad y oportunidad en que sean entregados al niño van a favorecer o limitar su conducta, por lo que se consideran factores relevantes para el pleno desarrollo infantil.

El desarrollo infantil se produce como un todo integrado; el crecimiento motor, la maduración afectiva, cognitiva y lo social, van apareciendo de una forma armónica, y unas son el soporte de las otras, dando lugar a nuevos logros. Cada una de las áreas puede desarrollarse más rápidamente que otra, debido a una mayor capacidad y destreza en una de ellas o porque exista una mayor estimulación ambiental.

Gesell Arnold en su libro "El niño de 1 a 5 años" agrupa la conducta del niño en 4 áreas o campos, cada una representando un aspecto diferente del desarrollo:

Área del lenguaje:

Incluye todas las formas de comunicación y tanto su expresión como su comprensión; vocalizaciones, postura, movimiento, expresión facial, palabra, frase y comprensión de la comunicación con los otros.

El lenguaje se caracteriza por:¹³

- Ser un sistema compuesto por unidades que permiten una descripción estructural o formal regido por reglas: **cómo es.**
- Su adquisición y uso posibilita formas de relación y de acción sobre el medio, posee una dimensión social y funcional: **para qué se utiliza el lenguaje.**
- Dar lugar a formas concretas de conducta, posee una dimensión conductual: **cómo se utiliza.**

¹³ López P. Ortega C. y Moldes V. "Terapia Ocupacional en la infancia". Ed. Médica Panamericana. Madrid. Año 2008. Pág. 78.

El desarrollo del lenguaje se considera una habilidad cognitiva. Desde el nacimiento y durante los tres primeros meses el bebé se comunica a través del llanto y sonidos guturales, manifestando sus diferentes estados ya sea de hambre, cansancio, incomodidad, malestares. A los 3 o 4 meses de edad comienza a comunicarse mediante la sonrisa, expresiones faciales y el balbuceo dando inicio al pre-lenguaje, repite los sonidos que emite, presenta modulación de la voz en forma diferencial.

A los 5 meses aparecen los primeros monosílabos como “ba”, “ga”, “ta”, “da”. Entre los 6 y 8 meses repite sílabas y emite balbuceos como “lalala”, “mamama”, “papapa”. Comprende juegos de gestos. A los 9 meses dice “adiós” con la mano, presta atención cuando se le llama por su nombre y comprende la palabra “no”. Entre los 10 y 12 meses, dice expresiones como “mama” y “papa”, pero sin comprender el significado que le asignan los adultos. Al año de vida suele haber adquirido una o dos palabras con sentido además de “mama” y “papa”. Puede imitar y repetir palabras pero no es capaz de utilizarlas espontáneamente. Hacia los 2 años aprende palabras sencillas familiares y funcionales, incrementan su vocabulario hasta llegar a varios cientos de palabras y utilizan un significante para referirse a varios significados.

Área Motora:

Incluye todos aquellos comportamientos relacionados con el equilibrio del cuerpo para adoptar cierta postura o desplazarse convenientemente. Hay un desarrollo continuo que abarca la madurez psicológica y la coordinación cada vez mas adecuada de los distintos movimientos. Comprende: reacciones posturales, equilibrio cefálico, postura sedente, cuadrúpeda y marcha.

El desarrollo de la motricidad funcional depende de tres componentes principales:¹⁴

- 3- La Maduración (ontogénesis) que perfecciona la potencialidad cerebromotriz evocada anteriormente.
- 4- Las Aptitudes Perceptivomotrices Innatas que permiten la memorización témporo-espacial de los movimientos producidos y las informaciones que provienen del medio exterior.

¹⁴ Le Metayer M. “Reeducación Cerebromotriz del niño pequeño. Educación Terapéutica” Ed. Masson S.A. Barcelona. Año 1995. Pág. 29

- 5- Las Experiencias Motrices Repetidas que permiten los ajustamientos de los movimientos intencionales en un contexto de motivaciones y estimulaciones educativas, en el que el estado de satisfacción del niño y su efectividad van a desempeñar también un gran papel.

La adquisición de las distintas pautas de conducta motriz nos da información sobre la madurez del aparato neuromuscular y sobre el nivel de coordinación primario.

El desarrollo psicomotor en la infancia temprana se caracteriza sobre todo por reflejos que dominan los movimientos y el comportamiento del bebé.

“El comportamiento reflejo es una función de supervivencia importante para el bebé y lo controlan sobre todo las áreas del sistema nervioso central más primitivo, incluida la médula espinal y los niveles de la base del cerebro.”¹⁵

A medida que el niño se desarrolla, estos reflejos primitivos desaparecen de forma gradual, la mayoría al primer año de vida, otros se incorporan a acciones más complejas y voluntarias.

Las reacciones de enderezamiento, de protección y las de equilibrio (reacciones posturales o automáticas), se van adquiriendo a medida que el niño comienza a tener control postural para el movimiento funcional. “El desarrollo de estas reacciones ocurren primero en decúbito ventral, luego en decúbito dorsal, más tarde al sentarse, luego en posición de gateo (con manos y rodillas) y finalmente de pie.”¹⁶

Los reflejos primitivos y las reacciones automáticas proveen información acerca de la calidad del movimiento de un niño, pueden influir en la habilidad para adquirir progresivamente destrezas motoras más complejas, y proveer información acerca de la maduración del neurodesarrollo.

“El desarrollo o habilidad motora fina comprende, desde la prensión refleja a la destreza manipulativa, desde la fijación ocular al dominio visual completo; ambas interrelacionadas entre sí a través de la iniciativa ideomotriz, hasta el logro de una adecuada coordinación ideomotriz (Arce, C. 1991).”¹⁷

¹⁵ Mulligan, S. “Terapia Ocupacional en Pediatría” Ed. Médica Panamericana. Bs. As. Año 2006. Pág. 115.

¹⁶ Nichols, D. “Control Postural” 4ª Edición. Ed. J. Case-Smith. St. Louis. Año 2001. Pág. 268.

¹⁷ “Desarrollo Psicomotor” año 2006. www.desarrollopsicomotor.htm consultado el 11 de septiembre 2008.

Área Personal – Social:

Representa las capacidades y características que permiten al niño establecer interacciones sociales significativas. El niño interactúa con su ambiente.

Incluye las reacciones que el niño tiene hacia la cultura en la que vive, influenciado por el medio.

Es un área que se describe en múltiples comportamientos que tienen en común el intercambio entre el niño y el medio social en que vive, actitudes de reconocimiento del otro, comunicación, control y adaptación a ciertas normas, adquisición de hábitos, etc.

El bebé durante los dos primeros meses fija la mirada en el rostro humano y realiza mímicas; a los 3 meses aparece la sonrisa social, a los 5 meses aparecen las demostraciones faciales de placer o disgusto; entre los 6 y 8 meses reacciona a los requerimientos verbales; a los 10 meses imita gestos simples; a los 15 meses abraza a sus juguetes e identifica el beso como reacción afectiva; y a los 18 meses se refiere a sí mismo por su nombre.

Para entender el desarrollo social del niño, Bronfenbrenner (1987) desde un Enfoque Ecológico, plantea que el desarrollo está condicionado por los entornos en los que transcurre la existencia humana. Destaca el papel fundamental del ambiente caracterizándolo en términos de sistemas y estructuras interpersonales cada vez más amplias. En un primer momento el bebé solo se relaciona con el Microsistema familiar, que consiste en su primer referente o entorno ecológico, se compone de interacciones cara a cara en un contexto inmediato (la familia, la guardería, la escuela, el grupo de amigos entre otros). Con su crecimiento el niño percibe la continuidad de las persona a través de los contextos y empieza a relacionar las acciones entre los entornos, esto constituye el Mesosistema. El Exosistema hace referencia a la interacción e impacto de los sistemas sociales como marcos ideológicos, conceptuales y demográficos. Y en el Microsistema se engloba a los tres sistemas anteriores en el marco de una cultura. Estos cuatro niveles crecientes del ambiente determinan las interacciones, los procesos y las estructuras que repercuten en el desarrollo del niño.

Área de Conducta Adaptativa:

Incluye todas las áreas del desarrollo y se refiere a la habilidad del niño de integrar las experiencias pasadas, en las nuevas.

Comprende todos aquellos comportamientos que suponen una adecuación en función de los objetos exteriores al niño, ya sea aquellos espontáneamente manifiestos frente a los estímulos o aquellos efectuado por imitación o estimulados por una consigna verbal. El análisis de este tipo de conducta por la cual el sujeto actúa sobre los objetos, nos dará datos acerca de las adquisiciones del bebé por el grado de coordinación de sus esquemas de acción.

“El Área Adaptativa se refiere a la capacidad del niño para utilizar la información y las habilidades logradas pertenecientes a otras áreas (motora, cognitiva, de comunicación, etc.). Implica también las habilidades de autoayuda y las tareas que dichas habilidades requieren. Las primeras son conductas que permiten al niño ser cada vez más independientes para alimentarse, vestirse y asearse. Las segundas suponen las capacidades del niño para prestar atención a estímulos específicos durante periodos de tiempo cada vez más largos, para asumir responsabilidades personales en sus acciones e iniciar actividades con un fin determinado, actuando apropiadamente para completarlas.”¹⁸

El bebé al mes mira a su alrededor de forma mecánica; a los 4 meses es capaz de seguir más ampliamente con movimientos de la cabeza y los ojos hacia las personas y objetos; a los 7 meses va a tener un comportamiento más activo, mira los objetos que tiene en la mano, hace movimiento de defensa intentando quitarse los objetos que le molestan; a los 10 meses inician los movimientos de masticación y es capaz también de asociar objetos; a los 12 meses surge la valoración rudimentaria de la forma y del número, hay una tendencia a la imitación; y a los 18 meses sabe donde encontrar los objetos y a quién pertenecen, también es capaz de señalar con el dedo las partes de su cuerpo. Hay una mayor concepción de la forma y el espacio.

Brazelton y Cramer (1990) señalaron que los bebés se adaptan y acomodan al estilo del cuidado provisto por sus padres o cuidadores.

¹⁸ “Desarrollo Evolutivo de los diferentes ámbitos en los niños de 0 a 6 años.”

www.ecsocial.com/web/subdominios Fecha de consulta 12 de Septiembre 2008. Pág. 3

Los diferentes estilos de crianza influyen en el desempeño del niño. El apoyo de los padres y/o cuidadores, el interés y la participación de los mismos en las actividades de los niños, su guía y aprobación, son todas importantes para el crecimiento de cada niño en el sentido de si mismo y en la habilidad para respetar las normas y asumir responsabilidades.

Como expresa Mirta Chokler la actividad humana, es esencialmente psicomotriz y para poner en marcha dicha actividad, necesitamos de la articulación de diferentes sistemas que interactúen determinando una particular manera de ser y estar en el mundo (sistema anatomofisiológico, psicológico y sociales).

Por lo antes expuesto sabemos que el desarrollo del niño es un proceso dinámico; es decir, que existe un cambio continuo, tanto en las habilidades del niño, como en sus estructuras corporales y mentales o en los aspectos del ambiente. Por estas razones, la intervención del Terapeuta Ocupacional debe ser también dinámica y flexible, adaptándose continuamente al proceso de desarrollo del niño, a sus factores de maduración y crecimiento, y a factores ambientales, siendo los más importantes los culturales y socioeconómicos a los cual están expuestos los niños que concurren a la Casa del Niño Centenario.

EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 AÑOS DE EDAD

Área Motora:

La mayor parte de sus satisfacciones y de su “hacer diario” son de orden motor, disfruta enormemente de la actividad motriz gruesa, posee una “mentalidad motriz”. A esta edad el equilibrio se encuentra mas desarrollado lo que le permite al niño correr, saltar, trepar, bailar, subir y bajar escaleras solo (colocando los 2 pies sobre cada escalón). Puede patear la pelota con mayor precisión. Le interesan los juegos fuertes (acrobáticos), tanto solitarios como en respuesta a un estímulo.

En el niño la motricidad fina también ha progresado adquiriendo una gran flexibilidad de la muñeca y una buena rotación de antebrazo, permitiendo así abrir y cerrar puertas, pasar una a una las hojas de un libro, hacer garabatos, reproducir trazos en una hoja, ensartar bolitas con una aguja. Construye torres de 6 cubos. Este es una índice matemático del progreso experimentado en la coordinación motriz fina, tanto en los flexores para asir como en los extensores para soltar.

Área del lenguaje:

Esta es la edad de la explosión del vocabulario. El niño utiliza el “verbo”, hace “frases explícitas” y abandona la jerga del “lenguaje global”. Predominan considerablemente los nombres de cosas, personas, acciones y situaciones. Los adverbios, adjetivos y preposiciones se hallan en minoría. Los pronombres mío, mi, tu y yo empiezan a ser usados más o menos en el orden dado. En tanto que su sentido del yo no es tan absolutista sintiéndose mas inclinado a llamarse a si mismo por su nombre. Con la misma frase el niño expresa la intensión y la acción. El soliloquio se ha convertido en canto, de manera que él canta sus frases. Le gusta escuchar tanto por razones de lenguaje como por razones sonoras, por esto le gustan los cuentos que le hace un tercero sobre él mismo o las cosas familiares.

Quando cuenta sus propias experiencias, lo hace con toda fluidez aunque sin usar un tiempo pretérito definido; el pasado se convierte en presente. Su sentido del tiempo esta dado por una sucesión de acontecimientos personales. Su comprensión no depende sin

embargo, del vocabulario, sino de cierta madurez neuromotriz que será la que, a su vez le hará usar las palabras adecuadas en el lugar preciso.

Desde el punto de vista intelectual su mérito más alto es su capacidad para formular juicios negativos. Ha empezado a decir “no” en el elevado plano de la lógica. Le produce placer encontrar la correspondencia entre objeto y palabra.

Área de Conducta Adaptativa:

Hay un progreso real en el terreno de la atención. También se ha ampliado el radio de acción de su memoria, busca los juguetes perdidos y recuerda lo que paso ayer.

Comienza a hacer distinciones entre negro y blanco. Aunque puede conocer los nombres de colores, aún no esta en condiciones de discriminarlos. Reconoce variedad de figuras.

A los 2 años es estrecha la interdependencia entre el desarrollo mental y el motor, a esta edad el niño parece pensar con sus músculos. Interpreta lo que ve, y a veces lo que oye.

Su conducta adaptativa de halla canalizada y delimitada por las líneas estructurales ya maduras o en maduración, de su sistema neuromotor.

Área de Conducta Social:

Su conciencia del grupo familiar se manifiesta de diferentes maneras, demuestra cariño espontáneamente, esto es, por propia iniciativa, obedece los encargos domésticos simples. Muestra síntomas de compasión, simpatía, modestia y vergüenza.

Las contradicciones en la conducta personal – social del niño de 2 años tienen su origen en el hecho de que éste se halla en vías de transición desde un estado presocial a otro mas socializado. Oscila entre la dependencia y la reserva. Esta empezando a comprender la relación madre – hijo, lo que significa que él mismo se esta convirtiendo en algo separado de su madre. Esta pasando por un período de timidez frente a los extraños y un apego acentuado hacia a su madre.

Ya usa la palabra “mío”, manifestando un interés inconfundible por la propiedad de cosas y personas, es todavía egocéntrico en buena medida, incluso puede parecer mas

egoísta. Su uso diferencial de los pronombres es rudimentario, pero el solo hecho de que los use esta indicando que ya hará, a su tiempo, distinciones bien precisas entre él y los demás.

Cuando ve su imagen en el espejo se reconoce y se nombra.

EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 3 AÑOS DE EDAD

Área Motora:

A los 3 años de edad les atrae la “actividad motriz gruesa”. Se entretiene con juegos sedentarios durante períodos más largos. Presenta interés en la manipulación mas fina del material de juego. Tanto en el dibujo espontáneo como en el dibujo imitativo, muestra una mayor capacidad de inhibición y delimitación del movimiento. Sus trazos son definidos y menos difusos y repetidos, lo que denota un creciente discernimiento motor.

Le gustan los lápices, dibujar y pintar. También refleja mayor control en la construcción de torres, alcanzado 9, 10 cubos.

Su correr es mas suave, aumenta y disminuye la velocidad con mayor facilidad, da vueltas mas cerradas y domina las frenadas bruscas. Puede subir las escaleras sin ayuda, alternando los pies. Puede andar en triciclo.

Esta mas cerca del dominio completo de la posición erguida, y durante un segundo o más puede pararse en un solo pie.

En cuanto a la motricidad fina, la evolución de la pinza fina le permite realizar múltiples actividades; dibujar un círculo, garabatos, abrir y cerrar puertas, pasar las páginas de un libro una a una.

Área del Lenguaje:

Es la edad de explosión del vocabulario, la avalancha de preguntas a sus padres, su “sed de palabras” es inagotable.

A los 3 años, las palabras están separadas del sistema motor grueso y se convierten en instrumento para designar preceptos, conceptos, ideas, relaciones. El vocabulario aumenta rápidamente, triplicándose, alcanzando un promedio de casi 1000 palabras.

Algunas son simplemente sonidos sometidos a prueba experimental, otras tienen un valor musical o humorístico y otras, son portadoras de un significado bien preciso.

Tienen tendencia al egocentrismo y utiliza en bastantes frases el “yo” y el “mi”.

El soliloquio y el juego dramático, que tanto le complace, tienen por fin ese proceso de maduración, incubando palabras, frases y sintaxis. El niño es actor y locutor al mismo tiempo y pone sus representaciones al servicio del lenguaje. Estas conductas forman parte de un mecanismo evolutivo para alcanzar el habla, para precisar las palabras.

El niño de 3 años se halla menos absorbido por la acción que el niño de 2 años, estando sus actividades contrabalanceadas en un equilibrio más lábil. Esto le permite hacer seguir la acción a la palabra y la palabra a la acción en su monólogo. Pero las palabras también van dirigidas a él, y mientras aprende a escuchar, escucha para aprender. A veces basta una sola palabra de la madre para que el curso entero de su actividad se reorganice instantáneamente, con velocidad asombrosa.

Área de Conducta Adaptativa:

Su percepción de la forma y de las relaciones espaciales depende aún de las adaptaciones posturales y manuales gruesas.

Puede identificar y aparear algunos colores, tiene sentido de las formas. Es capaz de copiar en una hoja modelos como cruz y círculos. Reconoce dos partes de una figura y las puede unir.

Parte de su geometría práctica es somático postural y no visual. Disfruta con arcilla, masa, barro, dactilografía entre otros.

A ésta edad inicia el sentido del orden, y van haciendo insistentemente preguntas (el por qué de todo).

La edad de 3 años constituye un estado de transición en el cual empiezan a tener lugar muchas individualizaciones preceptuales. El niño trata de desprenderse de sí mismo, sus preceptos y nociones de la vasta red de la cual él es parte y en la que está aprisionado.

Área de Conducta Social:

Todos los excesos, paradojas y efervescencias de los meses precedentes ceden el paso a un mayor grado de madurez. El niño parece más formal, con más control de sí mismo, se enorgullece con sus logros e insiste en desempeñar tareas de autocuidado en forma

independiente. Pero su noción del yo personal y de otros yo personales es imperfecta y fragmentaria. Mientras que por un lado tiene para su madre referencias llenas de sonrisa y cariño, altamente sociables, por el otro lado es capaz de dirigir violentos ataques contra algún objeto físico. Estos estallidos emocionales por lo común son breves; puede experimentar una ansiedad prolongada y es capaz de celar.

Habla mucho consigo mismo, a veces a manera de práctica experimental del lenguaje, pero también como si se dirigiera a otro yo o a una persona imaginada. Proyecta su propio estado mental sobre los demás. Su deseo de agradar y adaptarse lo familiariza con lo que el medio social espera de él. Estas reacciones sociales están contrabalanceadas por otras, egoístas y auto conservadoras. Aunque manifiesta interés creciente por el juego con otros niños, todavía le gustan los juegos de tipo solitario y paralelo. Su cooperación es incoherente, vacilante y fragmentaria

EL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 4 AÑOS DE EDAD

Área Motora:

Las actividades motrices se caracterizan por la mayor independencia de la musculatura de las piernas. Corren de puntillas y galopan. Se suben y mueven solos en un columpio. Saltan en un pie. Es capaz de mantener el equilibrio sobre un solo pie durante mayor tiempo.

Tiene control más efectivo para detenerse, arrancar y girar.

Encuentra placer en las pruebas que exigen una coordinación fina, tienen más control sobre los pequeños músculos, es capaz de enhebrar una aguja. En el dibujo dedica una atención concentrada a los detalles del mismo. Pueden hacer diseños y letras básicas. Pueden cortar sobre la línea con tijeras.

El niño de 4 años corre con más facilidad. Puede voluntariamente alterar el ritmo de su paso. Ellos son muy activos y muy agresivos en sus juegos.

Área del Lenguaje:

A ésta edad el niño observa mejor la realidad concreta. La súper abundancia verbal y la tendencia de llevarlo todo a la experiencia personal, hacen que el niño no comprenda aún que su punto de vista es uno de los tantos posibles. El mundo no es para él más que una respuesta a sus necesidades y deseos.

“Que el niño pueda gracias al relato anticipar sus acciones futuras mediante la representación verbal, tiene tres consecuencias para el desarrollo mental:

- 1) Un intercambio posible entre individuos, es decir, el inicio de la socialización de la acción (pues mientras el lenguaje no ha adquirido una forma definitiva, las relaciones entre individuos se limitan a la imitación de gestos corporales).
- 2) Una interiorización de la palabra, es decir, la aparición del pensamiento propiamente dicho, que tiene, como soporte el lenguaje interior y el sistema de signos.
- 3) Una interiorización de la acción, la cual de puramente perceptiva y motriz que era

hasta los 18 meses puede a partir de ese momento reconstruirse en el plano de las imágenes y de las experiencias mentales.”¹⁹

El niño de 4 años utiliza frases en primera persona. Puede elaborar e improvisar preguntas casi interminablemente. Le gusta llamar la atención a través de sus charlas y ser aprobado socialmente. En la medida que puede verbalizar su acción y relatar acciones pasadas, existe un mayor intercambio entre él y los demás.

Le atraen los juegos de palabras. Los “porque” y los “como” aparece frecuentemente, mediante estas preguntas el niño no busca una explicación objetiva, que no estaría en condiciones de comprender, sino la relación que pueda existir entre el objeto de su preguntas y sus necesidades, sus deseos o temores.

No construye estructuras lógicas demasiado coherentes, sino que combina hechos, ideas y frases solo para reforzar su dominio de palabras y oraciones. El habla es comprensible pero comete errores al pronunciar palabras complejas, difíciles y largas, como “hipopótamo”. Utiliza el tiempo pasado de algunos verbos irregulares como “tuve”, “fui”.

Área de Conducta Adaptativa:

Su comprensión del pasado y del futuro es muy escasa.

Puede contar hasta 4 o más de memoria, pero su concepto numérico apenas si va mas allá de “1, 2 y muchos...”.

A ésta edad la mentalidad es más activa, puede agrupar y clasificar materiales concretos o imágenes por: su uso, color, medida, entre otras. El dibujo de la figura humana es mas completa. Da nombre a lo que hace.

Comienza a diferenciar elementos, personajes y secuencias simples de un cuento.

El niño aprende estructuras sintácticas más complejas, las distintas modalidades del discurso: afirmación, interrogación y negación.

Presenta mayor interés hacia el sexo opuesto.

¹⁹ Lutiral D. y Trapani C. “Características evolutivas del niño.” www.eljardinonline.com.ar. Fecha de consulta 5 de Septiembre. Pág. 2

Área de Conducta Social:

En esta etapa se da una combinación de independencia y sociabilidad. Los niños aprecian ser elogiados por sus éxitos y necesitan oportunidades para sentirse más libres e independientes.

Aparecen los temores irracionales, como el miedo a la oscuridad, el hombre de la bolsa, entre otros. Esto denota la inmadurez propia de la edad más allá de su avance madurativo que demuestra a través del lenguaje. Mezcla la fantasía con la realidad.

A esta edad aprende las habilidades sociales necesarias para jugar y trabajar con otros niños, comienza a aprender a respetar su turno.

Es normal que los niños en edad preescolar pongan a prueba sus limitaciones en términos de proezas físicas, comportamientos y expresiones de emoción y habilidades de pensamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, G. y Barbero, M. "Desarrollo Mental y Psicomotor en niños nacidos de pretermino" ".Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMDP. Año 1999.
- Arellano, V.; Celesia, M. "La importancia de la valoración del desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional de los niños de 3 y 6 meses de edad, que concurren al programa Control del Niño Sano en el Centro de Salud Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata" Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional UNMDP. Año 2002.
- Bronfenbrenner, U. "La Ecología del Desarrollo Humano". Ed. Paidós. Barcelona. Año 1987.
- Chokler, M. Documento publicado por la Dirección de Educación Especial de la provincia de Buenos Aires, Año 2001.
- Coriat, L."Maduración Psicomotriz en el Primer Año del niño" Ed. Hemisur S.R.L. Buenos Aires. Año 1974.
- Cusmisky, M.; Lejarraga, H. y Cols. "Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño" O.P.S.-O.M.S. Serie Paltex N°8 Año 1986.
- Delmonte, C.; Ricillo, V. "El rol del Terapeuta Ocupacional en Atención Primaria de Salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socio-ambientales" Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMDP Año 2002.
- De Lucca, A; Escobar, D; Maggiano, A. "Terapia Ocupacional en la vigilancia del Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años".Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMDP. Año 2002.
- Flehming, I. "Desarrollo Normal del lactante y sus desviaciones. Diagnóstico y Tratamiento temprano." 3° Edición. Ed. Panamericana. Buenos Aires.Año 1988.
- Gesell, A. "El niño de 1 a 5 años" Ed. Paidos Buenos Aires. Año 1979.
- Hilgard, E. y Bower G. "Teoría del Aprendizaje". México. Trillas. Año 1989.
- Koupérik, C.; Soulé, M. "Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia". 4° Edición. Ed. Paidea Barcelona: Año 1967.

- López P. Ortega C. y Moldes V. "Terapia Ocupacional en la infancia". Ed. Médica Panamericana. Madrid. Año 2008.
- Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. "Guía para la Atención Integral del niño de 0 a 5 años" Módulo I Programa Materno Infantil. Año 2005.
- Mulligan, S. "Terapia Ocupacional en pediatría" Ed. Medica Panamericana. Bs. As .Año 2006.
- Myers, R. "Los doce que sobreviven" Copublicación O.P.S. O.M.S. U.N.I.C.E.F. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Año 1993.
- Nichols, D. "Control Postural" 4ª Edición. Ed. Case-Smith. Año 2001.
- Ramos Campos, F "Educación psicomotriz. Algunos planteamientos críticos." Cuadernos de Pedagogía, N° 52. Año 1979.
- Rebollo, A, "Dificultades del Aprendizaje" 2da Edición, Ed. Prensa Medica Latinoamericana. Montevideo. Año 2004.
- Vega, M.C. y equipo de investigación. "Terapia Ocupacional en crecimiento y desarrollo infantil. Importancia de saberes y prácticas." Proyecto de investigación Universidad Nacional de Mar del Plata .Año 2001.
- Vygotsky L. "Obras completas" Publicación Ciudad La Habana: Pueblo y Educación. Ed. S.S.A.G. Madrid. Año 1995.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA EN INTERNET

- “Crecimiento y Desarrollo del Niño” Año 2006. www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/images Fecha de consulta 10 de Septiembre de 2008.
- “Desarrollo Evolutivo de los diferentes ámbitos en los niños de 0 a 6 años.” www.ecsocial.com/web/subdominios Fecha de consulta 12 de Septiembre 2008.
- “Desarrollo Psicomotor” Año 2005. www.elergonomista.com/enfermeria/pediatrica Fecha de consulta 5 de Septiembre de 2008.
- “Desarrollo Psicomotor” Año 2006. www.desarrollopsicomotor.htm. Fecha de consulta 11 de septiembre de 2008.
- “Desarrollo Psicomotor. Un mundo para padres e hijos”. Septiembre de 2008. www.pequelia.es/846/desarrollo-psicomotor. Fecha de consulta 3 de septiembre de 2008.
- Fundación Eroski “Desarrollo Psicomotor” www.bebe.consumer.es/desarrollo-psicomotor/conceptos-generales Fecha de consulta 11 de Septiembre.
- Gonzalez Araya F. “Desarrollo Psicomotor”. Agosto 2008. www.doctorgonzalez.cl Fecha de consulta 15 de Septiembre de 2008.
- Lama Cruz S.”Entorno y Desarrollo Psicomotor del niño” www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp. Fecha de consulta 10 de Septiembre de 2008.
- Loayza, M.”Desarrollo Psicomotor” 13 de Agosto de 2007. www.mailxmail.com/curso/vida/estimulaciontempranaenninos/capitulo5.htm. Fecha de consulta 12 de Noviembre de 2007.
- Los Santos S. “¿Qué son las dificultades del Aprendizaje?” www.espaciologopedico.com/articulos2 Fecha de consulta 11 de Septiembre 2008.
- Salinas, P.”Controles pediátricos”. 11 de agosto 2003. www.alemana.cl/reader/alemana/pub/v03/S9701Articulos/S0101200308/print_news3202.html. Fecha de consulta 27 de Noviembre de 2007.

SEGUNDO CAPÍTULO

HÁBITOS

El hábito es la tendencia a repetir un acto anteriormente realizado, es una manera de conducirse, pensar o sentir, una vez establecido es fácil de seguir. Los hábitos se adquieren no se heredan, y una vez adquiridos ahorran mucho tiempo.

“Los hábitos son comportamiento automatizados, que tras su aprendizaje y repetición, llegan a realizarse sin necesidad de una control atencional, lo que ahorra recursos cognitivos y permite realizar más de una acción al mismo tiempo.”²⁰

Los buenos hábitos deben comenzar desde los primeros meses de vida, y a partir de los 2 años es cuando mas importancia tiene la adquisición sólida de los hábitos adecuados.

Existen ciertos factores que influyen en la adquisición de los hábitos: características del niño; la edad de desarrollo y cronológica; sus habilidades y capacidades; rendimiento y motivación para realizar las actividades; nivel de independencia; características familiares; otros contextos sociales que influyen en la participación del niño (cuidadores, profesores, abuelos, grupos de iguales entre otros); entorno sociocultural y físico.

“Watson define a los hábitos como asociaciones bien aprendidas entre estímulos y respuestas que representan los aspectos estables de la personalidad.”²¹

Los hábitos de alimentación, vestido, higiene y sueño constituyen las habilidades más importantes que los niños aprender a medida que maduran. La mayor parte de estos hábitos deben ser adquiridos en los primeros 4 o 5 años de vida, una vez establecidos no se olvidan más.

No solo los niños deben aprender a cuidar de sus necesidades de cuidado personal, salud general y bienestar, sino que también es necesario que desempeñen los hábitos según las normas de la sociedad y las pautas culturales. Los factores culturales y el estilo de los padres influyen en el desarrollo de los hábitos.

Adquirir los hábitos de alimentación, vestido, higiene y sueño contribuye al bienestar físico y psíquico, son elementos esenciales en el comportamiento adecuado del niño y

²⁰ López P. Ortega C. y Moldes V. “Terapia Ocupacional en la infancia”. Ed. Médica Panamericana. Madrid. Año 2008. Pág. 341.

²¹ Shaffer D. “Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia” Edición 5°. Ed. Internacional Thomson. Año 1999. Pág. 74.

permiten economizar tiempo y esfuerzo intelectual en el cumplimiento de una serie de actos rutinarios de la vida diaria.

“Una de las áreas fundamentales en las que el Terapeuta Ocupacional interviene es la del desarrollo de la autonomía personal, incluidas las actividades de la vida diaria, la independencia, el juego, la adquisición de rutinas o hábitos y conductas adaptativas que permitan al niño utilizar su entorno de una manera constructiva y adecuada a sus intereses personales y posibilidades de desarrollo, así como actualizar sus habilidades cognitivas, afectivas, motoras y sociales.”²²

²² López P. Ortega C. y Moldes V. “Terapia Ocupacional en la infancia”. Ed. Médica Panamericana. Madrid. Año 2008. Pág. 122.

HÁBITO DE ALIMENTACIÓN

Alimentar al niño es uno de los hábitos más trascendentales en los primeros años de vida, no solo es satisfacer las necesidades fisiológicas, sino también cumplir con los requerimientos psicológicos individuales.

El niño ira progresivamente siendo capaz de alimentarse por si solo, en una situación transitoria entre la absoluta dependencia, en el primer año de vida y la independencia en la edad escolar.

Es necesario para ello ir acompañándolo de modo que progrese en el desarrollo, apoyándolo según sus necesidades. El objetivo es que la alimentación cubra los requerimientos para un crecimiento y desarrollo adecuado, haciendo de ésta un momento agradable tanto para el niño como para su entorno.

La conducta de alimentación va evolucionado, de la succión del seno materno o biberón pasa a la comida semisólida, a las etapas del manejo de la taza, la cuchara, comer por si mismo y según sus propios gustos. Estas etapas requieren de la progresión en la maduración neuromotora, y de una adecuada educación. De la manera en que se conduzca al pequeño a la hora de la comida desde las tempranas épocas de la vida, dependerán su complacencia, apetito y buenas maneras frente a los alimentos en edades posteriores.

Durante el primer mes, el bebé toma su alimento mediante lo que se conoce como “reflejo de chupar y deglutir”. El amamantamiento es una fuente de experiencias satisfactorias que provee descarga de tensión interna por medio de la succión.

Según el Ministerio de Salud de la Nación ; la Organización Mundial de la Salud ; UNICEF ; y la Sociedad Argentina de Pediatría, “la lactancia materna exclusiva debe cumplirse durante los 6 primeros meses de vida; luego se incorporan alimentos complementarios de manera oportuna continuando con la lactancia hasta los 2 años”.

El bebé, durante los primeros días de vida apoya su mano sobre el seno materno cuando lo están alimentando. Al mes empieza a llevarse la mano a la boca sin darse cuenta de lo que hace; a los 5 meses puede sostener el biberón con ambas manos y gradualmente lo empina y lo mira. En esta etapa también aparecen los movimientos de mandíbula hacia arriba y abajo, lo cual permite incorporar semisólidos, galletitas, etc.

A los 6 meses aproximadamente, cuando empieza a alcanzar y agarrar cosas con las manos, se llevará algunas galletitas a la boca y la chupará, pero pronto la dejará caer. Cerca de los 9 meses no soltará la galletita hasta que este satisfecho o su atención se dirijan hacia otra cosa. En esta etapa empiezan a entender que la cuchara y la comida van juntas, y comienzan a guiar la mano de la madre hacia la boca.

Entre los 9 y 12 meses el niño mete sus manos en la comida porque le divierte tomarla y untarla sobre su cara u otra cosa; siendo ésta otra forma de exploración del Mundo Externo. Comienza a tomar la cuchara solo para jugar con ella, no para alimentarse.

Durante el primer año, el apetito del lactante será bueno a causa de su activo y rápido crecimiento corporal. Al final del primer año su apetito se reduce debido al menor ritmo de crecimiento.

La postura sentada y el control de tronco y cabeza contribuyen a la habilidad del niño de alimentarse por si mismo. Los movimientos motores orales se vuelven refinados al desarrollarse el habla.

A los 15 meses ya tiene la habilidad de tomar la cuchara con toda la mano y la lleva a la boca, por períodos cortos y en forma torpe. Ante la dificultad de poner el alimento en la cuchara, utiliza la otra mano para empujar la comida y dejar caer mucho alimento al voltear la cuchara sobre la boca.

A partir de los 2 años la masticación circular ya es eficiente y el niño puede masticar carnes blandas y una variedad de comidas cortadas en trozos pequeños. Se vuelve eficiente en el uso de la cuchara para comer, aunque puede tener derrames ocasionales. Sostiene con las dos manos una taza o vaso con boquilla y bebe sin dificultades.

Proporcionando alimentos de distinta texturas se refuerzan las habilidades masticatorias y se favorece la secreción salival.

A esta edad de 2 años los horarios de comidas deben ser regulares y fijos, por razones fisiológicas y para evitar que los niños se acostumbren a obtener alimentos en forma desorganizada, compartiendo estos horarios con su familia teniendo su lugar en la mesa y proporcionando un ambiente tranquilo.

Según la “Guía para la Atención Integral del Niño de 0 a 5 años” del Ministerio de Salud del Gobierno de Buenos Aires, Programa Materno Infantil, se prioriza el bienestar y la tranquilidad del niño y del adulto durante el transcurso de las comidas. Esta es una

situación privilegiada para múltiples contactos afectivos e intensos momentos de intercambios y aprendizajes.

Es responsabilidad de padres y cuidadores el aprendizaje de los distintos hábitos para que se den en estadios evolutivos acordes, de acuerdo a la edad cronológica del niño estos hábitos se consideran adecuados o no.

Son considerados hábitos inadecuados a la edad de 2 años, la prevalencia del uso del chupete, mamadera, pecho en períodos innecesarios.

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

El uso prolongado del chupete, la mamadera, poseen las siguientes desventajas:

- Deformidades de las estructuras óseas de la cara. Al Tonn, consultor de odontopediatría de Delta, explica que, si un niño continúa usando el chupete pasado los 3 años, puede producirse malformaciones dentales graves. La malformación mas común es un espacio abierto en los dientes anteriores o una mordida en la cual los dientes anterosuperiores protruyen (se van hacia delante).
- Retraso en la adquisición del lenguaje.
- Trastornos del Habla como la Dislalia, definida como “una alteración de tipo articulatoria que consiste en la omisión, sustitución o distorsión de un fonema (o varios) de manera sistemática.”²³

Estas desventajas podrían influir posteriormente en el aprendizaje de la lectoescritura.

²³ Silva T. D. “Aplicación del Software “SPAV” a una muestra de niños de Primer Año de Educación General Básica” www.articuloz.com. Fecha de consulta 20 de Mayo 2008.

HABITO DE SUEÑO

“El sueño es un estado del organismo regular, recurrente y fácilmente reversible, que se caracteriza por una relativa tranquilidad y por un gran aumento del umbral o de la respuesta a los estímulos externos en relación con el estado de vigilia.”²⁴

“El sueño puede definirse como un estado fisiológico de inconciencia y relativa inmovilidad de los músculos voluntarios, que es fácil y completamente reversible con estímulos.”²⁵

Cada 24hs, aproximadamente, todas las personas tienen una inevitable necesidad de dormir. El sueño no es solamente necesario para la vida, es también un componente esencial para la salud. Su privación tiene numerosas consecuencias, centrándose el efecto más obvio en el comportamiento, porque el cerebro necesita descansar, necesario para la recuperación y restitución de las neuronas y los tejidos relacionados.

La alteración del sueño y la vigilia forma parte de un ritmo biológico del hombre. Este ritmo es fijo, una vez superadas varias etapas de su evolución funcional. El paso de la vigilia al sueño viene tras el adormecimiento que va seguido de la fase de sueño propiamente dicha, en la que hay diversos momentos, según la profundidad del sueño, para concluir en el despertar.

“Con el sueño viene una desaferentación y ruptura de relaciones con el mundo exterior, con cambios en las funciones de relaciones (motilidad y tono muscular) y cambios en las funciones de la vida vegetativa (temperatura, pulso, secreciones urinarias y sudoríparas, etc.).”²⁶

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

Es importante crear pautas de sueño desde bebé para comenzar a discriminar la noche del día, luz – oscuridad, ruido – silencio.

Gessell considera que la media de sueño durante la primera semana es de 19 horas, que posteriormente disminuye y al cumplir el año oscilara alrededor de las 13 horas. El

²⁴ “Psicopatologías del sueño”. www.psicologia-online.com/formacion/online/sicopatologias_sueño.

Fecha de consulta 27 de Noviembre 2007

²⁵ Díaz, M. “Hábitos de alimentación y sueño”. www.astait.org/habitos.htm. Fecha de consulta 10 de Diciembre de 2007.

²⁶ Ajuriaguerra, J. “Manual de Psiquiatría infantil”, ED. Toray- Masson. España. Año 1987 Pág. 157

ritmo de sueño infantil es polifásico, y durante las primeras semanas se produce en cortas fases de 1 a 2 horas repartidas casi por igual entre el día y la noche.

En los primeros meses el despertar esta estrechamente ligado a la sensación de hambre y el adormecimiento a la sensación de saciedad, produciéndose así la reducción del tono muscular, en donde el lactante se afloja, se cierran los parpados, su cabeza cae y sus miembros se relajan.

Progresivamente van alargándose las fases de sueño hasta ser fases de mayor amplitud. A partir de la segunda semana el niño duerme 2 o 3 horas seguidas; a las 4 semanas, 5 o 6 horas seguidas; a los 3 meses duerme alrededor de 15 horas repartidas en 4 o 5 períodos pero en su mayoría por la noche, de 6 meses a 2 años duerme 14hs de sueño total, 12 por la noche, una siesta por la mañana y otra por la tarde.

El sueño es mas profundo entre los 3 meses y un año.

Al año de vida el niño es mas activo mientras esta despierto; el adormecerse después de las comidas es menos frecuente y el despertar depende menos del hambre. Mientras permanece despierto busca el contacto afectivo.

A los 2 años tiene dificultades para conciliar el sueño y se despierta durante la noche, son importantes en este período los rituales, las ceremonias para dormirse. Aparecen las primeras muestras de ansiedad y los sueños, tanto en la noche como durante la siesta, siendo igualmente capaz de dormir en habitación separada de los padres.

“La importancia de los fenómenos del segundo año dependen del grado de desarrollo general del niño y especialmente de su capacidad de percepción, del establecimiento de relaciones con los objetos y de su capacidad de dominar la ansiedad.”²⁷

Los rituales para dormirse pueden presentarse de diversas formas como: la exigencia de la presencia de la madre después de apagar la luz; dejar la luz encendida; succión del pulgar; ruidos con la boca; necesidad de tener una tela en la mano o refregarla sobre la oreja, contra la cara, debe ser de cierta clase, con cierto olor y que se empeña en no querer cambiar; o necesitará tener siempre a su lado su juguete preferido (osito de peluche) lo acostará a su lado, lo apretará como algo que le reconforta y se pondrá violento cuando se lo quitan o lo pongan lejos. Son ritos para disminuir la angustia, “fórmulas mágicas” para tranquilizarse que tienen gran importancia en su desarrollo.

²⁷ Ajuriaguerra, J. “Manual de Psiquiatría infantil”, ED. Toray- Masson. España Año 1987 Pág. 160 y 161

Después este mismo objeto se convertirá en un simple hábito que acabará por desaparecer.

A los 3 años duerme en total de 13 a 14 horas, con una siesta por la tarde. El sueño esta mejor organizado, se duerme fácilmente, siendo menos recurrentes los rituales. Es frecuente el despertarse por las noches debido a pesadillas o terrores nocturnos.

“Durante la pesadilla el niño hace unos movimientos gime y se despierta; es capaz de expresar su ansiedad y puede dejarse consolar fácilmente por los padres o persistir en un determinado estado ansioso porque tiene miedo de volverse a dormir.”²⁸

“Durante los terrores nocturnos, el niño, después de algunos pequeños gritos, se levanta o se sienta en su cama, su cara esta angustiada, grita, gesticula, se agita, hace como si se defendiera, no reconoce a las personas que lo entoran pero reacciona mas o menos a los intentos de reconfortarle; cuando el terror se acaba el niño vuelve a dormirse.”²⁹

Hacia los 4 años no son necesarios los rituales para dormirse, los terrores nocturnos o pesadillas son poco frecuentes y poco a poco la siesta desaparece. Se despierta durante la noche para ir al baño.

El clima emocional del hogar puede afectar el desarrollo de la conducta del dormir, donde hay ruidos y muchas personas que hablan interfieren en este propósito.

Una de las pautas que sugieren si el niño esta durmiendo y descansando apropiadamente es observar su aspecto y su conducta. Si el reposo no es suficiente se produce fatiga, la cual se manifiesta en forma de hiperactividad, inestabilidad emocional, mal humor, llanto, reacciones exageradas ante determinadas situaciones y una mayor probabilidad de accidentes.

Son considerados hábitos inadecuados la cohabitación, compartir la misma habitación con sus padres o cuidadores después de los 7 meses de vida, ya que hasta el sexto mes el bebé tiene despertares nocturnos por la necesidad de alimentarse; y el colecho, “el cual se define como la situación en donde el niño duerme en la misma cama con su madre o con otros miembros de la familia, toda la noche, durante por lo menos 4 hs.”³⁰ Evitando

²⁸ Ibid. Pág. 170

²⁹ Ibid. Pág. 170

³⁰ Jenik A. Artículo especial, “Colecho y síndrome de muerte súbita del lactante: una relación conflictiva” Arch. Argentino Pediátrico. Año 2001. Pág. 228.

estos hábitos inadecuados se previene el síndrome de la muerte súbita en los primeros meses y el abuso sexual en edades mas avanzadas.

Es importante que los padres transmitan al niño la seguridad, tranquilidad, contención y puedan enseñar ciertos rituales rutinarios para conciliar el sueño.

HABITO DE VESTIDO

Conjunto de habilidades que permiten al niño adquirir progresivamente la independencia en el vestido, esto incluye el vestirse y desvestirse en forma secuencial, cerrar y ajustar la ropa y los zapatos, seleccionar ropa y accesorios apropiados al tiempo del día, al clima u ocasión, obteniendo la ropa del sector donde se guarda.

El niño a partir del año de vida comienza a cooperar en las actividades de vestido empujando el brazo a través de la manga, encontrando el hueco y sosteniendo su pierna para asistir y ponerse los pantalones.

A los 2 años de edad ayuda a vestirse y desvestirse, se saca prendas simples como medias, zapatos y gorro. Comienza el interés en el abotonamiento y desabotonamiento de la ropa.

Hacia los 3 años de edad el niño es capaz de sacarse el abrigo y pantalones sin cierre, de ponerse camisas y abrigos abrochados adelante. Puede bajar cierres o desabrochar botones grandes. Intenta ponerse los zapatos, no en el pie correcto.

Hacia los 4 años se desviste de manera independiente y se viste solo con asistencia en la orientación (atrás – adelante) y en la unión de cierres. Se pone los zapatos en el pie correcto, aun no es capaz de atar cordones.

Para que el niño adquiriera estas habilidades de vestido en forma independiente, es importante que los padres o cuidadores a cargo le brinden el tiempo necesario para el logro de las mismas.

HABITO DE HIGIENE

El término higiene se refiere a las prácticas que incluyen tanto el aseo personal como al control de esfínteres, conduciendo así a una buena salud en general.

En toda cultura, el baño y aseo personal son muy importantes. En nuestra sociedad la mayoría de los niños aprenden las necesidades básicas de higiene en su ámbito familiar desde edades muy tempranas, siendo estas enseñanzas reforzadas por los maestros o preceptores en el ámbito de guardería, logrando ser ya adquiridas en la edad escolar.

Los padres o persona a cargo son una guía para los niños, y deben estar pendientes del desarrollo de la capacidad, proporcionando las facilidades necesarias para crear un ambiente que induzca en ellos una actitud sana.

Desde bebé son los padres los encargados de realizar el baño proporcionando un ambiente placentero de vinculación y comunicación. Es de gran utilidad estimular a los niños al aseo diario recurriendo a la diversión, así comenzarán a asociar el momento del baño con sensaciones agradables.

Durante el baño es importante estimular el aprendizaje de las distintas partes del cuerpo a través del masaje y del contacto corporal.

A medida que el niño va creciendo aprende la importancia de la higiene diaria y las ventajas del mantenerse limpio, logrando sensaciones de bienestar, buen olor corporal y prevención de enfermedades.

El niño ira aprendiendo a controlar sus esfínteres poco a poco, junto con la maduración del sistema anatomofisiológico, dependiendo de factores madurativos, sociales y afectivos.

Entre los 12 a 15 meses ya esta capacitado para el inicio del aprendizaje del hábitos de higiene; a los 15 meses indicará que esta mojado, que hizo pis.

A los 2 años de edad presenta interés en ayudar a lavarse las manos, cara y demás partes del cuerpo. Comienza a avisar la necesidad de ir al baño durante el día, con accidentes. No tiene control de esfínteres nocturnos, usa pañales.

A esta edad puede utilizar la pelela. Los músculos esfinterianos empiezan a estar bajo control voluntario, diferencia el movimiento vesical del rectal.

El control de los intestinos suele ocurrir antes que el de la vejiga, debido a que la necesidad de defecar suele producirse de modo más regular y con menor frecuencia que el de orinar.

A esta edad el interés del niño se desplaza a la región anal y a los productos que excreta, sintiendo necesidad de manipularlo debido a su curiosidad normal y el deseo de diferenciar lo propio de lo impropio. En esta etapa es importante permitir al niño que juegue con arena y sustancias no tóxicas (plastilina, masas, etc.), para que utilice los dedos con la finalidad de canalizar la energía instintiva hacia una actividad placentera, creadora y aceptada socialmente.

Gradualmente, durante este período de desarrollo, los niños aprenderán a apreciar la limpieza. En oportunidades no podrá controlar la orina como consecuencia de tensiones o de estar distraído por el juego.

La enseñanza de la higiene bucal, también comienza a esta edad, siendo realizada por la madre ofreciendo al niño el cepillo como parte de su juego.

A los 3 años el niño puede limpiarse la cara, lavarse las manos en el lavamanos con supervisión y ayuda en el cepillado de dientes. Participa activamente en el lavado de su cuerpo. Adquiere el control de esfínteres diurno con pocos accidentes, y en el control de esfínteres nocturno necesita recordatorios para ir al baño.

A los 4 años se lava la cara y manos en el lavamanos de manera independiente, participa activamente en el cepillado de dientes, pero necesita ayuda para que la limpieza sea eficiente. Ayuda a peinarse, y es capaz de limpiarse la nariz. El control de esfínteres diurno y nocturno es totalmente independiente necesitando ayuda para el aseo y manejo de la ropa.

“El adiestramiento para el control de esfínteres necesita de más tiempo que para aprender a dominar la función corporal, influye en la manera en que se estimará a sí mismo y a otros, afirmará las relaciones sociales de dar y recibir y el enfoque de las nuevas situaciones de la vida.”³¹

El aprendizaje del hábito de higiene debe ser gradual respetando los tiempos y autonomía del niño para evitar la vergüenza y la duda. Es importante no castigar al niño cuando avise que se ha orinado porque éste es un indicio de que está aprendiendo y elogiarlo cuando lo realiza en el baño.

³¹ Tascon, E. “Atención primaria de la Salud, crecimiento y desarrollo del ser humano” 1ª Edición, Tomo I “Nacimiento a edad escolar” Editorial Guadalupe. Cap. 5. Año 1995. Pág. 165

JUEGO

El juego es sinónimo de vida, todos los niños se involucran en alguna forma de juego, y a través de éste aprenden sobre el mundo e interactúan con él.

En el niño el juego contribuye al desarrollo de su integración sensorial, de habilidades físicas, cognitivas y de las relaciones interpersonales, a través de él aprenden a expresarse, practicar los roles adultos y los propios de la cultura, y aprenden a ser miembros productivos de la sociedad.

“El niño aprende habilidades y desarrolla intereses a través del juego que luego afectaran sus elecciones, trabajos y uso del tiempo libre. Las experiencias de juego de los niños brindan las bases para la competencia a través de la exploración, manipulación e investigación, aprendizaje, interacción social, competencia y cooperación, el aprendizaje de reglas, y el desarrollo de la auto-determinación y personalidad. (Matsutsuyu, 1971; Reilly, 1974.)”³²

El juego según Takata (1971) posee las siguientes propiedades: se caracteriza por la “alegría”, contiene habilidades sensoriales, neuromusculares y/o mentales, incluye la repetición de la experiencia, exploración, experimentación e imitación; posee límites tempero-espaciales propios; funciona como un agente para la integración del mundo interno y externo y sigue una secuencia progresiva de desarrollo.

El juego es un medio de exploración del medio circundante, una instancia de crecimiento y aprendizaje, una posibilidad de elaboración de angustias y temores, reducción de tensiones, obtención de logros.

La perspectiva Psicoanalítica (Freud, Klein y Winnicott) considera el juego como el mejor medio que tiene el niño para expresarse, para contar sus fantasías, sus deseos, sus experiencias y sus conflictos dramatizados en la repetición de momentos, tanto placenteros como doloroso, vividos en la realidad. En esa reiteración elabora y se hace dueño de esas situaciones, aprende a dominarla y a darle respuesta. Atribuyen al juego cualidades como: primera forma de pensamiento y crecimiento personal; la posibilidad de evocación de situaciones pasadas y con ella la realización de hipótesis de futuro (una intención de adaptación a la realidad y de razonamiento); incitador de las relaciones de

³² A.O.T.A. “Esencia del juego en la Ocupación del niño”, Cap. “El juego como tratamiento y el tratamiento a través del juego”. Año 1997 Pág. 176. Trad. Libre.

grupo, desarrollo de la personalidad y capacidad para la adquisición de las funciones superiores del hombre.

Según Freud, desde su teoría, hace referencia a tres particularidades psicodinámicas del juego:

- se basa en el principio del placer,
- logra la transformación de lo pasivo en activo con lo cual el niño puede dominar sus experiencias traumáticas,
- satisface la compulsión a la repetición por el aprendizaje logrado, por el placer de la repetición misma (rememoración del placer experimentado).

Wallon (1976) admite que los juegos se dan parejos a la propia maduración del niño y en una sucesión cronológica adecuada a su actividad espontánea lo que otorga a su teoría una fuerte base fisiológica. Para este autor “juego” es toda actividad gratuita, inútil, ineficaz, y espontánea que aún no se han integrado en una forma superior de acción. Es un preaprendizaje sin control en el que se buscan todas las posibilidades de cada función antes de que ésta sea integrada en el proceso de realidad. Concede gran importancia a este fenómeno dentro del proceso evolutivo psíquico del niño y manifiesta que incide en el desarrollo de esquemas y funciones motrices y en el proceso intelectual y afectivo de cada sujeto.

“Vygotski (1982, escuela rusa) desarrolla la tesis sobre el origen cultural de las funciones mentales superiores y considera que la actividad lúdica esta relacionada directamente con el contexto sociocultural e histórico en el que el niño crece”.³³

Este autor realiza dos grandes aportes a la comprensión del juego infantil:

- proporciona el entendimiento de cómo el niño, a través del juego, se apropia de los símbolos de la cultura a que pertenece; y
- de forma natural, el juego permite al niño hacer aprendizajes significativos en su contexto de vida.

Existen diversas definiciones de juego, todas coinciden en las siguientes características del mismo:

³³ Quirós Pérez V. y Arraéz Martínez J. “Juego y psicomotricidad” FEADef. Año 2005.
www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo. Fecha de consulta 19 de Septiembre de 2008

- Es divertido y placentero. Linaza (1997) señala que el juego es una actividad placentera en sí misma, el niño que está motivado intrínsecamente está centrado y absorbido completamente por éste, de modo que “se olvida del mundo” y el placer es funcional, es decir, no depende de nada que no sea el juego en sí mismo.
- Involucra hacer o participar, sea el juego sedentario o activo.
- Permite al niño guiar la situación de juego y es relativamente libre de reglas.
- Está enfocado en el proceso u objetivos más que en el resultado.
- A menudo involucra al “hacer creer” o fingir, o usar la imaginación, y no está limitado por la realidad.
- Es una actividad espontánea, libre y motivadora. El juego es el medio que el niño elige para divertirse y para construirse su espíritu creador y su imaginación. Este no se programa con anterioridad, surge de forma natural, tiene vida propia y diferentes guiones posibles, desarrollándose libremente según los deseos de sus protagonistas.
- El juego permite al niño expresar en su actividad lúdica condiciones, tanto biológicas como sociales, lo que le brinda oportunidades para un futuro. Expresando sus deseos, sentimientos, temores, curiosidades e inquietudes sobre sus propios conocimientos acerca del mundo. El niño a través del juego siempre está explorando, ensayando y desarrollando maneras de expresión y comunicación.
- Se auto promueve. El juego según Díaz (1997) prepara para otro juego, ya que las habilidades y destrezas que se adquieren en un momento dado sirven como facilitadores para posteriores desempeños lúdicos.
- Es una reproducción de la realidad en el plano de la ficción, suele reproducir situaciones que observan en su vida cotidiana.
- El juego es una actividad de descubrimiento en sí misma. Las cualidades de los objetos, sus posibilidades, se revelan mediante la experiencia de utilizarlos, combinarlos y comprender cómo funcionan en el mundo. A través de éste, el niño descubre los objetos, las personas, los eventos y las relaciones entre ellos, y mediante la acción aprende cómo utilizarlos y cómo manejarse en las situaciones, desarrollando estrategias para resolverlas.

- El juego no solo sirve a los niños para conocerse a sí mismos, sino también al mundo que lo rodea; de esta manera se emprende un proceso evolutivo que se inicia con el dominio del cuerpo para posteriormente manejar las relaciones sociales y de su medio.

Piaget analiza al juego como una parte más de la teoría que desarrolla sobre la inteligencia infantil, reconoce en el juego el modo que tiene el niño de acercarse, conocer, aceptar, modificar y construir su entorno y lo considera un acto intelectual que permite al sujeto adaptarse al medio y una construcción y desarrollo de sus estructuras mentales. Plantea el juego como asimilación de la realidad al yo; es una relación entre el niño y su entorno. En esta relación ocurren 2 procesos:

- Acomodación: donde el organismo recibe la información y otorga los primeros significados.
- Asimilación: definido como el proceso donde se transforma la información recibida la cual pasa a ser parte del organismo atribuyéndole un significado, tomando en cuenta sus experiencias previas.

Clasifica el juego en un orden evolutivo:

- Juego sensoriomotor; desde nacimiento hasta los 2 años.
- Juego simbólico; abarca desde el segundo año de vida hasta los 6 años de edad.
- Juego reglado; comienza alrededor de los 5 años de edad.

La forma más primitiva es el juego llamado "Juego Sensoriomotor, de ejercicio o funcional" el cual consiste en repetir por placer actividades adquiridas, por simple placer funcional. Se caracterizan por: Movimientos motores repetitivos; Provocar deleite y placer en el niño; Dar numerosa información y un buen conocimiento al niño sobre sí mismo; Facilitar un estupendo dominio de sus capacidades; Y ser prerrequisito de paso al juego simbólico.

Durante el primer año de vida el niño disfruta con el juego exploratorio y sensoriomotor. Siente placer solo por ver, escuchar y sentir, explora a través de alcanzar y tocar objetos. Sigue objetos con la mirada y le satisface mirar el rostro humano. La atención en el juego se da en períodos cortos durante los primeros meses.

En el segundo trimestre comienza el juego verbal (laleo), la exploración de todas las cavidades (oídos, boca, nariz y ojos) y disfruta de la observación de su imagen en el espejo.

A medida que avanza en el desarrollo psicomotor el placer se da en otras habilidades como agarrar, mover, tirar, transferir, morder y lamer objetos. Comienza a disfrutar del juego con objetos simples de causa efecto como presionar botones, sonajeros, juguetes que cuelgan, etc. Se comunica a través del llanto, gritos, risas y expresiones faciales.

A partir de los 4 meses la Teoría Psicoanalítica complementando a la Teoría Piagetana, otorga al juego una dimensión simbólica, según Aberastury el niño elabora las primeras experiencias de desprendimiento de su madre a través de la conducta de taparse y destaparse con la sábana y de producir sonidos con objetos o con el propio cuerpo.

Según la Teoría de Winnicott el uso del objeto transicional aparece entre los 6 y 12 meses. A ésta edad el bebé comienza el doloroso pero necesario desprendimiento de su madre. El uso de un objeto transicional (muñeca, sábanas, trozo de tela, etc.) simboliza la unión de 2 objetos separados –bebé y mamá– en el inicio de su separación. Esta es la primera experiencia de juego que se da en una tercera zona, ni interna ni externa y que es posible por el sentimiento básico de confianza que puede experimentar el bebé.

En ésta zona el bebé re-crea lo perdido y así lo recupera en un nivel simbólico, lo cual le permite vincularse y aceptar mas fácilmente la realidad.

Winnicott dice que de los fenómenos transicionales se pasa al Juego Simbólico propiamente dicho, de éste al Juego Compartido dramático y reglado, y de él a las experiencias culturales, como el arte por ejemplo.

A partir de los 2 años aparece el Juego Simbólico que señala el apogeo del juego infantil. El niño puede representar un significado por medio de un significante. Puede evocar objetos, se produce una imitación diferida que se inicia en ausencia del modelo, luego, ésta evoluciona hacia una imitación interiorizada para posteriormente desarrollar la imagen mental. El niño transforma lo real según sus necesidades.

A través del Juego Simbólico el niño construye sus propios símbolos, con el fin de repetir situaciones placenteras, elaborar situaciones conflictivas, asumir roles “prohibidos”, desarrollar activamente lo que en la realidad vive pasivamente o expresar sus fantasías.

“El juego simbólico emana del entorno en el que se encuentra inmerso el niño: un universo físico que aún no comprende, un mundo social de mayores al que está obligado a adaptarse y unas reglas e intereses que no comparte. Y este juego simbólico es el único espacio de que dispone para modelar la realidad a sus propias exigencias y llegar a asimilarla pudiendo deformarla a su antojo en función a sus necesidades y restablecer así su equilibrio afectivo.”³⁴

Según Knox (1997) caracteriza al juego de acuerdo al nivel de interacción social y participación:

- Juego Solitario, se da cuando el niño juega solo.
- Juego paralelo, se presenta cuando los niños juegan cómodamente cerca uno de otro, posiblemente compartiendo objetos y conversando, pero sus planes y actividades están separadas.

Estos Juegos de Socialización se dan a partir de los 2 años como también los juegos motores gruesos; caminar rápido o correr, escalar, juegos de arrastre, todos estos se dan sin considerar factores de seguridad.

Comienzan los Juegos Simples de Construcción donde se desarrolla un juego de manipulación más complejo incluyendo clasificar formas, encastrados de piezas de rompecabezas grandes, apilar y separar.

A los 3 años continúa con el Juego Simbólico y con el aumento del uso del lenguaje aparece el soliloquio en donde el niño habla solo durante el juego.

El juego ya es más interactivo, más sociable en donde comienza a compartir el juego con otros.

Según Knox (1997) el Juego Social involucra actividades de juego que son compartidas y requieren que los niños interactúen entre ellos durante el juego. Este juego incluye cooperación, acuerdo mutuo en los roles y en las reglas, intercambio social y (a menudo) competición.

A esta edad el niño disfruta del Juego Sensorial como moldear plastilina, jugar con agua y arena, materiales que son símbolos de la capacidad creadora de su propio cuerpo (heces y orina).

³⁴ Op. Cit. Quirós Pérez V. y Arraéz Martínez J

“El juego con recipientes para trasvasar sustancias aparece conjuntamente con el aprendizaje del control de esfínteres, como elaboración simbólica de la necesidad de entregar a voluntad los contenidos de su cuerpo.”³⁵

Comienza a manejar el triciclo, juegos de pelota simples, corre, salta, trepa y baila.

A los 4 años de edad se da el Juego Social Asociativo en donde el niño aprende a compartir, a tomar turno y se interesa en amigos.

Se desarrolla el Juego Simbólico-dramático, con representación de escenas o situaciones compartidas desde distintos roles por varios niños. En esta edad surge una rica simbología de la vida genital y aparecen juegos sociales entre los niños, como el jugar a la mamá y el papá, al doctor, a los novios, entre otros, donde satisfacen necesidades de tocar y ser tocados, mostrarse, ser vistos y ver.

Según Piaget el simbolismo lúdico puede llegar a cumplir la función de lo que sería para un adulto el lenguaje interno; pero, en lugar de repensar simplemente en un acontecimiento interesante o impresionante, el niño tiene necesidad de un simbolismo más directo, que le permite volver a vivir ese acontecimiento en vez de contentarse con una evolución mental.

En los Juegos de Construcción comienza a desarrollar un interés en el producto final.

Le atrae más ver televisión, participar en juegos de videos y juegos de mesa simples.

Los bebés, los niños pequeños y los de edad preescolar pasan la mayoría de sus horas de vigilia jugando.

La cantidad y la calidad del comportamiento del juego y los motivos del mismo cambian a medida que una persona pasa de la infancia a la niñez y a la adultez.

Jugar es para todo niño una necesidad esencial y la herramienta que le permitirá conocerse a si mismo y al mundo al que pertenece, como así también desarrollar destrezas que utilizará en situaciones de la vida diaria. Por esto es importante propiciar el espacio, brindándole el lugar, tiempo y oportunidad para desarrollar su creatividad. Es el adulto (padre o persona a cargo y cuidadores), el encargado de posibilitar, favorecer y promover el hábito de jugar.

A través del juego aprenden acerca de sus ambientes físicos y otros contextos, experimentan con roles del adulto, desarrollan habilidades cognitivas, socio-emocionales y motoras, y construyen relaciones significativas con cuidadores, otros

³⁵ Eiderberg, A. “Enfoques de trabajo en el campo del trabajo corporal”. Trabajo de investigación en Terapia Ocupacional. Buenos Aires. Año 1986. Pág.3.

miembros de la familia y amigos. Pudiendo resultar un medio para elaborar los conflictos que su realidad les plantea.

Por todo lo expuesto se considera importante, en esta investigación, conocer el juego de cada uno de los niños de 2, 3 y 4 años de edad que concurren a la Casa del Niño Centenario, siendo éste una actividad fundamental y el medio de expresión más significativo del niño, a través del cual aprende y se desarrolla en todas sus dimensiones. Conociéndolo también a través de los padres y perceptoras quienes son los responsables o encargados de dar la posibilidad de jugar, brindándole el tiempo y lugar adecuado que cada niño necesita.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberasturi A. "El niño y sus juegos", Ed. Paidós, Buenos Aires, Año 1979.
- Ajuriaguerra, J. "Manual de Psiquiatría infantil", Ed. Toray- Masson. España Año 1987.
- Alsina, V.; Valente Lozada, L. "Rendimiento en las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica valoradas a través de técnicas de screening en terapia ocupacional" Tesis de grado de Licenciatura en terapia Ocupacional. UNMdP. Año 2006.
- Amores, S. "Colecho: ¿Beneficio o riesgo?" Material extraído de XI Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto-juvenil y profesiones afines. Noviembre 2003.
- A.O.T.A. "Esencia del juego en la Ocupación del niño", Cáp. "El juego como tratamiento y el tratamiento a través del juego". Trad. Libre. Año 1997.
- Ayala, J.; Ortiz, P.; Suarez, P. "El sueño en la Infancia" Revista pediátrica de Atención Primaria. Volumen IV N° 16 Octubre- Diciembre 2002.
- Du Gas, B. "Tratado de enfermería práctica" 4ª Edición. Ed. Interamericana Mc. Graw- Hill. Año 1986.
- Eidelberg, A. "Enfoques de trabajo en el campo del trabajo corporal". Trabajo de investigación en Terapia Ocupacional. Buenos Aires. Año 1986.
- Fernandez Gutierrez, A. "La Educación Infantil 0-6 años" Volumen 1 6ª Edición Ed. Paidotribo. Año 2004.
- Finnie N. "Atención en el hogar del niño con Parálisis Cerebral" 1ª Edición. Ed. Fournier, S.A. Año 1983.
- Gassier, J. "Manual del Desarrollo Psicomotor del niño" Ed. Toray-Masson, S.A .Año 1983.
- I.R.E.M.I. Área de Terapia Ocupacional. "Cartillas sobre sueño, lenguaje, chupete y mamadera" Material de circulación interna. Mar del Plata .Año 2007
- Jenik A. Artículo especial, "Colecho y síndrome de muerte súbita del lactante: una relación conflictiva" Arch. Argentino Pediátrico. Año 2001.
- Lejarraga, H. Y colaboradores. "Guías para la Evaluación en el desarrollo en el niño menor de 6 años" Publicado por Nestlé Argentina S.A. Buenos Aires 1996.

- Le Metayer M. "Reeducación Cerebromotriz del niño pequeño. Educación Terapéutica" Ed. Masson S.A. Barcelona. Año 1995.
- López P. Ortega C. y Moldes V. "Terapia Ocupacional en la infancia". Ed. Médica Panamericana. Madrid. Año 2008.
- Mauren, M. de Mulvey y otros. "Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Favoreciendo el desarrollo" Ed. Humanitas. Buenos Aires. Año 2000.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación "Embarazo y Nutrición" Revista Plan Federal de Salud. Argentina Pág. 4. Año 2000.
- Mulligan, S. "Terapia Ocupacional en pediatría" Ed. Medica Panamericana. Bs. As. Año 2006.
- Piaget J, "El nacimiento de la inteligencia en el niño" Ed. Crítica. Barcelona Año 1985.
- Shaffer D. "Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia" Edición 5°. Ed. Internacional Thomson. Año 1999.
- Soifer, R. "Psiquiatría Infantil operativa" Tomo I Psicología Evolutiva 2ª edición. Ed. Kargieman Buenos Aires. Año 1988.
- UNICEF Argentina "Guías de Salud 2. El niño de 2 a 5 años". Sociedad Argentina de Pediatría. Octubre 1995.
- Wallon H. "La evolución psicológica del niño" Ed. Grijalbo. Barcelona. Año 1976.
- Winnicott, D. "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador" Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Ed. Paidós, 1ª Edición. Buenos Aires Año 1993.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA EN INTERNET

- Baby Center en español. “¿Cuanto sueño necesita tu niño?” www.espanol.babycenter.com/baby/sueno_bebe/cuanto_sueno_necesita. Fecha de consulta 10 de Diciembre de 2007.
- “Bienestar y nutrición”. www.noel.com.co. Fecha de consulta 10 de Noviembre de 2007.
- “Crecimiento y desarrollo del niño” [www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad / images?locale=es_ES&textOnly=false&idMmedia=9527](http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/images?locale=es_ES&textOnly=false&idMmedia=9527). Fecha de consulta 4 de Septiembre de 2008.
- Díaz, M. “Hábitos de alimentación y sueño”. www.astait.org/habitos.htm. Fecha de consulta 10 de Diciembre de 2007.
- “El juego y el niño.” www.educacioninicial.com/ei/areas/maternal/index.asp. Fecha de consulta 10 de Marzo de 2008.
- “Hábitos de la higiene diaria para tus hijos” 12 de diciembre de 2005. www.bebesymas.com/2005/12/12-habitos-de-la-higiene-diaria-para-tus-hijos. Fecha de consulta de 27 de Noviembre de 2007.
- “Higiene Infantil. Enséñale buenos hábitos”. [www.todopapas.com/contenidos/ consejos/Higiene-infantil-ensenales-buenos-habitos-720.html](http://www.todopapas.com/contenidos/consejos/Higiene-infantil-ensenales-buenos-habitos-720.html). Fecha de consulta 27 de Noviembre de 2007.
- “Los hábitos”. www.xtec.es/~ragusti/habits/chabits.htm#h. Fecha de consulta 3 de Diciembre de 2007.
- “Pautas de alimentación en el niño mayor de 2 años”. [www.pediatraldia.cl / PORSUBIR/alim_dos_anos.htm](http://www.pediatraldia.cl/PORSUBIR/alim_dos_anos.htm). Fecha de consulta 2 de Noviembre de 2007.
- “Psicopatología Sueño”. www.psicologiaonline.com/formacion/sicopatología/sueño. Fecha de consulta 27 de Noviembre de 2007.
- Quirós Pérez V. y Arraéz Martínez J. “Juego y psicomotricidad” FEADDEF. Año 2005. www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo. Fecha de consulta 19 de Septiembre de 2008.
- Silva T. D. “Aplicación del Software “SPAV” a una muestra de niños de Primer Año de Educación General Básica”. www.articuloz.com. Fecha de consulta. 20 de Mayo 2008.

- “Sueño”. www.tone.udea.edu.co/revista/sep99/habitos.htm. Fecha de consulta 10 de Diciembre de 2007.
- “Trastornos del sueño”. www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles. Fecha de consulta 10 de Diciembre de 2007.

TERCER CAPITULO

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud de 1978, fue el resultado de tendencias en el pensamiento sobre el desarrollo de los servicios de atención de salud ocurridos a partir de la Segunda Guerra Mundial. Represento un hito histórico; fue la primera y la mayor hasta esa fecha, conferencia celebrada en torno a un único tema (participaron 134 naciones y 67 organizaciones, tanto del Sistema de Naciones Unidas como organismos no gubernamentales).

Todos los países del mundo en forma unánime definieron la Atención Primaria de la Salud como la estrategia clave para alcanzar la meta social de “Salud para Todos”.

Con todo y sus limitaciones, desde Alma Ata, se asumió la Atención Primaria de la Salud como la forma mas adecuada para enfrentar los problemas de salud, entendidos éstos como problemas sociales e inseparables del desarrollo socioeconómico de un país. Al igual que otros problemas sociales, la salud esta condicionada por múltiples factores históricos – culturales, económicos y políticos.

Por eso para enfrentar efectivamente su problemática se requiere que se den procesos fundamentales en todos los niveles del sistema de salud, en sus instituciones, en sus servicios y sobre todo en la mentalidad y actitud de toda la población incluyendo a los “proveedores de servicios de salud”.

“La Atención Primaria de la Salud es el conjunto de cuidados de salud básicos contruidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en sí mismo y de autodeterminación. La Atención Primaria de la Salud forma una parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco, y del desarrollo económico y social global de la comunidad. La Atención Primaria de la Salud es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como posible al lugar

donde la gente vive y trabaje, y constituye el primer eslabón de un proceso continuo de atención en salud.”³⁶

Los principios de la Atención Primaria de la Salud son:³⁷

- Equidad
- Envolvimiento de la comunidad
- Colaboración Intersectorial
- Tecnología apropiada y Costos accesibles
- Promoción de Salud

El conjunto de actividades que debiera incluir la Atención Primaria de la Salud, recomendadas en la Conferencia de Alma – Ata, son las siguientes:³⁸

- Educación en Salud
- Promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta
- Agua segura y saneamiento básico
- Atención materno infantil, incluyendo planificación familiar
- Inmunización
- Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales
- Provisión de medicamentos esenciales

Las acciones a través de las cuales se desarrolla la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, se dan básicamente en tres niveles:

- **Prevención Primaria:** (Protección, Promoción y Educación para la Salud), está encaminada a tratar de evitar la aparición de un trastorno, proceso o problema. “La Promoción de la Salud exige la participación de una población conocedora del proceso para lograr el cambio de las condiciones que determinan la salud.”³⁹ “La Educación para la Salud es un término que se utiliza para

³⁶ Ministerio de Salud de Panamá, representación de O.P.S/O.M.S en Panamá, “Atención Primaria de Salud: una revisión de prácticas y tendencias” Junio 2004. Pág. 11.

³⁷ Ibid. Pág. 12

³⁸ Ibid. Pág. 13

³⁹ O.P.S. “Promoción de la Salud: una antología”. Publicación Científica N° 557. Serie Paltex. Año 1996. Pág. 184.

designar a las oportunidades de aprendizajes creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada.”...”Se trata fundamentalmente de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan las salud.”⁴⁰

- **Prevención secundaria: (Detección Precoz y Tratamiento oportuno)** Trata de reconocer y poner término lo antes posible a un trastorno, proceso o problema o bien remediarlo parcialmente. En éste nivel se establece como objetivo fundamentalmente el diagnóstico y tratamiento precoz así como la prevención de secuelas.
- **Prevención Terciaria: (Rehabilitación)** Se orienta a detener o retardar la evolución de un trastorno, proceso o problema y sus consecuencias, aún cuando persista la condición patológica previa. Se caracteriza por el tratamiento especializado, la recuperación de la salud, la rehabilitación y reinserción social.

⁴⁰ Ibid. Pág. 385

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La atención Primaria de la Salud esta estrechamente vinculada con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La Promoción de la salud consiste en brindar a la población los medios que le sean necesarios para mejorar la salud y ejercer un control sobre la misma, no es exclusividad del sector sanitario sino que exige una acción coordinada entre los diferentes sectores, por lo cual se hace necesaria la participación activa y concreta de la comunidad, fijando las prioridades, tomando decisiones y participando en la elaboración y puesta en marcha de programas de salud. Este concepto se centra en alcanzar la equidad sanitaria y la igualdad de oportunidades.

“La Promoción de la Salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir. Constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que, con vistas a crear un futuro mas saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social.”⁴¹

La Promoción de Salud abarca a la población en el marco de su vida cotidiana, es importante la participación comunitaria y la cooperación entre todos los sectores de la sociedad, incluidos el gobierno, para asegurar que el entorno global promueva la salud.

Como mencionamos anteriormente, en Alma Ata, se logro un consenso internacional para implementar la estrategia de Atención Primaria de la Salud con el objetivo de cambiar el modelo asistencialista, teniendo como valores fundamentales a la salud como derecho, a la equidad y a la solidaridad. Fue algo muy innovador en las políticas de salud pública a nivel mundial.

Zurro y Cano Pérez refieren que la realidad es que los responsables de las políticas sanitarias de cada país, especialmente de los países industrializados no hicieron esfuerzos suficientes y necesarios para potenciar la Atención Primaria de la Salud. Los autores lo atribuyen, entre otros factores, a una lectura superficial de los contenidos expuestos en esta estrategia, sosteniendo que pido conducirlos a creer que la Atención

⁴¹ Ibid. Pág. 386-387.

Primaria de la Salud es necesaria realmente para los países subdesarrollados, ya que los países “ricos” cumplen con los requisitos de la misma.

David Tejada de Rivero sostiene que existen grandes e injustas desigualdades entre grupos de población, tanto en lo que se refiere al nivel de salud como a la distribución uso y efecto de los recursos que las sociedades nacionales asignan.

(...) “La distribución desigual de los recursos y su injusta concentración se agravan por el constante aumento de los costos de los servicios médicos – reparativos. Esto responde principalmente a la comercialización del desarrollo científico y tecnológico aplicado casi exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Los equipos no solo son cada vez más sofisticados y caros, sino que tiene una vida útil muy reducida, debido a la aparición constante de nuevas generaciones o versiones de una misma generación. Esto no deja recursos disponibles para las acciones promocionales y preventivas, que son las que necesita la gran mayoría de la población.”⁴²

“Las políticas de Salud deben ser una responsabilidad intersectorial y sus alcances y determinantes, así como las estrategias para intervenir, deben considerar, la estructura social.”⁴³

Según la Dra. Mariela Rossen, presidente del Comité Científico Nacional de Buenos Aires 30-15, esta estrategia fue entendida desde distintos lugares, hubo diferentes interpretaciones; unos lo tomaron como estrategia para todo el sistema, otros para la prevención, otros para los mas necesitados o grupos focalizados. Pero más allá de las interpretaciones, fue un avance muy importante en la materia.

Desde la Conferencia de Alma-Ata hasta la fecha han transcurrido 30 años, se realizaron diversos encuentros y convenciones en relación a la Atención primaria, pero en ninguno se llevo a un acuerdo.

En la Argentina en Agosto de 2007 se llevo a cabo la reunión cumbre de la Atención Primaria en Salud “Buenos Aires 30-15 de Alma-Ata a la Declaración del Milenio”, organizado por el ministerio de Salud de la Nación en la cual asistieron autoridades internacionales, ministros de salud, técnicos y expertos de todas las regiones del mundo.

⁴² O.P.S. “La Crisis de la Salud Pública”, Cáp. Tejada de Rivero, D “Salud Pública y Atención Primaria de la Salud: una evaluación crítica” Material de Cátedra de Prevención Primaria de la Salud. Año 1993. Pág. 173-174.

⁴³ Veyra, M.E. “Proyecto de Terapia Ocupacional del Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredon”. Inclusión del Terapeuta ocupacional en el Programa Control del Niño Sano. Año 1988. Pág. 2.

La idea fue rediscutir cuales fueron los avances de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, los éxitos y fracasos y comenzar a delinear una nueva estrategia para afrontar nuevos desafíos en el milenio.

Los ejes principales de la conferencia fueron:⁴⁴

- Atención primaria de la Salud y sistemas de salud en el contexto global.
- Recursos humanos para el nuevo milenio.
- Equidad en Salud.
- Financiamientos.

Esta conferencia inicia un proceso que va a seguir este año en el encuentro anual realizado por la Organización Mundial de la Salud, que va a ser 70-30 porque la Organización cumplirá 70 años.

⁴⁴ Gonzalez Astorquiza M. "Reunión cumbre de Atención Primaria de la Salud: Buenos Aires – 15"
Publicación del Instituto Universitario Revista ISALUD. Volumen 2 N° 8 Julio 2007 Pág. 7

TERAPIA OCUPACIONAL Y PROMOCION DE LA SALUD

La Terapia Ocupacional fue definida por la WFOT 2005 (Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales) como:

“Profesión que se ocupa de la Promoción de la Salud y el Bienestar a través de la Ocupación. El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación. Los Terapeutas Ocupacionales poseen una formación extensa que les proporciona las habilidades y los conocimientos para trabajar con aquellos individuos o grupos de población que sufren la afectación de una estructura corporal o función, debido a algún cambio de salud y que por tanto hace que experimente limitaciones en su participación.

Los Terapistas Ocupacionales establecen que la participación podría estar facilitada o restringida por entornos físicos, sociales, actitudinales y legislativos. Por ello la práctica de la Terapia Ocupacional podría estar dirigida a todos aquellos aspectos variables del entorno para mejorar la participación.”

Las funciones del Terapeuta Ocupacional son:⁴⁵

- Evaluación.
- Identificación de áreas de disfunción.
- Tratamiento e intervención.
- Consejo, asesoría y consulta.
- Prevención y promoción de la salud.
- Investigación y docencia.
- Enseñanza y supervisión.
- Dirección, administración y gestión.

El objetivo general de la Terapia Ocupacional es el de mejorar la calidad de vida consiguiendo el máximo nivel de autonomía e integración de la persona a través de:⁴⁶

⁴⁵ Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales. “Definiciones de terapia ocupacional”. www.terapia-ocupacional.org.ar/to-definiciones.asp. Fecha de consulta 20 de Marzo de 2008.

- Promover la salud y el bienestar,
- Minimizar o prevenir el deterioro,
- Desarrollar, mantener, mejorar y/o recuperar el desempeño de las funciones necesarias,
- Compensar las disfunciones instauradas.

“Se define a la Terapia Ocupacional como la disciplina que esta basada en la observación, recolección, comprensión, y manejo de la actividad humana, con la función de prevenir, mantener y restablecer las potencialidades del individuo a fin de que alcance su interacción social y cultural.”⁴⁷

“El Terapeuta Ocupacional, tiene un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ya que considera el concepto dinámico de la salud, es decir como: “el logro mas alto de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en que vive inmersa la persona y la sociedad”. De este modo, la Terapia Ocupacional, con su visión integral del hombre, constituye un elemento fundamental de la salud, actuando como agente de salud, sobre la biología humana, los estilos de vida y el medio ambiente...”⁴⁸

“La Terapia Ocupacional es la disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e intervenir cuando dicha capacidad esta en riesgo o dañada por cualquier causa. El Terapeuta Ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.”⁴⁹

El Terapeuta Ocupacional es un profesional que puede realizar en el área de la Salud un abordaje preventivo comunitario enmarcado en los principios de la Atención Primaria de la Salud.

⁴⁶ Op. Cit. Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales.

⁴⁷ García Cein, E; Patrizi, A; Veyra, M.E. “Prevención Primaria en Salud mental desde Terapia Ocupacional” Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional, UNMdP, año 1992. Pág. 28

⁴⁸ “Terapia Ocupacional” www.revistaterapiaocupacional.cl/cda/to Fecha de consulta 20 de Marzo de 2008.

⁴⁹ Asociación profesional Española de terapia ocupacional. “Terapia ocupacional”. www.wikipedia.org/wiki/Terapia_ocupacional Fecha de consulta 02 de marzo de 2008.

La Carta de Ottawa resulta un marco conceptual apropiado para la Promoción de la Salud, aportando elementos que facilitan la intervención en Terapia Ocupacional.

La Promoción de la Salud es un proceso al cual Terapia Ocupacional puede contribuir, no solo trabajando en la comunidad sino trabajando “con” la comunidad.

Según la Licenciada en Terapia ocupacional Mariel Pellegrini (2004) el Terapeuta Ocupacional puede hacer contribuciones en 5 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,
- 5) Incrementando los conocimientos acerca de la salud.

Terapia Ocupacional forma parte de un Equipo Interdisciplinario constituido por diversos profesionales que se encuentran en un espacio de confluencia, manteniendo un lenguaje en común, donde cada uno aporta lo propio de su profesión, para realizar de este modo un abordaje integral de la persona y la comunidad. Estos profesionales tienen la responsabilidad de proveer las herramientas e información para que las personas puedan ayudarse a sí mismas y tener mayor control sobre su salud. 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.

Para desempeñar eficazmente su rol, el Terapeuta Ocupacional debe conocer las características sociales, culturales, ambientales de la comunidad y sus necesidades. La planificación de las acciones en Promoción de la Salud requiere de éste conocimiento así como también de la comprensión de los procesos sociales de la comunidad.

La presente investigación recurre al marco conceptual de la Atención Primaria de la Salud, considerando que conocer los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en niños de 2, 3 y 4 años de edad tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, nos permitió detectar conductas y hábitos inadecuados pudiendo realizar un proyecto desde Terapia Ocupacional desarrollando acciones de promoción de la salud elaborando estrategias de educación, promoción y protección de la salud. Trabajando en conjunto con los padres y preceptores desde los diferentes ámbitos.

Como Terapistas Ocupacionales uno de nuestros objetivos es promover el medio ambiente facilitador para desarrollar los diferentes hábitos y juego, tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, favoreciendo así la relación adulto-niño y su entorno.

Brindándole al niño la posibilidad de un óptimo aprendizaje en cada etapa de su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bustos, G; Forte, N."Aporte de Terapia Ocupacional para la Prevención de la Drogodependencia". Tesis de Grado de Licenciatura en Terapia ocupacional UNMdP. Año 2004.
- Cardoso, M.; Cevoli, L. "Descripción de la relación diádica de las madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses" Tesis de grado de Licenciatura en Terapia ocupacional UNMdP. Año 2005
- Delmonte, C.; Ricillo, V. "El rol del Terapeuta Ocupacional en Atención Primaria de Salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socio-ambientales" Tesis de grado UNMdP. Año 2002
- García Cein, E.; Veyra M.E. y otros. "Atención Primaria de la Salud: ¿Salud para todos en el año 200?" Revista Materia Prima Nº 17 Noviembre 2000.
- Gonzalez Astorquiza, M."Reunión cumbre de Atención Primaria de la Salud: Buenos Aires – 15" Publicación del Instituto Universitario Revista ISALUD. Volumen 2 Nº 8. Julio 2007
- Ministerio de Salud de Panamá, representación de O.P.S/O.M.S en Panamá, "Atención Primaria de Salud: una revisión de prácticas y tendencias" Junio 2004
- O.P.S. "Evaluación para el planeamiento de programas de Educación para la Salud" Serie Paltex Nº 18. Año 1990.
- O.P.S. "La Crisis de la Salud Pública", Cáp. Tejada de Rivero, D "Salud Pública y Atención Primaria de la Salud: una evaluación crítica". Serie Paltex. Año 1993
- O.P.S. "Promoción de la Salud: una antología". Publicación Científica Nº 557. Serie Paltex. Año 1996.
- Tascon, E. "Atención primaria de la Salud, crecimiento y desarrollo del ser humano" 1ª Edición, Tomo I "Nacimiento a edad escolar" Ed. Guadalupe. Cáp. 5. Año 1995.
- Videla, M. "Prevención Intervención psicológica en Salud comunitaria" Editorial Cinco. Buenos Aires. Año 1993.
- Zurro, A.; Cano Perey, J. "Manual de Atención Primaria. Organización y pautas" Edición Dogma S.A. España. Año

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA EN INTERNET

- Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales. “Definiciones de terapia ocupacional”. www.terapia-ocupacional.org.ar/TO_Definiciones.asp. Fecha de consulta 20 de Marzo de 2008.
- A.P.E.T.O. “Documento técnico sobre Terapia Ocupacional”. Abril 1999. www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml. Fecha de consulta 20 Marzo de 2008.
- Asociación profesional Española de terapia ocupacional. “Terapia Ocupacional” www.wikipedia.org/wiki/Terapia_ocupacional. Fecha de consulta 02 de marzo de 2008.
- “Terapia Ocupacional”. www.revistaterapiaocupacional.cl/cda/to. Fecha de consulta 20 de Marzo de 2008.

CUARTO CAPITULO

“CASA DEL NIÑO CENTENARIO”

La institución se encuentra ubicada en el centro del barrio El Centenario, sobre las calles San Lorenzo y Tierra del Fuego.

La Casa del Niño funciona como centro asistencial diurno desde el 12 de mayo de 1989, inaugurándose oficialmente el 10 de diciembre de 1988.

Se atiende integralmente a niños y niñas de 45 días a 3 años, cuyos padres trabajen. Funciona durante todo el año de lunes a viernes en el horario de 7 a 17,30Hs. La permanencia de los niños tiene carácter transitorio.

El lugar físico pertenece al Gobierno de la Provincia de Buenos Aires pero la guardería depende de la Subsecretaría del Menor, la Familia y Tercera Edad de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón, contando con el apoyo de la Comisión Asesora.

La Casa del Niño Centenario es un establecimiento de Protección y Prevención, funciona como centro de orientación y apoyo al núcleo familiar.

Brinda una atención integral la cual comprende:

- Alimentación con programa nutricional (desayuno, almuerzo y merienda).
- Atención, concentración, orientación, asesoramiento y acompañamiento.
- Prevención en todos los aspectos que comprenden el desarrollo del niño y la familia.
- Apoyo escolar y actividades recreativas.

El personal de la institución es designado por la Municipalidad y está conformado por: la Directora, la Secretaria, Asistente Social, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudióloga (aun sin nombramiento oficial), diez Preceptoras y dos Cocineras. Dicho personal trabaja en forma permanente todo el año y la mayoría está en la institución desde sus comienzos.

Actualmente el lugar físico está compuesto por 4 aulas:

- Nursery desde 45 días hasta 18 meses.
- Maternal 1 desde 18 meses a 24 meses.
- Sala de 2 desde 2 años a 3 años.
- Jardín desde 3 años a 5 años.

Y en otro sector se encuentra la cocina y la dirección.

Para el ingreso a la institución no existen criterios de exclusión pero si requisitos que deben cumplir para su permanencia.

La documentación necesaria al ingreso:

- Fotocopia de DNI de los niños y adultos responsables.
- Fotocopia de vacunas.
- Certificado laboral del grupo familiar conviviente (quedando a criterio de la Dirección y/o Servicio Social los plazos a establecer para obtener trabajo según el caso y las circunstancias)
- Fotocopia de tenencia de los menores expedida por el Tribunal de Menores.

Las obligaciones y responsabilidades que debe cumplir la familia son:

- Concurrencia a todas las citaciones requeridas.
- Comunicar dentro de las 24hs. Los motivos del ausentismo de los niños, considerándose injustificada cuando no se informa.
- Presentar certificado médico cuando se le solicite, reservándose la institución el derecho al ingreso a la misma cuando el motivo de la certificación así lo requiere.
- Cumplir el horario acorde en la entrada y salida de los niños.
- Se deja expresamente aclarado que la responsabilidad en la escolaridad del menor (inscripciones, reuniones, adaptación, citaciones) no se delega a ésta institución, sino que sigue siendo exclusivamente del padre o responsable.
- Comunicar en forma inmediata todo cambio de domicilio familiar o laboral.
- Presentación de certificados laborales cada 90 días.

La disposición del egreso queda a consideración de la Dirección, los motivos que lo pueden provocar son:

- Incumplimiento de las obligaciones y responsabilidades enunciadas precedentemente.
- Finalización del periodo de permanencia pactado en el momento del ingreso.
- Ausentismo injustificado en un periodo mayor a 20 días hábiles.
- Situaciones que modifican los motivos causantes del ingreso.

La Terapista Ocupacional concurre a la Casa del Niño Centenario dos veces por semana (lunes y jueves).

Su abordaje se basa en la Prevención Primaria realizando:

- Las Historias Evolutivas de todos los niños que concurren a la guardería.
- Estimulación Psicomotriz con grupos de 2 a 4 niños interviniendo a través del juego.
- Trabajos interdisciplinarios con la fonaudióloga.
- Participaciones en las reuniones de equipo técnico.
- Asesoramiento a las preceptoras.
- Informes para los jardines y/o escuelas que lo requieran.
- Derivaciones a Neurología si se observa algún retraso en el desarrollo.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

PROBLEMA:

¿Cómo se presentan los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en niños de 2 a 4 años de edad cronológica tanto en su ámbito familiar como en la guardería Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto - Septiembre de 2008?

OBJETIVO GENERAL:

Conocer los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en los niños de 2 a 4 años de edad cronológica tanto en el ámbito familiar como en la guardería Casa del Niño Centenario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer a través de cuestionarios a los padres los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en su ámbito familiar.
- Conocer a través de cuestionarios a las preceptoras los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en la guardería.
- Identificar el juego y los hábitos incorporados por el niño en el ámbito de la guardería.
- Detectar la existencia de hábitos inadecuados tanto en el ámbito familiar como en la guardería.
- Comparar los resultados de los hábitos y juego en el ámbito familiar con el de guardería.
- Elaborar en base a los resultados estrategias de intervención desde Terapia Ocupacional.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

CONCEPTOS DE HÁBITOS

DEFINICIÓN CIENTÍFICA:

“Son costumbres, actitudes, formas de conductas o comportamientos que conllevan pautas de conductas y aprendizajes. El hábito bien adquirido y usado nos permite hacer frente a los acontecimientos cotidianos”⁵⁰, tanto en el ámbito familiar como en el de guardería.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Conjunto de habilidades que posibilitan la adaptación del niño, de 2 a 4 años de edad cronológica, al medio y la adquisición de la competencia necesaria para responder a los requerimientos complejos de la vida en sociedad, tanto en el ámbito familiar como en el de guardería. La frecuencia con que se exigen determinados comportamientos en la interacción social facilita la adquisición de hábitos. Los cuales incluyen los hábitos de alimentación, vestido, higiene y sueño.

Hábito de Alimentación:

Conjunto de habilidades que posibilitan al niño la obtención, preparación e ingestión de los alimentos a través de distintos indicadores que varían según la edad. Se considera este hábito adquirido cuando el niño cumple con los tres primeros indicadores correspondientes a su edad.

En niños de 2 años de edad cronológica los indicadores son:

- Come solo, no siempre con limpieza.
- Usa cuchara para comer.
- Sostiene el vaso o taza con las dos manos.
- Bebe en taza con boquilla.
- Come comidas cortadas en trozos pequeños.
- Identifica su lugar en la mesa.

⁵⁰ Fernandez Gutierrez, A. “La Educación Infantil 0-6 años” (Vol 1) Edi 6ª Paidotribo. Año 2004. Pág. 15

En niños de 3 años de edad cronológica los indicadores son:

- Comienza a utilizar el tenedor.
- Toma la taza por el asa con una sola mano.
- Bebe en taza sin boquilla.
- Permanece sentado en la silla hasta terminar la comida.
- Participa en tareas simples como poner la mesa.

En niños de 4 años de edad cronológica los indicadores son:

- Eficiente uso del tenedor.
- Puede servir agua en un vaso desde una jarra.
- Colabora en tareas como preparar y levantar la mesa.

Hábito de Vestido:

Conjunto de habilidades que posibilitan al niño el vestido a través de indicadores que varían según la edad. Se considera este hábito adquirido cuando el niño cumple con los dos primeros indicadores correspondientes a su edad.

En niños de 2 años de edad cronológica los indicadores son:

- Ayuda a vestirse y desvestirse.
- Se saca prendas simples (medias, zapatos y gorros).
- Presenta interés por abotonamiento y desabotonamiento de la ropa.

En niños de 3 años de edad cronológica los indicadores son:

- Se saca solo el abrigo y pantalones sin cierre.
- Se pone camisa o abrigo abrochado adelante.
- Se intenta poner los zapatos, no en el pie correcto.
- Puede bajar cierres o desabrochar botones grandes.

En niños de 4 años de edad cronológica los indicadores son:

- Se desviste solo.
- Se viste solo con asistencia en la orientación (atrás-adelante, derecho-revés) y en la unión de cierres.
- Se pone los zapatos en el pie correcto, sin atar los cordones.

Hábito de Higiene:

Conjunto de habilidades que posibilitan al niño la limpieza y aseo personal a través de indicadores que varían según la edad. Se considera este hábito adquirido cuando el niño cumple con los tres primeros indicadores correspondientes a su edad.

En niños de 2 años de edad cronológica los indicadores son:

- Interés en ayudar a lavarse la cara, las manos y demás partes del cuerpo.
- Comienza a avisar la necesidad de ir al baño durante el día, con accidentes.
- No tiene control de esfínteres nocturno, usa pañales.
- No realiza el cepillado de dientes solo.
- Comienza a utilizar pelela.

En niños de 3 años de edad cronológica los indicadores son:

- Puede lavarse la cara, las manos y demás partes del cuerpo con asistencias.
- Control de esfínteres diurno con pocos accidentes.
- Control de esfínteres nocturno con recordatorios.
- Ayuda a cepillarse los dientes, con supervisión.

En niños de 4 años de edad cronológica los indicadores son:

- Se lava la cara y las manos solo.
- Se cepilla los dientes solo.
- Control de esfínteres diurno y nocturno con asistencia en su aseo.
- Ayuda a cepillarse el cabello.
- Se limpia la nariz solo.

Hábito de Sueño:

Conjunto de habilidades que posibilitan al niño un buen descanso a través de indicadores que varían según la edad. Se considera el hábito del sueño adquirido cuando el niño cumple con los tres primeros indicadores correspondientes a su edad.

Los indicadores en niños de 2 años de edad cronológica son:

- Dificultad al dormirse, necesita ceremonias importantes como los rituales.

- Suele despertarse durante la noche.
- Duerme una o más siestas.
- Puede dormir en habitación separada de los padres.

Los indicadores en niños de 3 años de edad cronológica son:

- Se duerme fácilmente, son menos frecuentes los rituales.
- Frecuentes pesadillas o terrores nocturnos.
- Duerme una siesta.

Los indicadores en niños de 4 años de edad cronológica son:

- No son necesarios los rituales para dormirse.
- Se despierta durante la noche para ir al baño.
- No duerme siesta.

CONCEPTO DE JUEGO

DEFINICIÓN CIENTÍFICA:

Es la actividad propia del niño. El juego es una forma de adaptación al mundo "...a través del cual los niños aprenden y practican nuevas habilidades y refinan otras, experimentan con roles sociales, sienten emociones y desarrollan amistades."⁵¹

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Se considera el hábito de juego adquirido cuando el niño cumple con los tres primeros indicadores correspondientes a su edad.

Los indicadores en niños de 2 años de edad cronológica son:

- Juego solitario, de tipo egocéntrico.
- Juego paralelo.
- Inicio de Juego simbólico.
- Juegos de arrastre sin considerar factores de seguridad.
- Juegos simples de construcción (encastres y rompecabezas de piezas grandes).

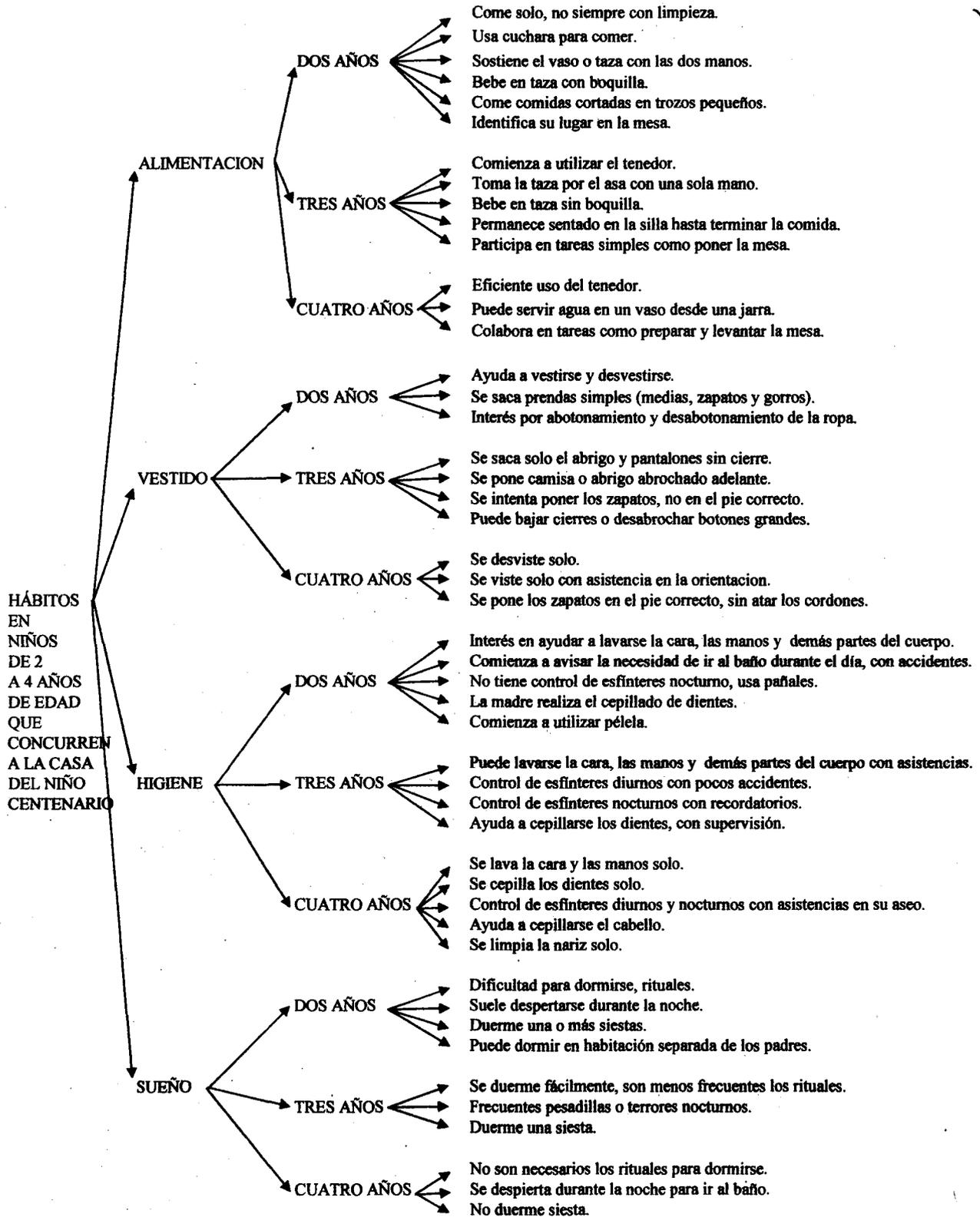
⁵¹ Mulligan, S. "Terapia Ocupacional en pediatría" ED. Medica Panamericana. Bs. As. Año 2006 Pág. 92

Los indicadores en niños de 3 años de edad cronológica son:

- Juego social-colectivo.
- Soliloquio.
- Juego simbólico.
- Juego sensoriales (moldear con plastilina, jugar con arena y agua).
- Triciclo, bailar y patear pelotas.

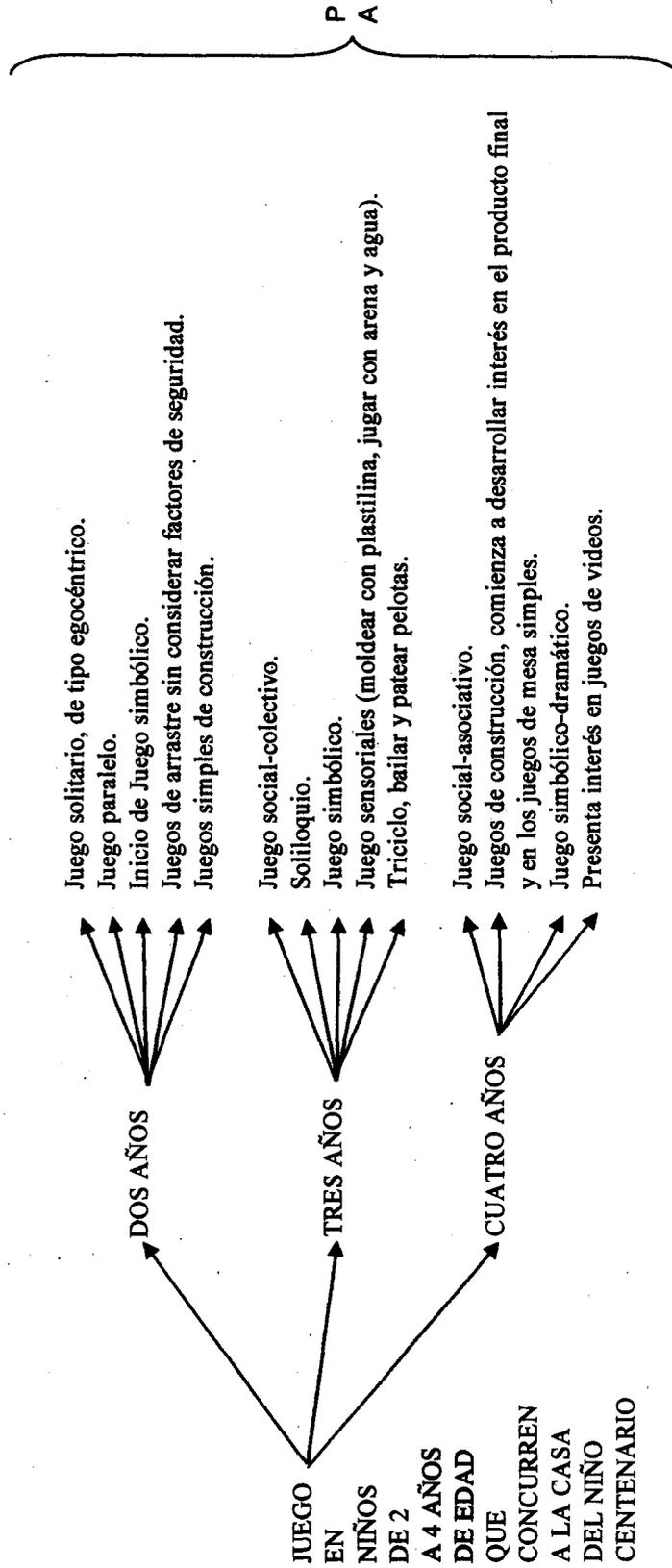
Los indicadores en niños de 4 años de edad cronológica son:

- Juego social-asociativo.
- Juegos de construcción, comienza a desarrollar interés en el producto final.
- Juego simbólico-dramático.
- Presenta interés en juegos de videos y juegos de mesa simples.



P: PRESENTE
A: AUSENTE

CATEGORIZACION DE LA VARIABLE Adquirido
Parcial/Adquirido
No/Adquirido



P: PRESENTE
A: AUSENTE

CATEGORIZACION DE LA VARIABLE: Adquirido
Parcial/Adquirido
No/Adquirido

CATEGORIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Se considera el hábito y juego **ADQUIRIDO** cuando el niño cumpla con los dos primeros indicadores en el hábito de vestido y con los primeros tres indicadores en los hábitos de alimentación, higiene, sueño y juego; correspondientes a su edad cronológica (2, 3 y 4 años).

Se considera el hábito y juego **PARCIALMENTE ADQUIRIDO** cuando el niño cumpla con al menos uno de los indicadores, ya sea, de los dos primeros correspondientes al hábito de vestido y/o los tres primeros correspondientes a los hábitos de alimentación, higiene, sueño y juego; correspondientes a su edad cronológica.(2,3 y 4 años).

Se considera el hábito y juego **NO ADQUIRIDO** cuando el niño no cumpla con uno de los primeros indicadores de cada hábito, ya sea, uno de los dos correspondientes al hábito de vestido mas uno de los tres correspondientes a cada hábito de alimentación, higiene, sueño y juego; correspondientes a su edad cronológica (2, 3 y 4 años).

TIPO DE ENFOQUE

CUANTITATIVO: Se utilizo un análisis de datos basado en la medición numérica y uso de estadística descriptiva, para conocer los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en niños de 2 a 4 años de edad en el ámbito familiar y de guardería.

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

EXPLORATORIO: Tuvo como finalidad conocer los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en niños de 2 a 4 años de edad tanto en el ámbito familiar como en el de guardería.

DESCRIPTIVO: Permitió describir como se presentan cada uno de los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en niños de 2 a 4 años de edad, en el ámbito familiar y en el de guardería.

NO EXPERIMENTAL: Por que en ésta investigación no se manipulo deliberadamente variables y se observaron fenómenos tal y como se dan en la realidad para después analizarlos.

TRANSVERSAL: Ya que se observo la variable en un único momento haciendo un corte en el tiempo. Las observaciones y cuestionarios se llevaron a cabo entre los meses de Agosto – Septiembre.

POBLACIÓN

El universo estuvo conformado por:

- Niños de 2 a 4 años de edad que concurren a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata;
- Los padres o persona a cargo de cada uno de los niños de 2 a 4 años de edad que concurren a la Casa del Niño Centenario; y
- Las preceptoras de la Casa del Niño Centenario que están a cargo de los niños de 2 a 4 años de edad.

MUESTRA

Constituida por:

- 32 niños de 2 a 4 años de edad que concurren a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata durante los meses de Agosto-Septiembre del año 2008, de los cuales 10 niños pertenecen a la sala de 2 y 22 niños a la sala Jardín;
- 30 madres/padres o personas encargadas de cada uno de estos niños; y
- 4 preceptoras, 2 por cada sala a la que asisten los niños durante este período.

UNIDAD DE ANÁLISIS

Cada uno de los niños de 2 a 4 años que concurren a la Casa del Niño Centenario, cada uno de los padres o persona a cargo de estos niños y cada una de las preceptoras responsables de las Salas de 2 y Jardín de dicha institución.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Niños de ambos sexo entre 2 años cumplidos a 4 años y 2 meses de edad cronológica que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata.
- Padres o personas de ambos sexo que estén a cargo de estos niños.
- Preceptoras que estén a cargo de la sala de 2 y sala Jardín de la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo de los meses de Agosto-Septiembre.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Niños que presenten patologías asociadas.
- Niños que no tengan el consentimiento informado de los padres o personas a cargo para poder ser observados.
- Preceptoras que trabajan en Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata a cargo de otras salas.

MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El procedimiento utilizado para la elección de la muestra, fue el Método no Probabilístico Accidental o por Conveniencia.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES:

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a dos profesionales de la Casa del Niño Centenario:

- 1) A la directora de la institución, obteniendo información sobre la guardería, su funcionamiento, los niños, sus padres, personal y problemática en general.
- 2) A la Licenciada en Terapia Ocupacional Sandra A. obteniendo información sobre los niños, sus padres y su intervención en dicha institución.

RECOPIACIÓN DOCUMENTAL:

Se obtuvo información de los legajos de cada niño que se encuentran en la Casa del Niño Centenario para seleccionar la muestra según los criterios preestablecidos.

CUESTIONARIO:

Se realizaron a los padres o personas a cargo de cada niño y a las preceptoras de las salas a las cuales asisten estos niños.

- A través de el cuestionario a los padres o personas a cargo de los niños se obtuvo información sobre los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en el ámbito familiar; y
- Mediante el cuestionario a las preceptoras se recabo información sobre los hábitos de alimentación, vestido, higiene y juego en el ámbito de guardería. Con respecto al hábito de sueño se obtuvo información en los casos en que el niño duerma la siesta en la Casa del Niño Centenario.

OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA:

Se elaboró una planilla de observación de hábitos y juego para cada edad cronológica 2, 3 y 4 años. La misma contiene:

- Indicadores de los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego correspondientes a cada edad cronológica;
- 2 columnas donde se registrará la ausencia (A) o presencia (P) de los diferentes indicadores de los hábitos y juego; y
- Un espacio para observaciones relevantes.

Previo al registro de la observación, se realizaron visitas a la Casa del Niño Centenario con el objetivo de no ser extraños para los niños y no influenciar ni condicionar su conducta en el momento de recabar los datos.

El niño deberá lograr los indicadores preseleccionados. Se consideró el hábito adquirido con solo observarlo una vez, y se registro el mismo.

Con respecto a los hábitos de sueño e higiene solo fueron posibles observar aquellos indicadores que se dan durante el día, como la siesta, aseo personal y control diurno.

MÉTODO DE OBSERVACIÓN

La modalidad de observación utilizada fue individual – grupal.

Los ítems relacionados con el hábito de alimentación se observaron durante el desayuno y almuerzo en la salita correspondiente a su edad, teniendo en cuenta el momento previo para poder consignar los indicadores que hacen referencia a la colaboración de los niños en dicha tarea e identificar su lugar en la mesa.

Con el niño ya ubicado frente a la mesa se observó la utilización de los elementos necesarios para su alimentación (taza, plato, vaso, cuchara y/o tenedor).

El ítem de verter agua en un vaso desde una jarra fue observado cuando el niño colaboraba en las tareas de preparar la mesa.

Con respecto al hábito de vestido, los indicadores de ponerse y sacarse el abrigo y prendas simples, como así también el abotonamiento y subir y bajar cierres, fueron observados cuando el niño llega y se retira de la guardería.

Los ítems de sacarse y ponerse los zapatos y el pantalón fueron observados en el momento previo a dormir la siesta. Debido a que la evaluación era realizada en forma individual – grupal, a fin de respetar la intimidad de cada uno de los niños, el pantalón era colocado encima del que el niño traía puesto. Dicha prenda fue facilitada por las tesistas.

Los indicadores correspondientes al hábito de higiene se evaluaron en el momento previo al almuerzo cuando las preceptoras daban las indicaciones de lavarse las manos e ir al baño. Se observaron las actividades de lavarse y secarse las manos y cara; utilización de pañales, inodoro (grande o pequeño) y la asistencia en el aseo.

Los ítems de cepillado de dientes, peinarse y limpiarse la nariz fueron evaluados durante la realización de varios juegos organizados por cada preceptora.

Con respecto al hábito de sueño los ítems evaluados fueron si dormía o no la siesta y la dificultad para dormirse.

El juego fue observado en el período dado entre la merienda y el almuerzo, de manera espontánea. Cabe aclarar que los ítems correspondientes a juegos de construcción y sensoriales fueron evaluados cuando la preceptora les proporcionaba el material.

PRUEBA PILOTO

Para garantizar la confiabilidad de los instrumentos de medición se llevaron a cabo 9 pruebas piloto;

- 3 cuestionarios a madres y observación de sus hijos de 2 años
- 3 cuestionarios a madres y observación de sus hijos de 3 años
- 3 cuestionarios a madres y observación de sus hijos de 4 años

Los mismos permitieron detectar la necesidad de reformular la redacción de algunas preguntas para facilitar su comprensión, estas 9 pruebas fueron excluidas de la muestra final.

El tiempo estimado para la observación fue entre 3 y 4 horas aproximadamente

ANÁLISIS DE DATOS

CUANTITATIVO:

En relación al tipo de estudio y diseño en el que se encuadra nuestra investigación (exploratorio-descriptivo) para el análisis de datos se utilizó un análisis descriptivo: Porcentajes, promedios, tablas uni y bivariadas y gráficos específicos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El grupo de estudio estuvo conformado por 32 niños que asistieron a la Casa del Niño Centenario durante los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

Se realizó un cuestionario a los padres o encargado de los niños (cuestionario padres) y otro a los preceptores (cuestionario preceptores) y se realizó una observación directa de los niños.

Del total de los niños (100%):

- 31,25% (N: 10) tienen 2 años, de los cuales el 40% (N: 4) son de sexo femenino y 60% (N: 6) masculino.
- 37,50% (N: 12) tienen 3 años, el 50% (N: 6) son de sexo femenino y el 50% (N: 6) masculino; y
- 31,25% (N: 10) tienen 4 años, de los cuales el 40% (N: 4) son de sexo femenino y el 60% (N: 6) de sexo masculino.

De la totalidad de los niños, el 34,38% (N: 11) permanecen 4 horas en la guardería, 43,75% (N: 14) permanecen 6 horas y 21,87% (N: 7) más de 6 horas.

De los datos recogidos de los cuestionarios a los padres se pudo recabar que 25 fueron completados por las madres, 2 por el padre y 5 por la persona a cargo del niño (abuelo/a, niñera).

Con respecto a los datos recogidos de los cuestionarios a las preceptoras, se obtuvo información acerca de la persona encargada de llevar y retirar al niño de la guardería, el 87,50% (N: 28) son los padres los encargados y el 12,50% (N: 4) son llevados y retirados por otra persona (abuela/o, hermana y niñera).

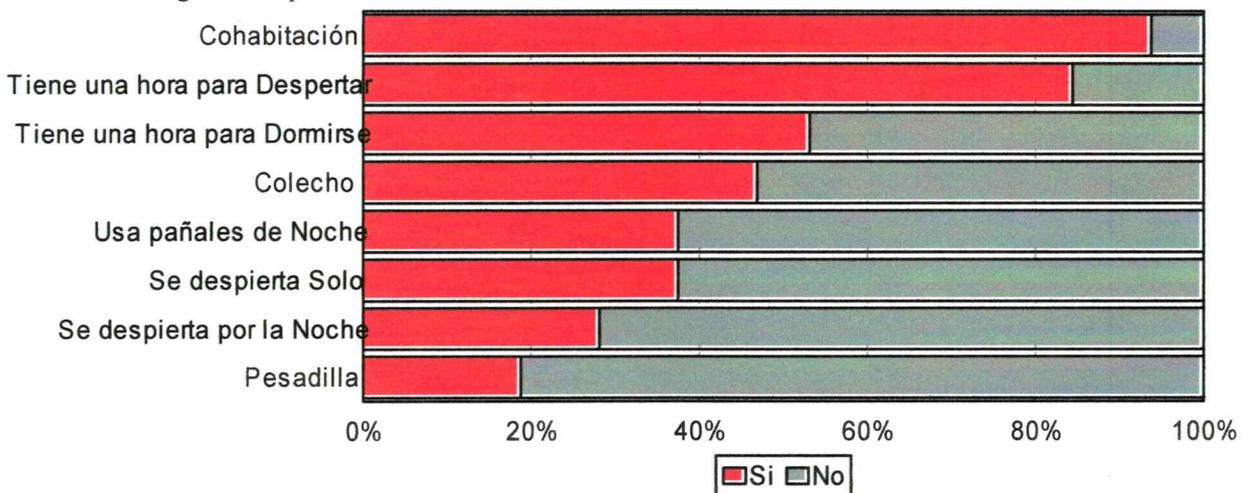
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS RECOLECTADOS MEDIANTE LOS CUESTIONARIOS A LOS PADRES O PERSONA A CARGO Y PRECEPTORAS

A partir de los datos recogidos a través de los cuestionarios realizados a las preceptoras y a los padres, de los niños de 2, 3 y 4 años que concurren a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008, se logro observar y comparar los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en el ámbito de guardería con el hogar.

TABLA N° 1: Indicadores de Hábitos de Sueño e Higiene correspondientes a conductas dadas solo en el hogar, de los niños que concurren a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

PADRES	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Cohabitación	30	93,80%	2	6,30%	32	100,00%
Tiene una hora para Despertar	27	84,40%	5	15,60%	32	100,00%
Tiene una hora para Dormirse	17	53,10%	15	46,90%	32	100,00%
Colecho	15	46,90%	17	53,10%	32	100,00%
Usa pañales de Noche	12	37,50%	20	62,50%	32	100,00%
Se despierta Solo	12	37,50%	20	62,50%	32	100,00%
Se despierta por la Noche	9	28,10%	23	71,90%	32	100,00%
Pesadilla	6	18,80%	26	81,30%	32	100,00%

GRAFICO N° 1: Indicadores de Hábitos de Sueño e Higiene correspondientes a conductas dadas solo en el hogar de los niños que concurren a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

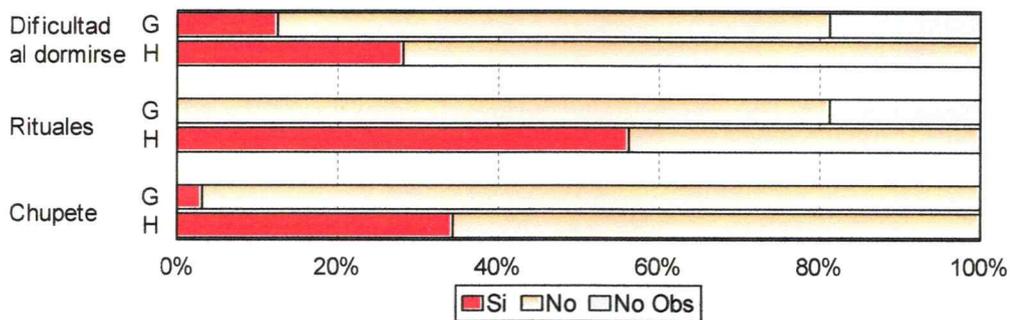


Como se observa en el gráfico y tabla N° 1 el indicador que se presenta con menor frecuencia son las pesadillas. Se evidencia un porcentaje cercano al 50% de colecho. Lo que se muestra con mayor frecuencia es la organización en los horarios de sueño para dormir, despertarse y la cohabitación.

TABLA N° 2: Indicadores correspondientes al Hábito de Sueño tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

Indicadores de Hábito de Sueño en la guardería (G) y el hogar (H)											
Indicador		Si		No		N/Obs.		Total		Chi2	P
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Dificultad al Dormirse	G	4	12,50%	22	68,80%	6	18,80%	32	100%	7,95	0,01
	H	9	28,10%	23	71,90%	0	0,00%	32	100,00%		
Rituales	G	0	0,00%	26	81,30%	6	18,80%	32	100%	27,60	0,00
	H	18	56,30%	14	43,80%	0	0,00%	32	100,00%		
Chupete	G	1	3,10%	31	96,90%	0	0,00%	32	100%	10,26	0,00
	H	11	34,40%	21	65,60%	0	0,00%	32	100,00%		

GRAFICO N° 2: Indicadores correspondientes al Hábito de Sueño tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008

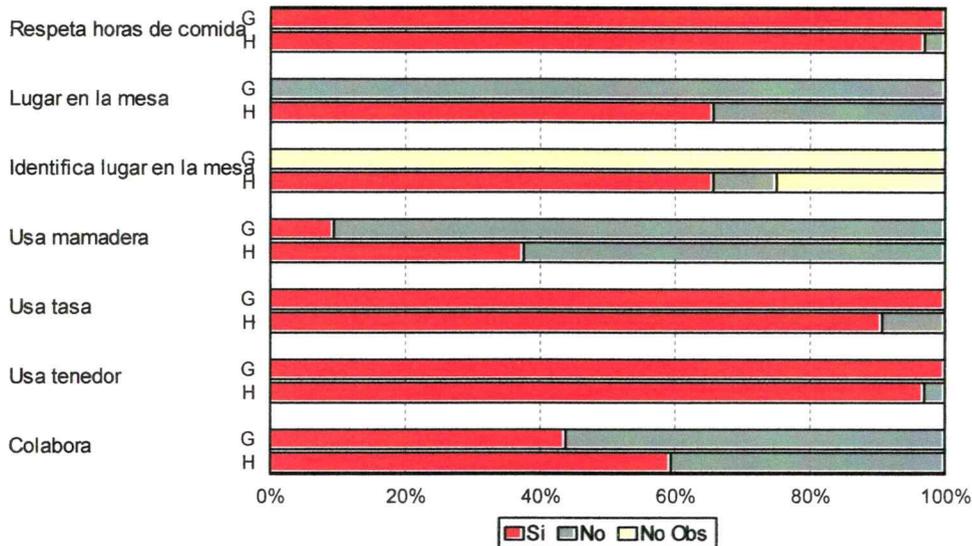


En el gráfico y tabla N° 2 se observan diferencias significativas ($p < 0,05$) en los indicadores correspondientes a la necesidad de rituales para dormir y en la utilización del chupete, estos indicadores son mayores en el hogar. El porcentaje de los indicadores no observables corresponde a niños que no duermen la siesta en la guardería.

TABLA N° 3: Indicadores correspondientes al Hábito de Alimentación tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

Indicadores de Hábito de Alimentación en la guardería (G) y el hogar (H)											
Indicador		Si		No		N/Obs.		Total		Chi2	P
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Respetan hs Comida	G	32	100,00	0				32	100,00	1,02	0,31
	H	31	96,90	1	3,10			32	100,00		
Lugar en la Mesa	G	0	0,00	32	100,00			32	100,00	31,26	0,00
	H	21	65,60	11	34,40			32	100,00		
Identifica Lugar en la Mesa	G	0		0		32	100,00	32	100,00	38,40	0,00
	H	21	65,60	3	9,40	8	25,00	32	100,00		
Usa Mamadera	G	3	9,40	29	90,60			32	100,00	7,05	0,00
	H	12	37,50	20	62,50			32	100,00		
Usa Taza	G	32	100,00	0	0,00			32	100,00	3,15	0,07
	H	29	90,60	3	9,40			32	100,00		
Usa Tenedor	G	32	100,00	0				32	100,00	1,02	0,31
	H	31	96,90	1	3,10			32	100,00		
Colabora	G	14	43,80	18	56,30			32	100,00	1,56	0,21
	H	19	59,40	13	40,60			32	100,00		

GRAFICO N° 3 : Indicadores correspondientes al Hábito de Alimentación tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.



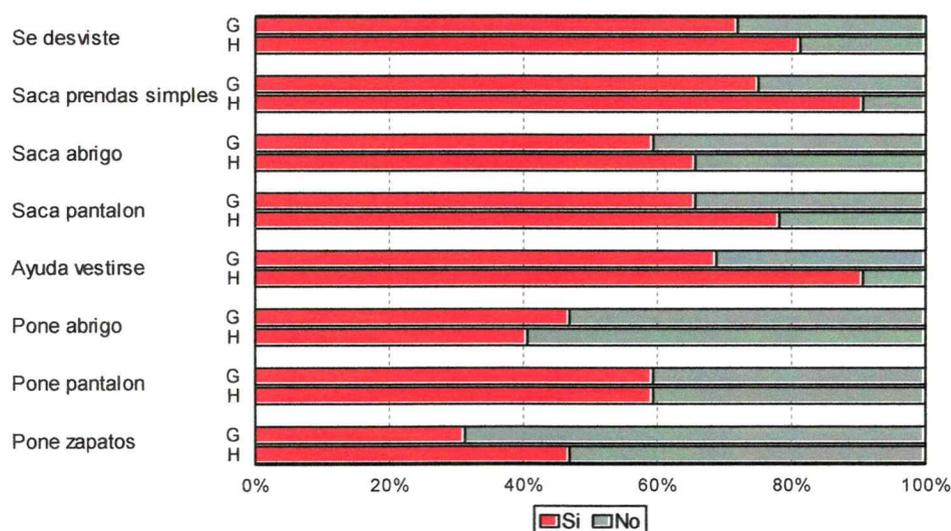
Como se observa en el gráfico y tabla N° 3 las diferencias significativas se dan en el indicador correspondiente a tener un lugar determinado en la mesa, (ya que en la guardería los niños no tienen un lugar predeterminado por lo tanto el ítem de identificar

su lugar no pudo ser observado) y en el uso de mamadera (el mayor porcentaje se da en el hogar). Los indicadores respetar los horarios de comida, utilización del tenedor y la taza, no muestra diferencia en los dos ámbitos considerados.

TABLA N° 4: Indicadores correspondientes al Hábito de Vestido tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

Indicadores de Hábito de Vestido en la guardería (G) y el hogar (H)									
Indicador		Si		No		Total		Chi2	P
		N	%	N	%	N	%		
Se desviste	G	23	71,90	9	28,10	32	100,00	0,78	0,37
	H	26	81,30	6	18,80	32	100,00		
Saca Prendas Simples	G	24	75,00	8	25,00	32	100,00	2,74	0,09
	H	29	90,60	3	9,40	32	100,00		
Saca Abrigo	G	19	59,40	13	40,60	32	100,00	0,27	0,60
	H	21	65,60	11	34,40	32	100,00		
Saca pantalón	G	21	65,60	11	34,40	32	100,00	1,24	0,26
	H	25	78,10	7	21,90	32	100,00		
Ayuda Vestirse	G	22	68,80	10	31,30	32	100,00	4,73	0,02
	H	29	90,60	3	9,40	32	100,00		
Pone Abrigo	G	15	46,90	17	53,10	32	100,00	0,25	0,61
	H	13	40,60	19	59,40	32	100,00		
Pone Pantalón	G	19	59,40	13	40,60	32	100,00	0,00	1,00
	H	19	59,40	13	40,60	32	100,00		
Pone Zapatos	G	10	31,30	22	68,80	32	100,00	1,64	0,20
	H	15	46,90	17	53,10	32	100,00		

GRAFICO N° 4: Indicadores correspondientes al Hábito de Vestido tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

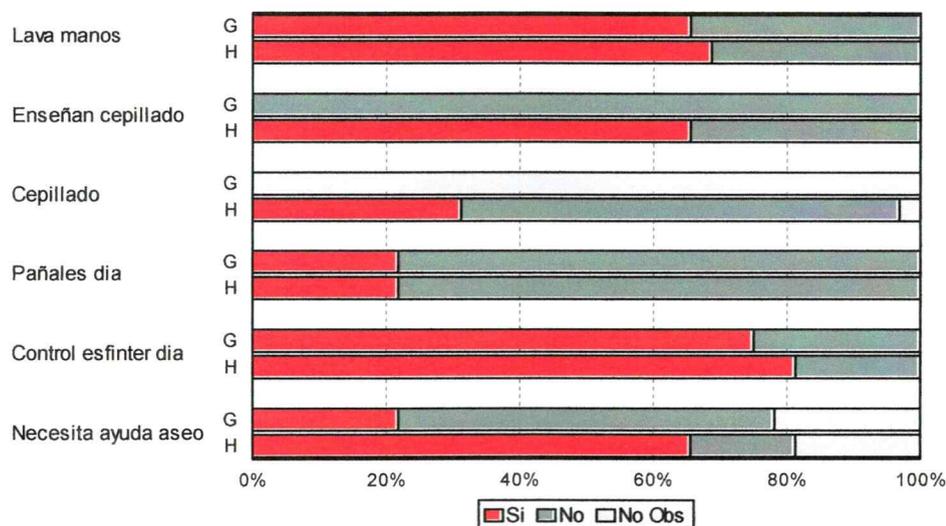


En el gráfico y tabla N° 4 se observa una diferencia significativa, en la colaboración del niño para vestirse en el ámbito del hogar. En el resto de las conductas de vestido se observan semejanzas en los dos ámbitos.

TABLA N° 5: Indicadores correspondientes al Hábito de Higiene tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

Indicadores de Hábito de Higiene en la guardería (G) y el hogar (H)											
Indicador		Si		No		N/Obs.		Total		Chi2	P
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Lava Manos	G	21	65,60	11	34,40	0	0,00	32	100,00	0,07	0,79
	H	22	68,80	10	31,30	0	0,00	32	100,00		
Enseñan Cepillado	G	0	0,00	32	100,00	0	0,00	32	100,00	31,26	0,00
	H	21	65,60	11	34,40	0	0,00	32	100,00		
Cepillado	G	0	0,00	0	0,00	32	100,00	32	100,00	60,12	0,00
	H	10	31,30	21	65,60	1	3,10	32	100,00		
Pañales Día	G	7	21,90	25	78,10	0	0,00	32	100,00	0,00	1,00
	H	7	21,90	25	78,10	0	0,00	32	100,00		
Control Esfínteres Día	G	24	75,00	8	25,00	0	0,00	32	100,00	0,37	0,54
	H	26	81,30	6	18,80	0	0,00	32	100,00		
Necesita Ayuda aseo	G	7	21,90	18	56,30	7	21,90	32	100,00	14,42	0,00
	H	21	65,60	5	15,60	6	18,80	32	100,00		

GRAFICO N° 5: : Indicadores correspondientes al Hábito de Higiene tanto en el ámbito de guardería y en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

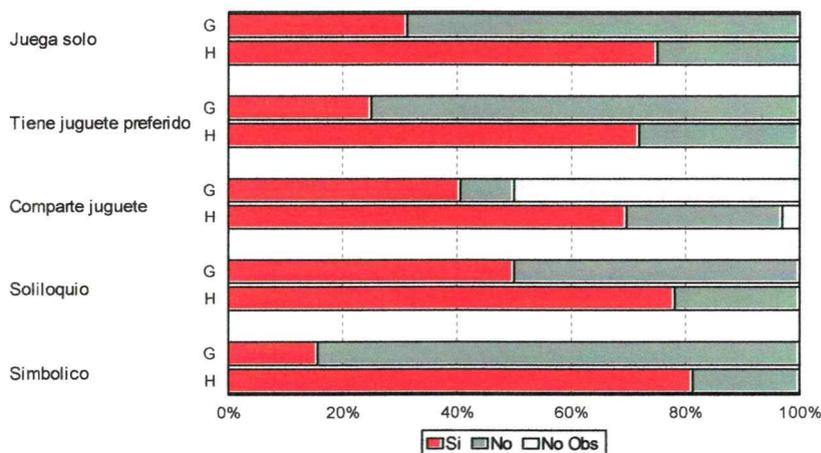


Se observa en el gráfico y tabla N° 5 una marcada diferencia en el indicador de enseñar a cepillarse los dientes debido a que en la guardería no se realiza éste ítems, por lo tanto el indicador que refiere a la utilización del cepillo de dientes no pudo ser observado en dicha institución. El indicador que presenta diferencias significativas en los ámbitos es la necesidad de ayuda para el aseo observándose el mayor porcentaje en el ámbito del hogar. En el ítem de utilización de pañales durante el día los porcentajes son semejantes en ambos ámbitos.

TABLA N° 6: Indicadores correspondientes al Juego tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

		Indicadores del Juego en la guardería (G) y el hogar (H)						Chi2	P
		Si		No		Total			
Indicador		N	%	N	%	N	%		
Juega solo	G	10	31,30	22	68,80	32	100,00	12,30	0,00
	H	24	75,00	8	25,00	32	100,00		
Tiene Juguete Preferido	G	8	25,00	24	75,00	32	100,00	14,08	0,00
	H	23	71,90	9	28,10	32	100,00		
Comparte juguetes	G	26	81,30	6	18,80	32	100,00	0,78	0,37
	H	23	71,90	9	28,10	32	100,00		
Soliloquio	G	16	50,00	16	50,00	32	100,00	5,50	0,01
	H	25	78,10	7	21,90	32	100,00		
Simbólico	G	5	15,60	27	84,40	32	100,00	27,59	0,00
	H	26	81,30	6	18,80	32	100,00		

GRAFICO N° 6: Indicadores correspondientes al Juego tanto en el ámbito de guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

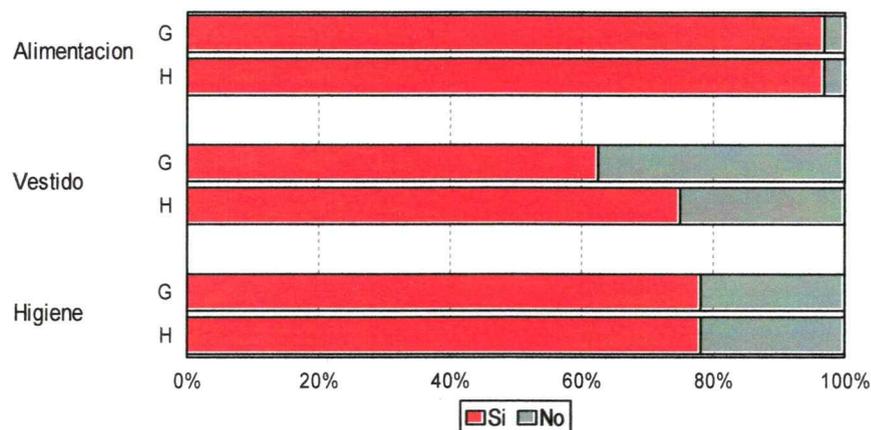


En la tabla y gráfico N° 6 se observa una diferencia significativa en los indicadores del juego simbólico, solitario y en el soliloquio presentando el mayor porcentaje en el ámbito del hogar. En el indicador de compartir los juguetes se observa semejanza en los porcentajes en ambos ámbitos.

TABLA N° 7: Indicadores que representan la posibilidad de independencia en los Hábitos de Alimentación, Vestido e Higiene brindada tanto en el ámbito de la guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

Indicadores de la posibilidad de independencia en los Hábitos tanto en la guardería (G) como en el hogar (H)									
Indicador		Si		No		Total		Chi2	P
		N	%	N	%	N	%		
Alimentación	G	31	96,90	1	3,10	32	100,00	0,00	1,00
	H	31	96,90	1	3,10	32	100,00		
Vestido	G	20	62,50	12	37,50	32	100,00	1,16	0,28
	H	24	75,00	8	25,00	32	100,00		
Higiene	G	25	78,10	7	21,90	32	100,00	0,00	1,00
	H	25	78,10	7	21,90	32	100,00		

GRAFICO N° 7: Indicadores que representan la posibilidad de independencia en los Hábitos de Alimentación, Vestido e Higiene brindada tanto en el ámbito de la guardería como en el hogar, de niños de 2, 3 y 4 años que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.



Como se observa en la tabla y gráfico N° 7 en el indicador que se evidencia mayor diferencia es en la posibilidad de brindar independencia en el hábito de vestido presentando mayor porcentaje en el hogar, pero esa diferencia no es estadísticamente significativa. En los ítems que se refieren a la posibilidad de brindar independencia en los hábitos de alimentación e higiene se observan semejanza de porcentajes en ambos ámbitos.

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS RECOLECTADOS MEDIANTE LAS
OBSERVACIONES REALIZADAS A LOS NIÑOS DE 2, 3 Y 4 AÑOS DE EDAD,
EN LA CASA DEL NIÑO CENTENARIO**

Las siguientes tablas permiten observar la adquisición (total, parcial o nula) de los Hábitos de Alimentación, Vestido, Higiene, Sueño y Juego en cada uno de los niños de 2, 3 y 4 años de edad.

Tabla N8 Adquisición de los Hábitos y juego en los niños de 2, 3 y 4 años de edad que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

	Hábitos- total de niños observados							
	Adquirido		Parcial Adquirido		No Adquirido		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentación	25	78,1	5	15,6	2	6,3	32	100
Vestido	18	56,3	5	15,6	9	28,1	32	100
Higiene	6	18,8	21	65,5	5	15,6	32	100
Sueño	22	71,0	8	25,8	1	3,2	32	100
Juego	24	75,0	6	18,8	2	6,6	32	100

Del total de hábitos observados, el de higiene y vestido, son los que se observaron con menor frecuencia como adquiridos. Tabla N 8

Tabla N9 Adquisición del los Hábitos y juego en los niños de 2 años de edad que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

Hábito	2 años							
	Adquirido		Parcial Adquirido		No Adquirido		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentación	10	100	0	00	0	00	10	100
Vestido	4	40	3	30	3	30	10	100
Higiene	0	00	5	50	5	50	10	100
Sueño	10	100	0	00	0	00	10	100
Juego	10	100	0	00	0	00	10	100

En los niños de 2 años, se observa (similar al total de la población) que los hábitos menos adquiridos fueron los de higiene, y vestido. En higiene, ninguno tiene el hábito adquirido, la mitad, parcialmente adquirido, presentando dificultad en el control de

esfínteres diurno y el resto no lo tiene adquirido. En vestido, presentan dificultad en sacarse prendas simples (medias, zapatos y gorro).

TABLA N° 10: Adquisición de los Hábitos y juego en niños de 3 años de edad que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

Hábito	3 años							
	Adquirido		Parcial Adquirido		No Adquirido		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentación	8	66,7	3	25,0	1	8,3	12	100
Vestido	6	50,0	1	8,3	5	41,7	12	100
Higiene	1	8,3	11	91,7	0	00	12	100
Sueño	7	58,3	5	41,7	0	00	12	100
Juego	6	50	4	33,3	2	16,7	12	100

Los niños de tres años de edad, presentan mayor dificultad en los hábitos de higiene y sueño. En el hábito de alimentación 3 niños tienen dificultad en tomar la taza con una mano y solo 1 niño no tiene el hábito adquirido. Las dificultades en el vestido fueron en ponerse el abrigo (un niño) y otros cinco niños, que no lograron las pautas establecidas. En higiene, la mayor dificultad, fue en el cepillado de dientes.

Cinco niños no duermen siesta. En el juego, el juego social es el que fue parcialmente adquirido por 4 niños. Tabla N 10

TABLA N° 11: Adquisición de los Hábitos y juego en niños de 4 años de edad que asisten a la Casa del Niño Centenario de la ciudad de Mar del Plata en los meses de Agosto – Septiembre de 2008.

Hábito	4 años							
	Adquirido		Parcial Adquirido		No Adquirido		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alimentación	7	70	2	20	1	10	10	100
Vestido	8	80	1	10	1	10	10	100
Higiene	5	50	5	50	0	00	10	100
Sueño	5	50	3	30	1	10	10	100
Juego	8	80	2	20	0	00	10	100

En los niños de 4 años, los hábitos de higiene y sueño, son los menos adquiridos. En alimentación 2 niños tienen dificultad en servir agua desde una jarra y solo 1 niño no tiene el hábito adquirido.

Un niño tiene parcialmente adquirido el hábito de vestido por presentar dificultad en desvestirse, y solo uno no tiene dicho hábito adquirido. En higiene, la mitad de los niños tiene parcialmente adquirido éste hábito por no cumplir con el indicador del cepillado de dientes. Tres niños tienen parcialmente adquirido el hábito de sueño por no dormir siesta. En el juego, la dificultad esta en el juego social en dos niños. Tabla N 11

OBSERVACIONES DE LOS RESULTADOS

En base a los datos recabados de los cuestionarios realizados a los padres y preceptoras de la guardería, y las observaciones efectuadas a los 32 niños de 2, 3 y 4 años de edad que asistieron a la Casa del Niño Centenario durante el período Agosto – Septiembre de 2008, se analizaron los distintos indicadores de cada hábito y juego pudiendo compararlos en los diferentes ámbitos como la guardería y el hogar.

En el Hábito de Alimentación, se pudo observar que tanto en el ámbito de guardería como en el hogar se respetan los horarios de comidas; (desayuno, almuerzo, merienda y cena); y un eficiente uso de tenedor y taza.

Con respecto al indicador de tener un lugar en la mesa, se evidencia una ausencia de la conducta en el ámbito de la guardería, ya que desde la misma no tienen un lugar asignado o predeterminado. En el hogar los niños que tienen un lugar definido lo identifican.

En cuanto a la conducta de colaborar en las tareas de preparar y juntar la mesa en el ámbito de la guardería no se les brinda la posibilidad de participar en las mismas debido a que a determinada hora, sea desayuno, almuerzo y merienda, los niños deben estar sentados en la mesa siendo las preceptoras las que realizan esta acción y luego dan la orden para que se sienten.

Se observan como hábitos inadecuados en la Alimentación;

- el uso de la mamadera, en un mayor porcentaje en el ámbito del hogar;
- en el ámbito de guardería, en el caso de la sala de 3 y 4 años, la utilización del televisor (películas infantiles) para mantener a los niños ordenados y tranquilos durante todo el almuerzo.

En el Hábito de Vestido no se observan grandes diferencias en la comparación de las conductas tanto en el ámbito de guardería como en el hogar.

Cabe destacar que en el ámbito de guardería en la sala de 2 años, las preceptoras son las que le sacan y ponen el abrigo y prendas simples (medias, zapatos y gorros), no brindando al niño la posibilidad de hacerlo de manera independiente.

En el Hábito de Higiene no se presentan diferencias en los indicadores de control de esfínteres diurno y lavado de manos en el ámbito de guardería con el hogar.

Tanto en las salas de 2 como de 3 y 4 años, se les da la indicación antes de almorzar de ir a lavarse las manos y hacer sus necesidades en forma independiente. En el caso de los niños que aún no tienen control de esfínteres se les cambia los pañales.

En sala de 3 y 4 años, si tienen la necesidad de ir al baño fuera de éste horario piden permiso a la preceptora, quien les da el papel higiénico para su aseo brindándole la posibilidad de realizarlo de manera independiente, no siendo así en el ámbito del hogar donde se evidencia mayor dependencia en ésta conducta.

En cuanto a la enseñanza del cepillado de dientes hay una marcada diferencia ya que en la guardería no se les enseña ni se utiliza el cepillo.

En el Hábito de Sueño se observa una marcada diferencia en todos los indicadores. En cuanto a la dificultad del niño para dormirse se presenta mayor porcentaje en el ámbito del hogar, necesitando en éste rituales para dormirse, no así en el ámbito de guardería ya que cuando la preceptora da la orden de ir a dormir la siesta, los niños acceden sin dificultad y se duermen sin necesidad de rituales previos.

Se observa como hábito inadecuado en el sueño:

- la utilización del chupete en el ámbito del hogar ya que en la guardería esta prohibido;
- y un marcado porcentaje de colecho en el ámbito del hogar.

En el Juego se observa gran diferencia en el juego solitario, simbólico y en el soliloquio, presentando mayor porcentaje de éstos y en la elección de un juguete preferido en el ámbito del hogar.

En los indicadores que representan la posibilidad de independencia en los hábitos de alimentación, vestido e higiene, se observa diferencia en el vestido ya que en sala de 2 años son las preceptoras quienes les ponen y sacan el abrigo a los niños sin brindar esta posibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. "Manual de Psiquiatría infantil", Ed. Toray- Masson. España Año 1987.
- A.O.T.A. "Esencia del juego en la Ocupación del niño", Cáp. "El juego como tratamiento y el tratamiento a través del juego". Año 1997. Trad. Libre.
- Collado, C.; Sampieri, R.; Lucio, P. "Mitología de la Investigación" 3ª Edición. Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana México. Año 2003.
- de Alvarado, E. de Canales F. y Pineda, E. "Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud" O.P.S/ O.M.S. Año 1997
- Dorland "Diccionario médico de bolsillo" 24ª Edición. Ed. Interamericana Mc. Graw- Hill. Año 1993.
- Fernandez Gutierrez, A. "La Educación Infantil 0-6 años" Volumen 1 6ª Edición Ed. Paidotribo. Año 2004.
- Gassier, J. "Manuel del Desarrollo Psicomotor del niño" Ed. Toray-Masson, S.A. Año 1983.
- Gesell, A. "El niño de 1 a 5 años" Ed. Paidos Buenos Aires. Año 1979.
- Lejarraga, H. Y colaboradores."Guías para la Evaluación en el desarrollo en el niño menor de 6 años" Publicado por Nestlé Argentina S.A. Buenos Aires. 1996.
- Mulligan, S. "Terapia Ocupacional en pediatría" Ed. Medica Panamericana. Bs. As .Año 2006
- Polit, D.; Hungler, B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud" 3ª Edición. Ed. Mc. Graw-Hill. México. Año 1994.
- UNICEF Argentina "Guías de Salud 2. El niño de 2 a 5 años". Sociedad Argentina de Pediatría. Octubre. Año 1995.

CONCLUSIONES

En base a los resultados expuestos y teniendo en cuenta el objetivo que guió nuestra investigación de “conocer los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en niños de 2 a 4 años de edad cronológica tanto en el ámbito familiar como en la guardería Casa del Niño Centenario” se puede referir que:

- En cuanto a la comparación de los indicadores de cada hábito en los diferentes ámbitos, guardería y hogar, las diferencias mas relevantes se dieron en los Hábitos de Sueño y en el Juego:
 - En el hábito de sueño el mayor porcentaje de conductas inadecuadas se dieron en el hogar como la dificultad para dormirse, la necesidad de rituales, el uso de chupete y colecho.
 - En cuanto al juego el mayor porcentaje se observa en el juego individual (simbólico, soliloquio y juego solitario) dándose en el ámbito del hogar.
 - En el Hábito de Higiene se evidencian diferencias relevantes solo en los indicadores que corresponden a la necesidad de ayuda para el aseo después de ir al baño en el ámbito del hogar; y en el ámbito de guardería el cepillado de dientes, ya que en la misma no enseñan ni utilizan el cepillo de dientes.
 - En el Hábito de Vestido se observa que se le brinda al niño menor oportunidad de independencia en el ámbito de la guardería, por lo que se infiere que la dependencia en dicha conducta es funcional a la institución y tiene un sentido de ahorro de tiempo.
- En base a los datos recabados en los distintos ámbitos se pudieron detectar los siguientes hábitos inadecuados;
 - en el ámbito del hogar: el colecho, uso de chupete y mamadera,
 - en el ámbito de guardería la utilización del televisor durante el almuerzo con el fin de mantener la tranquilidad y el orden en los niños.
- Mediante la observación realizada a los niños de 2, 3 y 4 años de edad en la guardería se logro identificar la adquisición de los diferentes hábitos y juego según su edad cronológica:
 - en el Hábito de Alimentación todos los niños de 2 años (100%) tienen dicho hábito adquirido, en el caso de los niños de 3 años 8 (66,70%) y en los de 4 años 7

niños (70%). Solo 2 niños no tiene el hábito de alimentación adquirido; uno de 3 años, el cual utiliza mamadera, y uno de 4 años ya que no cumple con los ítems correspondientes al eficiente uso del tenedor y a la colaboración en las tareas de preparar y juntar la mesa.

- En cuanto al Hábito de Vestido el mayor porcentaje de niños que tienen el hábito adquirido corresponde a la edad de 4 años siendo en total 8 niños (80%), 6 (50%) de 3 años y 4 niños (40%) de 2 años. En la edad de 4 años solo un niño (10%) no tiene el hábito adquirido porque no cumple con los indicadores de ponerse la ropa (abrigo, pantalón y zapatos). No tienen el hábito adquirido, 3 niños (30%) de 2 años y 5 niños (41,70) de 3 años ya que no cumplen con ninguno de los indicadores correspondientes a su edad cronológica.
- En el hábito de Higiene, 5 niños de 4 años (50%) tienen el hábito adquirido, solo uno de 3 años (8,30%) y ninguno de 2 años. No tienen el hábito de higiene adquirido 5 niños de 2 años (50%) ya que no tiene control de esfínteres y necesitan ayuda para su aseo después de ir al baño.
- En cuanto al Hábito de Sueño todos (100%) los niños de 2 años tienen el hábito adquirido, 7 (58,30%) de 3 años y 5 niños (58.60%) de 4 años. Solo un niño (10%) de 4 años no tiene el hábito adquirido por no cumplir con ninguno de los indicadores correspondientes a su edad cronológica.
- En el Juego, todos (100%) los niños de 2 años cumplen con los indicadores correspondientes a su edad cronológica, 8 (80%) de 4 años y 6 niños (50%) de 3 años. Solo 2 niños (16,70%) de 3 años no tienen el juego adquirido ya que no cumplen con los indicadores esperables para su edad.

En base a los resultados consideramos que el ámbito de guardería es un lugar saludable, un medio apropiado para fomentar las habilidades del niño, acompañando y ayudando a la familia en el proceso de aprendizaje de los diferentes hábitos, favoreciendo su adquisición, evitando incorporar hábitos inadecuados por parte del niño, ya que como se expuso anteriormente el mayor porcentaje de conductas inapropiadas se encontraron en el ámbito del hogar.

Cabe destacar que el funcionamiento institucional estructurado y con un sentido económico con respecto a los horarios limita la posibilidad de independencia en algunos hábitos.

Una de las principales funciones del adulto (padres y/o persona a cargo y cuidadores) es facilitar la interacción del niño con el medio para fomentar el desarrollo de sus habilidades dándole las oportunidades y el medio necesario para la exploración y consolidación de nuevos conocimientos logrando así su independencia.

Los factores socio-culturales, y el estilo de vida de los padres influyen directamente en el desarrollo del niño, contribuyendo al desempeño de los hábitos según las normas de la sociedad y a las pautas culturales a la cual pertenece.

A partir de haber conocido, identificado y categorizado los hábitos de alimentación, vestido, higiene, sueño y juego en niños en los diferentes ámbitos, se elaboran estrategias de intervención desde Terapia Ocupacional basadas en la Promoción de la Salud;

- Realizar charlas informativas dirigidas a familiares y al personal de la institución asesorando sobre el desarrollo del niño, incluyendo pautas madurativas, conductas inadecuadas, adquisición de los diferentes hábitos y juego.
- Elaborar cartillas informativas basadas en temas relevantes como hábitos inadecuados, pautas para la estimulación de diferentes conductas entre otras.
- Evaluar la adquisición de los diferentes hábitos mediante las planillas de observación elaboradas en la presente investigación.
- Crear talleres dirigidos a los niños donde a través del juego se estimularían conductas adecuadas para favorecer la adquisición de los diferentes hábitos.
- Realizar actividades recreativas, como obras de teatro, títeres, actividades al aire libre entre otras, incluyendo tanto a los familiares y al personal de la institución como a los niños, para afianzar la adquisición de los hábitos.

Estas estrategias de intervención podrían llevarse a cabo en distintas instituciones como Jardines Maternales, de Infantes, Guarderías Públicas y Privadas.

Por todo lo expuesto pensamos que nuestra función como futuras Terapistas Ocupacionales, desde un abordaje de Atención Primaria de la Salud, en ésta población infantil, debe centrarse en acompañar al niño, en su proceso de maduración y aprendizaje, y a la familia en el desarrollo de las capacidades que le van a permitir adquirir autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria, logrando la adquisición de los distintos hábitos y juego.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Aberasturi A. "El niño y sus juegos", Ed. Paidós, Buenos Aires, Año 1979.
- Ajuriaguerra, J. "Manual de Psiquiatría infantil", Ed. Toray- Masson. España Año 1987.
- Alfaro, G. y Barbero, M. "Desarrollo Mental y Psicomotor en niños nacidos de pretermino" ".Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMdP. Año 1999.
- Alsina, V.; Valente Lozada, L. "Rendimiento en las áreas del desarrollo psicomotor en niños de 24 meses y 2 días de edad cronológica valoradas a través de técnicas de Screening en terapia ocupacional" Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMdP Año 2006.
- Amores, S. "Colecho: ¿Beneficio o riesgo?" Material extraído de XI Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto-juvenil y profesiones afines. Noviembre 2003.
- A.O.T.A. "Esencia del juego en la Ocupación del niño", Cáp. "El juego como tratamiento y el tratamiento a través del juego" Año 1997. Trad. Libre.
- Arellano, V.; Celesia, M. "La importancia de la valoración del desarrollo psicomotor desde Terapia Ocupacional de los niños de 3 y 6 meses de edad, que concurren al programa Control del Niño Sano en el Centro de Salud Rómulo Etcheverri de Maternidad e Infancia de la ciudad de Mar del Plata" Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional UNMdP. Año 2002
- Ayala, J.; Ortiz, P.; Suarez, P. "El sueño en la Infancia" Revista pediátrica de Atención Primaria. Volumen IV N° 16 Octubre- Diciembre 2002.
- Bustos, G; Forte, N."Aporte de Terapia Ocupacional para la Prevención de la Drogodependencia". Tesis de Grado de Licenciatura en Terapia ocupacional UNMdP. Año 2004.
- Bronfenbrenner, U. "La Ecología del Desarrollo Humano". Ed. Paidós. Barcelona. Año 1987.
- Cardoso, M.; Cevoli, L. "Descripción de la relación diádica de las madres adolescentes y sus hijos de 0 a 6 meses" Tesis de grado de Licenciatura en Terapia ocupacional UNMdP. Año 2005
- Chokler, M. Documento publicado por la Dirección de Educación Especial de la provincia de Buenos Aires, Año 2001.

- Collado, C.; Sampieri, R.; Lucio, P. "Mitología de la Investigación" 3ª Edición. Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana México. Año 2003.
- Coriat, L."Maduración Psicomotriz en el Primer Año del niño" Ed. Hemisur S.R.L. Buenos Aires. Año 1974.
- Cusmisky, M.; Lejarraga, H. y Cols. "Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño" O.P.S.-O.M.S. Serie Paltex N°8. Año 1986.
- de Alvarado, E. de Canales F. y Pineda, E. "Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud" O.P.S/O.M.S. Año 1997.
- Delmonte, C.; Ricillo, V. "El rol del Terapeuta Ocupacional en Atención Primaria de Salud en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses expuestos a factores de riesgo socio-ambientales" Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional UNMdP. Año 2002.
- De Lucca, A; Escobar, D; Maggiano, A. "Terapia Ocupacional en la vigilancia del Desarrollo Psicomotor en niños de 2 a 5 años". Tesis de grado de Licenciatura en Terapia Ocupacional. UNMdP. Año 2002.
- Dorland "Diccionario médico de bolsillo" 24ª Edición. Ed. Interamericana Mc. Graw- Hill. Año 1993.
- Du Gas, B. "Tratado de enfermería práctica" 4ª Edición. Ed. Interamericana Mc. Graw- Hill. Año 1986.
- Eidelberg, A. "Enfoques de trabajo en el campo del trabajo corporal". Trabajo de investigación en Terapia Ocupacional. Buenos Aires. Año 1986.
- Fernandez Gutierrez, A. "La Educación Infantil 0-6 años" Volumen 1 6ª Edición Ed. Paidotribo. Año 2004.
- Flehming, I. "Desarrollo Normal del lactante y sus desviaciones. Diagnóstico y Tratamiento temprano." 3º Edición. Ed. Panamericana. Buenos Aires. Año 1988.
- Finnie N. "Atención en el hogar del niño con Parálisis Cerebral" 1ª Edición. Ed. Fournier, S.A. Año 1983.
- García Cein, E.; Veyra M.E. y otros. "Atención Primaria de la Salud: ¿Salud para todos en el año 2000?" Revista Materia Prima N° 17 Noviembre 2000.
- Gassier, J. "Manuel del Desarrollo Psicomotor del niño" Ed. Toray-Masson, S.A. Año 1983.
- Gesell, A. "El niño de 1 a 5 años" Ed. Paidos Buenos Aires. Año 1979.

- Gonzalez Astorquiza M. "Reunión cumbre de Atención Primaria de la Salud: Buenos Aires – 15" Publicación del Instituto Universitario Revista ISALUD. Volumen 2 N° 8 Julio 2007.
- Hilgard, E. y Bower G. "Teoría del Aprendizaje". México. Trillas. Año 1989.
- I.R.E.M.I. Área de Terapia Ocupacional. "Cartillas sobre sueño, lenguaje, chupete y mamadera" Material de circulación interna. Mar del Plata. Año 2007.
- Jenik A. Artículo especial, "Colecho y síndrome de muerte súbita del lactante: una relación conflictiva" Archivo Argentino Pediátrico. Año 2001.
- Koupernik, C.; Soulé, M. "Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia". 4° Edición. Ed. Paidea Barcelona: Año 1967.
- Lejarraga, H. "Desarrollo del niño en contexto". Ed. Paidós Bs. As. Año 2004.
- Lejarraga, H. Y colaboradores. "Guías para la Evaluación en el desarrollo en el niño menor de 6 años" Publicado por Nestlé Argentina S.A. Buenos Aires. Año 1996.
- Le Metayer M. "Reeducación Cerebromotriz del niño pequeño. Educación Terapéutica" Ed. Masson S.A. Barcelona. Año 1995.
- López P. Ortega C. y Moldes V. "Terapia Ocupacional en la infancia". Ed. Médica Panamericana. Madrid. Año 2008.
- Mauren, M. de Mulvey y otros. "Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Favoreciendo el desarrollo" Ed. Humanitas. Buenos Aires. UNMdP. Año 2000.
- Ministerio de Salud de Panamá, representación de O.P.S/O.M.S en Panamá, "Atención Primaria de Salud: una revisión de prácticas y tendencias" Junio 2004
- Ministerio de Salud Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. "Guía para la Atención Integral del niño de 0 a 5 años" Módulo I Programa Materno Infantil. Año 2005.
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación "Embarazo y Nutrición" Revista Plan Federal de Salud. Argentina Pág. 4. Año 2000.
- Myers, R. "Los doce que sobreviven". Copublicación O.P.S. O.M.S. U.N.I.C.E.F. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Año 1993.
- Mulligan, S. "Terapia Ocupacional en pediatría" Ed. Medica Panamericana. Bs. As. Año 2006.

- Nichols, D. "Control Postural" 4ª Edición. Ed. J. Case-Smith. St. Louis. Año 2001.
- O.P.S. "Evaluación para el planeamiento de programas de Educación para la Salud" Serie Paltex N° 18. Año 1990.
- O.P.S. "La Crisis de la Salud Pública", Cáp. Tejada de Rivero, D "Salud Pública y Atención Primaria de la Salud: una evaluación crítica". Serie Paltex. Año 1993.
- O.P.S. "Promoción de la Salud: una antología". Publicación Científica N° 557. Serie Paltex. Año 1996.
- Piaget J, "El nacimiento de la inteligencia en el niño" Ed. Crítica. Barcelona Año 1985.
- Polit, D.; Hungler, B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud" 3ª Edición. Ed. Mc. Graw-Hill. México. Año 1994.
- Ramos Campos, F "Educación psicomotriz. Algunos planteamientos críticos." Cuadernos de Pedagogía, N° 52. Año 1979.
- Rebollo, A, "Dificultades del Aprendizaje" 2da Edición, Ed. Prensa Medica Latinoamericana. Montevideo. Año 2004.
- Shaffer D. "Psicología del Desarrollo, Infancia y Adolescencia" Edición 5°. Ed. Internacional Thomson. Año 1999.
- Soifer, R. "Psiquiatría Infantil operativa" Tomo I Psicología Evolutiva 2ª edición. Ed. Kargieman Buenos Aires. Año 1988.
- Tascon, E. "Atención primaria de la Salud, crecimiento y desarrollo del ser humano" 1ª Edición, Tomo I "Nacimiento a edad escolar" Ed. Guadalupe. Cáp. 5. Año 1995.
- UNICEF Argentina "Guías de Salud 2. El niño de 2 a 5 años". Sociedad Argentina de Pediatría. Octubre 1995.
- Vega, M.C. y equipo de investigación. "Terapia Ocupacional en crecimiento y desarrollo infantil. Importancia de saberes y prácticas." Proyecto de investigación UNMdP. Año 2001.
- Veyra, M.E. "Proyecto de Terapia Ocupacional del Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredon". Inclusión del Terapeuta ocupacional en el Programa Control del Niño Sano. Año 1988.

- Videla, M. "Prevención Intervención psicológica en Salud comunitaria" Editorial Cinco. Buenos Aires. Año 1993.
- Vygotsky L. "Obras completas" Publicación Ciudad La Habana: Pueblo y Educación. Ed. S.S.A.G. Madrid. Año 1995.
- Wallon H. "La evolución psicológica del niño" Ed. Grijalbo. Barcelona. Año 1976.
- Willard – Spackman "Terapia Ocupacional" 8º Edición. Ed. Médica Panamericana. España. Año 1998.
- Winnicott, D. "Los procesos de maduración y el ambiente facilitador" Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Ed. Paidós, 1ª Edición. Buenos Aires. Año 1993.
- Zurro, A.; Cano Perey, J. "Manual de Atención Primaria. Organización y pautas" Edición Dogma S.A. España. Año 1986.

**BIBLIOGRAFÍA GENERAL CONSULTADA EN
INTERNET**

- Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales. “Definiciones de terapia ocupacional”. www.terapia-ocupacional.org.ar/TO_Definiciones.asp. Fecha de consulta 20 de Marzo de 2008.
- A.P.E.T.O. “Documento técnico sobre Terapia Ocupacional”. Abril 1999. www.terapia-ocupacional.com/Definicion_TO.shtml. Fecha de consulta 20 Marzo de 2008.
- Asociación profesional Española de terapia ocupacional. “Terapia ocupacional”. www.wikipedia.org/wiki/Terapia_ocupacional. Fecha de consulta 02 de marzo de 2008.
- BabyCenter en español. “¿Cuanto sueño necesita tu niño?” www.espanol.babycenter.com/baby/sueno_bebe/cuanto_sueno_necesita. Fecha de consulta 10 de Diciembre de 2007.
- “Bienestar y nutrición”. www.noel.com.co. Fecha de consulta 10 de Noviembre de 2007.
- Caritas Argentina “Diagnóstico socio-económico argentino” Junio de 2003. www.caritas.org.ar/download/sit-eco-arg-junio2003.doc. Fecha de consulta 15 de mayo de 2008.
- “Crecimiento y Desarrollo del Niño” Año 2006. www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad/images Fecha de consulta 10 de Septiembre de 2008.
- “Desarrollo Evolutivo de los diferentes ámbitos en los niños de 0 a 6 años.” www.ecsocial.com/web/subdominios Fecha de consulta 12 de Septiembre 2008.
- “Desarrollo Psicomotor” Año 2005. www.elergonomista.com/enfermeria/pediatrica Fecha de consulta 5 de Septiembre de 2008.
- “Desarrollo Psicomotor” Año 2006. www.desarrollopsicomotor.htm Fecha de consulta 11 de septiembre de 2008.
- “Desarrollo Psicomotor. Un mundo para padres e hijos”. Septiembre de 2008. www.pequelia.es/846/desarrollo-psicomotor. Fecha de consulta 3 de septiembre de 2008.
- Díaz, M. “Hábitos de alimentación y sueño”. www.astait.org/habitos.htm. Fecha de consulta 10 de Diciembre de 2007.
- “El juego y el niño”. www.educacioninicial.com/ei/areas/maternal/index.asp. Fecha de consulta 10 de Marzo de 2008.

- Fundación Eroski “Desarrollo Psicomotor” www.bebe.consumer.es/desarrollo-psicomotor/conceptos-generales Fecha de consulta 11 de Septiembre.
- Gonzalez Araya F. “Desarrollo Psicomotor”. Agosto 2008. www.doctorgonzalez.cl Fecha de consulta 15 de Septiembre de 2008.
- “Hábitos de la higiene diaria para tus hijos” 12 de diciembre de 2005. www.bebesymas.com/2005/12/12-habitos-de-la-higiene-diaria-para-tus-hijos. Fecha de consulta de 27 de Noviembre de 2007.
- “Higiene Infantil. Enséñale buenos hábitos”. www.todopapas.com/contenidos/consejos/Higiene-infantil-ensenales-buenos-habitos-720.html. Fecha de consulta 27 de Noviembre de 2007.
- Lama Cruz S.”Entorno y Desarrollo Psicomotor del niño” www.enbuenasmanos.com/articulos/muestra.asp Fecha de consulta 10 de Septiembre de 2008.
- Loayza, M.”Desarrollo Psicomotor” 13 de Agosto de 2007. www.mailxmail.com/curso/vida/estimulaciontempranaenninos/capitulo5.htm. Fecha de consulta 12 de Noviembre de 2007.
- “Los hábitos”. www.xtec.es/~ragusti/habits/chabits.htm#h. Fecha de consulta 3 de Diciembre de 2007.
- Los Santos S. “¿Qué son las dificultades del Aprendizaje?” www.espaciologopédico.com/articulos2 Fecha de consulta 11 de Septiembre 2008.
- “Pautas de alimentación en el niño mayor de 2 años”. www.pediatraldia.cl/PORSUBIR/alim_dos_anos.htm. Fecha de consulta 2 de Noviembre de 2007.
- “Psicopatología del sueño”. www.psicologia-online.com/formacion/psicopatologia/sueño. Fecha de consulta 27 de Noviembre de 2007.
- Quirós Pérez V. y Arraéz Martínez J. “Juego y psicomotricidad” FEADDEF. Año 2005. www.dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo. Fecha de consulta 19 de Septiembre de 2008.
- Salinas, P.”Controles pediátricos”. 11 de agosto 2003. www.alemana.cl/reader/alemana/pub/v03/S9701Articulos/S0101200308/print_news3202.html. Fecha de consulta 27 de Noviembre de 2007.
- Silva T. D. “Aplicación del Software “SPAV” a una muestra de niños de Primer Año de Educación General Básica”. www.articuloz.com. Fecha de consulta. 20 de Mayo 2008.

- “Sueño”. www.tone.udea.edu.co/revista/sep99/habitos.htm. Fecha de consulta 10 de Diciembre de 2007.
- “Terapia Ocupacional”. www.revistaterapiaocupacional.cl/cda/to. Fecha de consulta 20 de Marzo de 2008.
- “Trastornos del sueño”. www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles. Fecha de consulta 10 de Diciembre de 2007.

ANEXOS

Mar del Plata, martes 15 de julio del 2008

Municipalidad de la Ciudad de Mar del Plata
Departamento de Desarrollo Social
Directora Gladis Gil:

Nos dirigimos a usted para solicitar su autorización para poder realizar nuestro trabajo de tesis final en la Casa del Niño Centenario de esta ciudad. Esta investigación tiene como objetivo conocer los hábitos de los niños de 2 a 4 años de edad que concurren a dicha guardería, se llevarían a cabo entrevistas a padres, a preceptoras del lugar y observación directa a los niños en la misma.

Dicha investigación será presentada al Dpto. de Terapia Ocupacional, como trabajo final para poder acceder al título de Licenciatura en Terapia Ocupacional en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Se entregarán los resultados a la Casa del Niño Centenario, padres, personal y a quien los requiriese, desde ya aclaramos que no se interferirá en el normal desarrollo de las actividades de la guardería y en caso de permitimos el acceso asistiremos los días y en los horarios que se consideren.

Desde ya agradecemos la atención y colaboración que preste a nuestra solicitud.

Saludamos atentamente

Natalia B. Marinangeli
DNI: 25.821.126

Natalia B. di Luca
DNI: 25.589.765

"CUESTIONARIO"

**A LOS PADRES O PERSONAS A CARGO DEL NIÑO QUE CONCORRE A LA
CASA DEL NIÑO CENTENARIO**

Nº DE LEGAJO:

Nº DE HOJA:

FECHA DE NACIMIENTO:

FECHA DEL CUESTIONARIO:

ENTREVISTADO, PARENTESCO:

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA:

- 1-¿Tiene el niño un horario establecido para ir a dormir? SI NO
- 2-¿Tiene el niño un horario establecido para despertarse? SI NO
- 3-¿El niño comparte la habitación con alguien? SI NO
- 4-¿El niño comparte la cama con alguien? SI NO
- 5-¿Por las mañanas el niño se despierta solo? SI NO
- 6-¿Durante la noche el niño se despierta? SI NO
- 7-¿Tiene el niño dificultad para dormirse? SI NO
- 8-¿Necesita el niño alguna rutina para poder dormirse?(Por Ejemplo:
escuchar un cuento o música, tener un juguete u osito) SI NO
- 9-¿Suele el niño tener pesadillas? SI NO
- 10-¿Cuántas horas de siesta duerme el niño? 1 hs. 2 hs. 3 hs. Ninguna
- 11-¿Usa Chupete? SI NO
- 12-¿Se respetan los horarios de comida? SI NO
- 13-¿Comparten las comidas en familia? SI NO
- 14-¿El niño tiene un lugar determinado en la mesa? SI NO
- 15-¿Reconoce el niño su lugar en la mesa? SI NO
- 16-¿El niño toma en mamadera? SI NO
- 17-¿El niño toma en taza? SI NO
- 18-¿El niño come solo? SI NO
- 19-¿El niño utiliza la cuchara para comer? SI NO
- 20-¿El niño utiliza el tenedor para comer? SI NO
- 21-¿Colabora el niño en tarea como preparar y juntar la mesa? SI NO

22-¿El niño se desviste solo? SI NO

23-¿El niño se saca las prendas simples solo (medias, zapatos, gorros)? SI NO

24-¿El niño se saca la campera solo? SI NO

25-¿El niño se saca el pantalón solo? SI NO

26-¿El niño ayuda a vestirse? SI NO

27-¿El niño se pone el abrigo solo? SI NO

28-¿El niño se pone el pantalón solo? SI NO

29-¿El niño se pone los zapatos solo? SI no

30-¿El niño se lava las manos solo? SI NO

31-¿Cuántas veces por semana baña al niño? -2 3 4 +4

32-¿Le enseñan al niño a cepillar los dientes? SI NO

33-¿El niño se cepilla los dientes solo? SI NO

34-¿El niño utiliza pañales durante la noche? SI NO

35-¿El niño utiliza pañales durante el día? SI NO

36-¿Avisa el niño la necesidad de ir al baño durante el día? SI NO

37-Cuando el niño va solo al baño a hacer sus necesidades ¿necesita ayuda para limpiarse? SI NO

38-¿El niño juega solo? SI NO

39-¿Tiene el niño algún juego o juguete preferido? SI NO

40-¿El niño comparte los juguetes con otros niños? SI NO

41-¿El niño habla solo mientras juega? SI NO

42-¿El niño juega a imitar a alguien, familiar o de ficción? SI NO

43-¿Se le brinda al niño la posibilidad de realizar de manera independiente las actividades de:

Alimentación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vestido	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Higiene	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

- 23-¿El niño se pone los zapatos solo? SI NO
- 24-¿El niño se lava las manos solo? SI NO
- 25-¿Le enseñan al niño a cepillarse los dientes? SI NO
- 26-¿El niño se cepilla los dientes solo? SI NO
- 27-¿El niño utiliza pañales durante el día? SI NO
- 28-¿Avisa el niño la necesidad de ir al baño durante el día? SI NO
- 29-Cuando el niño va solo al baño a hacer sus necesidades ¿necesita ayuda para limpiarse? SI NO
- 30-¿El niño juega solo? SI NO
- 31-¿Tiene el niño algún juego o juguete preferido? SI NO
- 32-¿El niño comparte los juguetes con otros niños? SI NO
- 33-¿El niño habla solo mientras juega? SI NO
- 34-¿El niño juega a imitar a alguien, familiar o de ficción? SI NO
- 35-¿Se le brinda al niño la posibilidad de realizar la manera independiente las actividades de:
- | | | |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Alimentación | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Vestido | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Higiene | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

PLANILLA DE OBSERVACIÓN DE HáBITOS EN NIÑOS DE 2 AÑOS DE EDAD QUE CONCURREN A LA CASA DEL NIÑO CENTENARIO

Nº DE LEGAJO:

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

HORAS EN GUARDERÍA:

FECHA DE OBSERVACION:

Nº DE PLANILLA:

OBSERVADOR:

HÁBITOS	PAUTAS MADURATIVAS	P	A	OBSERVACIÓN
ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Come solo, no siempre con limpieza. ▪ Usa cuchara para comer. ▪ Sostiene el vaso o taza con las dos manos. ▪ Bebe en taza con boquilla. ▪ Come comidas cortadas en trozos pequeños. ▪ Identifica su lugar en la mesa. 			
VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda a vestirse y desvestirse. ▪ Se saca prendas simples (medias, zapatos y gorros). ▪ Interés por abotonamiento y desabotonamiento de la ropa. 			
HIGIENE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interés en ayudar a lavarse la cara, las manos. ▪ Comienza a avisar la necesidad de ir al baño durante el día, con accidentes. ▪ Usa pañales. ▪ No realiza el cepillado de dientes solo. ▪ Comienza a utilizar pelela. 			
SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para dormirse. ▪ Suele despertarse durante la noche. ▪ Duermo una o más siestas. 			El segundo indicador no podrá ser observado durante el día.
JUEGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juego solitario, de tipo egocéntrico. ▪ Juego paralelo. ▪ Inicio de Juego simbólico. ▪ Juegos de arrastre sin considerar factores de seguridad. ▪ Juegos simples de construcción (encajares y rompecabezas de piezas grandes). 			

P: PRESENTE

A: AUSENTE

PLANILLA DE OBSERVACIÓN DE HÁBITOS EN NIÑOS DE 3 AÑOS DE EDAD QUE CONCURREN A LA CASA DEL NIÑO CENTENARIO

Nº DE LEGAJO:

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

HORAS EN GUARDERÍA:

FECHA DE OBSERVACION:

Nº DE PLANILLA:

OBSERVADOR:

HÁBITOS	INDICADORES	P	A	OBSERVACIÓN
ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comienza a utilizar el tenedor. ▪ Toma la taza por el asa con una sola mano. ▪ Bebe en taza sin boquilla. ▪ Permanece sentado en la silla hasta terminar la comida. ▪ Participa en tareas simples como poner la mesa. 			
VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se saca solo el abrigo y pantalones sin cierre. ▪ Se pone camisa o abrigo abrochado adelante. ▪ Se intenta poner los zapatos, no en el pie correcto. ▪ Puede bajar cierres o desabrochar botones grandes. 			
HIGIENE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puede lavarse la cara, las manos con asistencias. ▪ Control de esfínteres diurno con pocos accidentes. ▪ Control de esfínteres nocturno con recordatorios. ▪ Ayuda a cepillarse los dientes, con supervisión. 			El tercer indicador no podrá ser observado en la guardería.
SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se duerme fácilmente. ▪ Frecuentes pesadillas o terrores nocturnos. ▪ Duerme una siesta. 			El segundo indicador no podrá ser observado en la guardería.
JUEGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juego social-colectivo. ▪ Soliloquio. ▪ Juego simbólico. ▪ Juego sensoriales (moldear con plastilina, jugar con arena y agua). ▪ Triciclo, bailar y patear pelotas. 			

P: PRESENTE

A: AUSENTE

PLANILLA DE OBSERVACIÓN DE HÁBITOS EN NIÑOS DE 4 AÑOS DE EDAD QUE CONCURREN A LA CASA DEL NIÑO CENTENARIO

N° DE LEGAJO:

SEXO:

FECHA DE NACIMIENTO:

HORAS EN GUARDERÍA:

FECHA DE OBSERVACION:

N° DE PLANILLA:

OBSERVADOR:

HÁBITOS	PAUTAS MADURATIVAS	P	A	OBSERVACIÓN
ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eficiente uso del tenedor. ▪ Puede servir agua en un vaso desde una jarra. ▪ Colabora en tareas como preparar y levantar la mesa. 			
VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se desviste solo. ▪ Se viste solo con asistencia en la orientación (atrás-adelante, derecho-revés) y en la unión de cierres. ▪ Se pone los zapatos en el pie correcto (sin atar los cordones) 			
HIGIENE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se lava la cara y las manos solo. ▪ Se cepilla los dientes solo. ▪ Control de esfínteres diurno y nocturno con asistencia en su aseo. ▪ Ayuda a cepillarse el cabello. ▪ Se limpia la nariz solo. 			
SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se duerme fácilmente. (No son necesarios los rituales) ▪ Se despierta durante la noche para ir al baño. ▪ Duerme siesta. 			El segundo indicador no podrá ser observado durante el día.
JUEGO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Juego social-asociativo. ▪ Juegos de construcción, comienza a desarrollar interés en el producto final. ▪ Juego simbólico-dramático. 			

P: PRESENTE

A: AUSENTE



DE IRIAR DEL PLATA

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

Jurado:

- ✓ Lic De Falco Roxane _____
- ✓ To Lopez Marcelo _____
- ✓ Lic Porro Sandra _____

Fecha de Defensa: 11-12-08

Nota:
