

2002

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

Delmonte, Carolina

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/930>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Tesis de Grado

Licenciatura en Terapia Ocupacional

**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**

Delmonte Carolina

Riccillo Valeria

- 2002 -

A Nuestras Familias

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
1966	G15.8 D38
Vol	Documento
Universidad Nacional de Mar del Plata	

AGRADECIMIENTOS:

Para la realización de esta investigación fue necesaria nuestra dedicación y esfuerzo así como también de las personas que nos acompañaron en todo el proceso:

- A las Licenciadas en Terapia Ocupacional María Eugenia Veyra y Norma Gordillo quienes con su apoyo y compromiso permanente, no sólo nos acompañaron en todos los momentos de nuestra investigación, sino que también nos incentivaron a superarnos.

- Al equipo de profesionales de la Unidad Sanitaria Las Heras quienes nos brindaron el espacio para realizar nuestro trabajo de campo y especialmente a las Peditras y Enfermeras por su colaboración permanente.

- A todas las familias y los niños que formaron parte de nuestra investigación.

- A las Licenciadas en Terapia Ocupacional Maricel Donati y Mariana Guaresti por su colaboración "teórico – afectiva" desinteresada.

- A Gerardo, por la compañía y su asesoría técnica en computación.

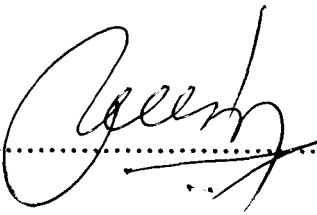
- A todos aquellos que de una forma u otra nos acompañaron y apoyaron en cada momento.

DIRECCIÓN Y ASESORAMIENTO METODOLOGICO

DIRECTORA:

Lic. en Terapia Ocupacional

Maria Eugenia Veyra:

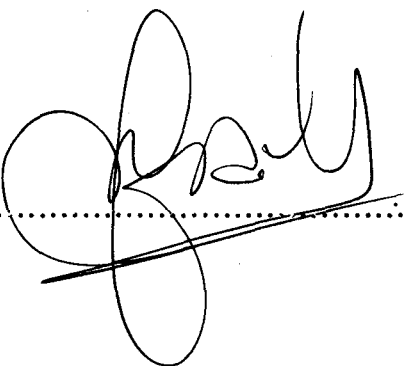


.....

ASESORA METODOLOGICA:

Lic. en Terapia Ocupacional:

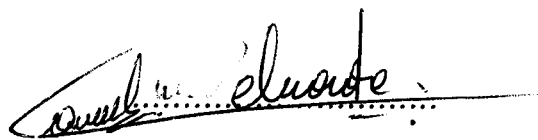
Norma Gordillo:



.....

FIRMA DE LAS TESISISTAS

DELMONTE CAROLINA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carolina Delmonte', written over a horizontal dotted line.

RICCILLO VALERIA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Riccillo', written over a horizontal dotted line.

INDICE

INDICE

Introducción 1

Fundamentación 3

Problema - Objetivo General - Objetivos Específicos 5

Estado Actual 6

Marco Teórico

Desarrollo Psicomotor

- Desarrollo Psicomotor 9

- Pautas Psicomotoras Esperadas en Relación con la Edad
Cronológica. 13

- Desarrollo Psicosocial y Emocional 16

- La Adquisición y Desarrollo del Lenguaje 21

- Lenguaje e Inteligencia 25

- La Adquisición del Lenguaje del niño en el ámbito familiar 26

Bibliografía 30

Factores de Riesgo

- Factores de Riesgo 32

Bibliografía 36

Atención Primaria de Salud

- Atención Primaria de Salud 37

- Atención Primaria de Salud en la Población Materno-infantil . 41

- Terapia Ocupacional desde la Atención Primaria de Salud en
la población Materno-infantil 43

Bibliografía 47

Descripción del Barrio Gregorio Las Heras 48

Aspectos Metodológicos

- Tipo de Estudio - Tipo de Diseño - Población - Muestra	51
- Criterios para la Selección de la Muestra	52
- Técnicas para la Recolección de los Datos	52
- Definición de las Variables de Estudio:	
- Factores de Riesgo Socio-ambientales.	
Definición Científica y Operacional	56
- Adquisición del Lenguaje.	
Definición Científica y Operacional	57
- Operacionalización de las Variables de Estudio	58
Presentación y análisis de los Datos	
- Análisis Cuantitativo	60
- Análisis Cualitativo	76
Consideraciones Finales y Conclusión	79
Proyecto de Prevención Primaria y Secundaria	83
Bibliografía General	90
Direcciones de Páginas de Internet Consultadas	94
Anexos	96

INTRODUCCIÓN

La realidad socio-económica por la que atraviesa nuestro país en la actualidad se hace manifiesta a través del incremento diario de los índices de pobreza, desocupación, deserción escolar, violencia social, deterioro de los servicios de atención de la salud, etc. Todas estas son problemáticas sociales que afectan a sectores cada vez más amplios de la población, van deteriorando día a día su calidad de vida, entendiéndose ésta como “ la percepción por parte de los individuos o grupos de que se satisfacen sus necesidades y no se les niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal”¹.

La mayor parte de los integrantes de la comunidad, los ancianos, adultos, adolescentes y niños, son vulnerables y están expuestos al riesgo de sufrir alteraciones o desequilibrios en su salud.

Cada uno de estos grupos etáreos se ven afectados por diversas causas y de diferente manera , los ancianos por dificultades relacionadas a la atención de su salud, los adultos por la desocupación laboral, los adolescentes por la falta de oportunidades para desarrollarse dentro de la sociedad, entre muchas otras cosas, y los niños, sólo por su condición de niños, son los que más expuestos están a sufrir daños en las primeras etapas de su vida, siendo todo lo que acontece en estas etapas una base sobre la que se sustentaran todas sus adquisiciones posteriores, los daños o privaciones tendrán incidencia en su crecimiento, maduración y **desarrollo integral** como Ser Humano.

Este desarrollo integral se genera, organiza y mantiene en el medio natural del que forman parte los niños y su familia; la que se encuentra inserta en un contexto más amplio, la comunidad. Los niños nacen preparados para sobrevivir, situados en una posición de dependencia respecto de los adultos y de su núcleo familiar; cumpliendo éstos funciones específicas como la humanización, individualización y socialización.

La familia, tiene características ambientales, culturales, sociales, etc., que le son propias, factores éstos que van a influir directamente sobre el desarrollo del niño.

En ocasiones los riesgos a los que están expuestos son detectables y observables pero la intervención para modificarlos o eliminarlos depende de la realización de grandes cambios en los sistemas de gobierno del país y específicamente de las políticas de salud que se adopten. Es por ello que en los niveles de atención de la salud en nuestro país hoy prevalece la atención secundaria y terciaria, cuando los daños a la salud ya están presentes.

¹ O.P.S. Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica N° 557. Serie Paltex. 1996. Pág. 389.

Un sistema de salud que considera el desarrollo y bienestar de las personas como objetivo principal para alcanzar, incluye el nivel más importante de atención de la salud, la Prevención Primaria, donde si bien los factores de riesgo existen en las comunidades, las acciones que se realizan son tendientes a prevenir, minimizar sus efectos o evitar en la medida que sea posible los daños a la salud.

Todos las personas están expuestas a ver su salud afectada, pero sin dudas la importancia de la atención brindada a los niños en sus primeras etapas de la vida les posibilitará alcanzar un posterior desarrollo armónico e integral.

“Para observar algunos de los aspectos que nos ofrecerá el futuro, no necesitamos las proyecciones de unas complicadas computadoras. Mucho de lo que va a ocurrir durante el próximo milenio puede observarse en la forma en que cuidamos hoy en día a nuestros niños. Puede que el mundo de mañana esté influido por la ciencia y la tecnología, pero más que nada ya está tomando forma en la mente y en los cuerpos de nuestros niños”.

Kofi Annan
Secretario General O.N.U.

FUNDAMENTACION

La presente investigación surge a partir de la realización de la práctica clínica realizada en la Unidad Sanitaria del Barrio General Las Heras, donde funciona el Programa "Control del Niño Sano" en niños desde los 10 días hasta los 6 años de edad.

En la participación de los talleres para padres, observación de controles pediátricos, y abordajes específicos de Terapia Ocupacional, se detectaron numerosos casos de niños de 24 meses y en algunos casos de más edad, con retraso o alteraciones en el desarrollo del lenguaje.

Estos niños forman parte de una población con características sociales, económicas, ambientales y culturales que le son propias, como por ejemplo; casi la totalidad de la población se encuentra por debajo de los niveles de pobreza, con necesidades básicas insatisfechas, desocupación laboral, dificultades para acceder a centros de salud especializados, analfabetismo o instrucción incompleta, maternidad a edades adolescentes, madres solteras que deben cuidar de sus hijos solas, madres multíparas, drogadicción y delincuencia, etc. Todos estos son factores de riesgo a los que están expuestos los miembros de la comunidad y especialmente los niños, quienes ven amenazado y condicionado su desarrollo integral.

Si bien el abordaje y tratamiento de los niños se realiza en forma integral teniendo en cuenta aspectos motores, sociales, emocionales, psicológicos etc., nuestro interés está centrado en la posibilidad de observar la adquisición del lenguaje y sus características, en los niños de 15 meses, expuestos a factores de riesgo. Esta observación es importante, ya que a esta edad sería posible detectar la presencia de indicadores que anticipen la posibilidad de la existencia de un retraso en la adquisición del lenguaje previos a la etapa de los 2 años donde el lenguaje es más complejo.

El lenguaje es considerado como uno de los aspectos más importantes de la interacción social; es en el entorno familiar donde el niño percibe e internaliza las primeras vocalizaciones, las cuales serán influenciadas tanto por la calidad y la cantidad de estimulación que de la familia reciba durante sus primeros meses de vida.

La adquisición del lenguaje acorde a su edad le permitirá ir constituyéndose como un ser individual diferente del otro, Hochmann refiere "... Hacia el decimoquinto mes la relación fusional sufre una nueva y definitiva derrota. En este momento el niño empieza a hablar y por medio del lenguaje se afirma, resueltamente, como diferente de su madre. La persona se constituye en la negación de la simbiosis...". "... La diferencia surge en el lenguaje y por medio de él. Toda palabra es en esencia, la negación

agresiva de una fusión. Es indudable que si estuviésemos perfectamente fusionados unos con otros, si fuéramos sensibles a todos los movimientos íntimos del otro, no experimentaríamos necesidad alguna de comunicarnos. Hablamos porque somos diferentes, pero actualizamos esa diferencia por el hecho del habla..." " El simple hecho de querer hablar, comunicar, demuestra con claridad mi autonomía, demuestra que tú no conoces (antes de que lo haya expresado) mis sentimientos o deseos."²

La presencia de los factores mencionados anteriormente hace peligrar el desarrollo armónico del niño, el lenguaje forma parte de este desarrollo, la detección precoz de signos de alarma (tardía adquisición, riesgo de sufrir alteraciones, etc.) así como también la intervención sobre dichos factores de riesgo evitaría daños mayores.

Las acciones para evitar la aparición de los daños que se realizan en Prevención Primaria, desde Terapia Ocupacional están dirigidas a detectar tempranamente las alteraciones del desarrollo del niño y posibilitar un medio ambiente facilitador .

² Hochmann. Hacia una psiquiatría comunitaria. Edit. Amorrostu .Bs. As.1971. Pág. 35.

PROBLEMA – OBJETIVOS

Problema:

¿ Cuáles son los factores de riesgo detectables por el Terapista Ocupacional, que inciden en la adquisición del lenguaje en los niños de 15 meses sin patología asociada, que concurren al Programa “Control del niño Sano” en la Unidad Sanitaria Las Heras, durante el año 2002, en la ciudad de Mar del Plata?

Objetivo General:

- Conocer y describir cuales son los factores de riesgo que inciden en la adquisición del lenguaje en los niños de 15 meses.

Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de adquisición del lenguaje de los niños de 15 meses, sin patología asociada.
- Identificar cuales son los factores de riesgo detectables que tienen mayor prevalencia.
- Describir la relación posible entre el perfil de adquisición del lenguaje de los niños y su exposición a diversos factores de riesgo.
- Diseñar una propuesta de actividades de intervención precoz en Prevención Primaria y Secundaria, inherentes a la adquisición del lenguaje en niños menores de 2 años expuestos a factores de riesgo.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

A los fines de la investigación a realizar, efectuamos una búsqueda bibliográfica, consultando diferentes bases de datos y publicaciones, sobre investigaciones recientes que se encuentren relacionadas con el tema planteado. Del recorrido realizado podemos destacar, ciertos trabajos que, si bien, no se corresponden estrictamente con la problemática planteada, realizan un abordaje sobre desarrollo psicomotor en niños.

En la investigación realizada por las Licenciadas Sesa, S., Frasson, A. M., y los Dres. Sabulsky, J., y Agrelo, F., **Análisis longitudinal y comparativo del desarrollo infantil en la ciudad de Córdoba**, se 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). Este último presenta los datos de evaluaciones del desarrollo de los niños de todo el país.

Los objetivos planteados fueron, establecer perfiles de desarrollo de los niños de Córdoba a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses de edad y comparar el desempeño con las pautas del Estudio Nacional Colaborativo (PRUNAPE). La población se constituyó con 204, 180, 147, 128 y 110 binomios madre-niño en los niveles de edad referidos.

Fueron utilizados como método de recolección de datos la Escala de Desarrollo elaborada por el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan" aplicada en el domicilio de los niños.

Los resultados obtenidos fueron: el promedio total de éxitos en cada una de las edades, 76 % en los niños de 6 meses; 78 % en los niños de 12 meses; 77 % en los niños de 24 meses; 73 % en los niños de 36 meses y 69 % en los niños de 48 meses.

Los autores señalan que las comparaciones de los cinco períodos evaluados permitieron observar que los resultados coinciden en el 12% de las pruebas, en las que el rendimiento de los niños cordobeses fue semejante a los niños de todo el país. La discrepancia positiva alcanzó el 8% y la negativa el 6%. No se pudo calificar la comparación en el 15% de las pruebas. El 59% fueron ítems no hallados en las publicaciones de las pautas nacionales.

Por último concluyeron que la disminución progresiva en el rendimiento debe ser un llamado de atención para considerar al desarrollo como un aspecto fundamental en la vigilancia integral de los niños.³

³ Sesa, S.; Frasson, A. M.; Sabulsky, J.; y Agrelo, F. Análisis longitudinal y comparativo del desarrollo infantil en la ciudad de Córdoba. Archivos Argentinos de Pediatría. Año 2001; 99(2). Pág. 119.
<http://sap.org.ar/archivos/index.htm>

Torralba, T., Cugnasco, I., Manso, M. y otros en su trabajo **Desarrollo mental y motor a los primeros años de vida: su relación con la estimulación ambiental y el nivel socioeconómico** (Tierra del Fuego, Ushuaia. 1995), se plantearon como objetivo de su investigación describir el desempeño intelectual de los niños y examinar la relación entre el desarrollo infantil, el nivel social y las conductas que conforman la estimulación ambiental.

Estudiaron un total de 395 niños sanos distribuidos en grupos de 100 niños de 6 meses, 98 de 12 meses, 100 de 24 meses y 97 de 5 años. Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos; para el desarrollo psicomotriz, la Escala del Desarrollo infantil de Bayley II y la Prueba de inteligencia para preescolares y escolares (WPPSI). Se evaluó la calidad del ambiente familiar con el Inventario Home y se implementó una encuesta a fin de medir el nivel socioeconómico.

Los resultados obtenidos dan cuenta que el grado de estimulación ambiental que reciben los niños de los sectores sociales de mayor ingreso económico, fue mayor que el de los niños de los sectores más pobres de la sociedad. A su vez los niños que recibieron mayor estimulación presentaron un grado de desarrollo mental o coeficiente intelectual más alto.⁴

Vega, M. C., Campisi, A., Roubicek, M., y otros, en el trabajo de investigación titulado **Prevención y detección en el crecimiento y desarrollo del niño** (Mar del Plata, 1995-1997), tuvo como objetivo estudiar el desarrollo integral de los niños de 0 a 2 años a partir de conocer las características socioeconómicas y de salud de sus familias.

La muestra estuvo conformada por 80 niños y sus familias que concurrieron a dos centros de salud ubicados en barrios periféricos de la ciudad con alto porcentaje de población de alto riesgo social. Se recolectaron datos de características demográficas, socioeconómicas, educacionales y de participación comunitaria de las familias a través de una encuesta tomada al inicio de la investigación y actualizada al año. Se recogieron antecedentes de la salud familiar, en especial de la salud materna y

⁴ Torralba, T.; Cugnasco, I., y otros. Desarrollo Mental y Motor en los Primeros Años de Vida: su relación con la estimulación ambiental y el nivel socio-económicos. Archivos argentinos de pediatría. 1999;97 (5): Pág.306.

<http://sap.org.ar/archivos/index.htm>

datos relacionados con el embarazo y nacimiento del niño objeto del seguimiento. A través de "Evaluación de indicadores obstétricos de Prechtl", adaptada a la población de nuestro país. Se evalúa el desarrollo Psicomotor de los niños desde el nacimiento hasta los dos años de vida a través de la evaluación de Terapia Ocupacional del desarrollo del niño que incluyó: Examen Neurológico y la implementación de la Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor de 0 a 24 meses de Rodríguez, Undurraga y Arancibia.

Se obtuvieron resultados: en relación a las *familias*: comportamiento demográfico, organización familiar, lugar de nacimiento, tipo de ocupación y nivel de educación de padres y madres; nivel de vida, vivienda y servicios; la participación en redes sociales.

En relación a las *madres*: la salud reproductiva, la evaluación del embarazo, en relación a la consideración de riesgo se le dio importancia a la edad y al número de hijos.

En relación a los *niños* los resultados obtenidos fueron: en la evaluación del desarrollo con la Escala de desarrollo Psicomotor mostró los siguientes resultados; el 50% de los niños que tuvo 1 a 4 controles en la categoría "normal", el 44 % de 5 a 9 y el 6 % 10 o más controles normales con una media de 4,7 . En tanto que el 30,5 % de los niños presentó dos controles en la categoría "riesgo", mientras que el 20,8 % reunió 3 a 5 controles en riesgo y se mantuvo sin ningún control en esta categoría el 26,8 %, la media fue del 1,5. Con respecto a la categoría retraso de la escala, el 14,6 % de los lactantes tuvo de 1 a 3 controles, mientras que el 85,4 % restante no obtuvo dicha categoría en ninguno de sus controles.

De los datos obtenidos se desprende que la combinación de factores de riesgo de la familia, propios de una población de pobres estructurales son aspectos que determinan tanto el bajo cumplimiento de las pautas de control de salud propuestas hasta el momento, como las características propias del desarrollo de los niños que en muchos casos determina la fluctuación desde la normalidad al riesgo o retraso, con serio compromiso de las adquisiciones cognitivas y del lenguaje, como también las posibilidades de desarrollo personal y social de las madres y los padres en la comunidad.⁵

⁵ Vega, M. C. ;Campisi, A.; Roubicek, M.; y otros. Prevención y detección en el crecimiento y desarrollo del niño. Revista Materia Prima. Año 3 N° 8 jun/ag. Pág. 11-14. 1998. Año 3- N° 9 set/oct. Pág. 6-10. 1998.

MARCO

TEORICO

DESARROLLO PSICOMOTOR

Se puede definir al **desarrollo** como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción cuyas constelaciones estructurales se modifican según las experiencias vitales.⁶

Cada etapa se caracteriza por una organización basada en niveles anteriores pero cualitativamente original respecto de ellas. Este proceso implica una visión evolutiva y prospectiva del ser humano que abarca desde la concepción hasta la muerte. Se establece como un proceso de organización sucesivo de las funciones realizando progresivamente las capacidades genéticas del organismo en relación con el ambiente.⁷

Spitz define al desarrollo como la emergencia de formas de funcionamiento y conductas resultantes, y de la interacción del organismo por una parte y del medio interno y externo por otra.⁸

Según Knobel, **el desarrollo** es el conjunto de transformaciones del ser viviente que señalan una dirección perfectamente definida, temporal y sistemática, de sus estructuras psicofísicas incluyendo dentro de este concepto tres elementos que lo componen:

- crecimiento
- maduración
- aprendizaje

El *crecimiento* significa el aumento de volumen de los elementos constitutivos de la persona, especialmente en su aspecto físico. Es la característica de las células vivas basadas en el aumento y número de las mismas. (Por ejemplo, la talla y el peso).

El concepto de *maduración* se refiere básicamente a la capacidad plástica del potencial genético de la especie humana para proveer los elementos psicofísicos necesarios para una adecuada adaptación del individuo al ambiente.

De esta manera la *maduración psicomotriz* se refiere a la maduración global de diferentes funciones y áreas de la conducta del niño:⁹

- Maduración de las funciones motoras gruesas (control cefálico, gateo, marcha, etc.)
- Maduración de las funciones finas (manipulación de objetos, diferentes prensiones, etc.)

⁶ Cusminsky, M.; Lejarraga, H. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. O.P.S - O.M.S. Serie Paltex 8. 1986. Pág. 55.

⁷ Op. Cit. Cusminsky, M.; Lejarraga, H. Pág. 54.

⁸ Knobel, M. Psiquiatría Infantil. Psicodinámica. Editorial Paidós. Bs. As. 1977. Pág. 21.

⁹ Op. Cit. Cusminsky, M.; Lejarraga, H y Cols. Pág. 165.

- Maduración de funciones sociales (sonrisa social, lenguaje, etc.).
- Maduración de funciones sensoriales (visión, tacto, audición, etc.)
- Maduración emocional del niño (funciones de adaptación, de procesos de individuación e independencia, etc).

El concepto de *aprendizaje* hace referencia, al proceso por el cual un individuo se adapta al medio en el que vive; éste es una consecuencia de la interacción, y la personalidad es la resultante de una interrelación que integra aquél con sus caracteres genéticos, biológicos y el ambiente.

Distintas teorías que abordan el concepto de desarrollo coinciden en determinadas características que éste presenta :

- ❖ Es un proceso integral, dinámico y continuo.
- ❖ Esta ordenado en sucesión de etapas o fases no arbitrarias o accidentales, cada fase es un soporte de la estructura posterior y cada etapa se caracteriza por una organización basada en los niveles anteriores, pero cualitativamente original respecto de ellas.
- ❖ No hay correlación exacta entre la aparición de cada etapa y la edad cronológica, ya que el ritmo e intensidad de las funciones son propios de cada individuo y su entorno. En consecuencia, pueden apreciarse aceleraciones o retrocesos en los diferentes aspectos del desarrollo, siendo éstos elásticos pero sin exceder el tiempo de espera estimado para la aparición de cada una de las etapas.
- ❖ Ni los factores genéticos, ni los ambientales son absolutamente determinantes, pues tendrían relativa influencia según el aspecto del desarrollo y la edad del niño.¹⁰

El desarrollo presenta por un lado *aspectos estructurales*¹¹, considerados como las articulaciones que constituyen al sujeto, éstos son: el aparato biológico, especialmente el Sistema Nervioso Central; el sujeto psíquico y el sujeto cognitivo.

El aparato biológico posibilita la existencia y a la vez condiciona, limita y promueve el campo de los intercambios, y es así como ofrece su apertura a la inscripción de los procesos simbólicos; sobre éste y en presencia de una estructura familiar se constituye el sujeto psíquico.

El medio, en tanto cosas y personas se torna objeto de interrogación, de experimentación, de intercambio organizado y su importancia se constituye en la provisión de sistemas cada vez más confiables para realizar los intercambios, promoviendo la estructuración de un sujeto de conocimiento.

Por otro lado el **desarrollo** presenta *aspectos instrumentales*, de éstos se valen

¹⁰ Op. Cit. Cusminsky, M; Lejarraga, H. Pág. 55.

¹¹ Coriat, L. Jerusalinsky, A. Cuadernos del desarrollo infantil. Bs. As. Pág. 8.

el sujeto para realizar sus intercambios con el medio: psicomotricidad, lenguaje, aprendizaje, hábitos, juego y procesos prácticos de socialización son instrumentos para expresar, decir, experimentar, intercambiar, regular, entender, etc. Es decir para realizar todo aquello que el sujeto desde su estructura demanda; todos ellos facilitan su accionar; su ausencia o déficit si bien no le impiden estructurarse como persona, le ocasionan trastornos y/o alteraciones a veces importantes.

Las conductas que el niño adquiera en el transcurso del tiempo pueden agruparse en cuatro áreas o campos, cada una de las cuales representa un aspecto diferente del **Desarrollo**:¹²

Lenguaje: Incluye todas las formas de comunicación, tanto su expresión como su comprensión. El lenguaje articulado depende de la maduración de estructuras corticales y sensorio-motrices, de la capacidad consiguiente de representación simbólica y de un medio social determinado. Además, se consideran los gestos y la expresión facial, mímica, posturas y manifestaciones emocionales concordantes.

Coordinación: Se refiere a actividades de motricidad fina: como uso de manos y dedos en prensión y manipulación de objetos; así como también actividades que requieren ajustes de los movimientos y postura con los órganos de los sentidos (integración sensorio-motriz), organización de percepciones y utilización de experiencias previas.

Conducta social: Comprende las respuestas a los estímulos del medio social e incluye aspectos como: juego, adaptación a la enseñanza, reconocimiento y aceptación de límites, etc.

Conducta motora: Incluye motricidad gruesa: como control cefálico, reacciones posturales, posición sedente, cuadrupedia, posición bípeda, actividades como caminar, correr, etc.

La conducta normal del niño asume patrones característicos según las diferentes edades en el transcurso de su evolución. Las conductas que denotan un mayor desarrollo psicomotor, son manifestaciones de las llamadas *Funciones Corticales Superiores*:

- Gnosias: capacidad de reconocimiento de objetos y rostros.
- Praxias: capacidad de ejecutar actos motores complejos, con un fin determinado.
- Representación Simbólica: capacidad de crear y manejar símbolos y

¹² Meneghello, J y otros. Pediatría. Chile. Edit. Publicaciones Técnica Mediterráneo Ltda.. 1991. 4ª Ed. Volumen I. Cap. 16. Pág. 117.

signos y de utilizarlos en la comunicación, mediante el lenguaje.¹³

El desarrollo de todo individuo es un proceso complejo, condicionado por múltiples factores de orden genético y ambiental; sin embargo, es posible mencionar condicionamientos básicos que deben reunirse para que dicho proceso se cumpla de manera adecuada, como ser, los cuidados generales que todo niño debe tener, concretamente, el cuidado de la salud y la nutrición apropiada.

Ello, a su vez, depende de las características de la familia respecto de: número e integración entre sus miembros, estabilidad emocional, interacción con la comunidad, proyecto de vida, disponibilidad de una red social de apoyo, nivel de instrucción, acceso a la información, grado de satisfacción de sus necesidades, entre otros.¹⁴

Desde el momento del nacimiento los niños están en condiciones de comunicarse y expresar sus sentimientos, sin embargo dependen de la madre y su familia para codificar los estímulos, comprender las nuevas experiencias organizadas y darle un significado más integrador.

¹³ Op. Cit. Meneghello, J y otros. Pág. 117.

¹⁴ Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 1998, XVII NC 1. Bs. As. Pág. 41.

Pautas psicomotoras esperadas en relación con la edad cronológica del niño.

En la presente investigación, nuestro interés se centra en determinar el nivel de adquisición del lenguaje en los niños de 15 meses, pero no por ello podemos dejar de considerar las restantes áreas del desarrollo: motriz, coordinación, social, emocional así como también las actividades de la vida diaria.

En relación con lo antedicho hacemos una descripción teórica de las pautas madurativas que corresponden a los 15 meses y a edades anteriores (9, 10, y 12 meses), según el método de evaluación que será utilizado (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses de Rodríguez, Arancibia y Undurraga).

9 Meses

- Se mantiene sentado sin apoyo.
- Inicio de gateo.
- Balanceo en posición sedente.
- Reacción lateral de paracaídas.
- Prensión en pinza inferior: el niño puede tomar un objeto (pequeño) entre la base del pulgar e índice.
- Suelta dos cubos sostenidos en ambas manos simultáneamente.
- Explora con dedo índice.
- Entrega un objeto a la orden.
- Repite un sonido escuchado.
- Comprende una prohibición.

10 Meses

- Gatea (apoyándose en las manos y las rodillas).
- Gira sentado.
- Se pone de pie solo, tomándose de los muebles, hace algunos pasos y cae con frecuencia.
- Bebe del vaso sólo.
- La prensión en pinza inferior es más fina: toma el objeto entre la parte distal del pulgar y el índice.
- Comprende que son el “continente” y el “contenido”.
- Explora sus genitales.
- Rueda sobre su cuerpo.
- Imita los sonidos y los gestos que le enseñan.
- Comienza a mostrar oposición. Reacciona al “no-no”.

- A veces se despierta de noche, desvelándose.
- Comienza a organizar los movimientos laterales de masticación.
- Come sentado en la silla.
- Juega con juguetes: los aferra, palmea, lleva a la boca, arroja, etc..

11 Meses

- Gatea sobre las manos y los pies (marcha de oso).
- Se mantiene arrodillado.
- El niño anda solo apoyándose en los muebles (puede soltar una mano).
- Camina tomado de una mano.
- Reacción postural de paracaídas.
- Utiliza el dedo índice para señalar los objetos, explora la tercera dimensión (orificios, hendiduras).
- Puede lanzar una pelota.
- Pone y saca objetos de un recipiente.

12 Meses

- Da los primeros pasos.
- Se balancea arrodillado.
- Cuando esta de pie puede agacharse para tomar un objeto.
- Después de la demostración de un adulto puede poner un círculo en el orificio correspondiente.
- A.V.D: Coopera en vestido, se saca los zapatos. Reconoce la ropa para cada ocasión (paseo, dormir, etc.). Pasa la cuchara por el plato y la mete dentro de la taza.
- Toma la comida con la mano.
- Gira estando sentado.
- Sostiene la taza y bebe de ella.
- Muestra preferencia por algunos alimentos y rechazo por otros.
- Juego: utiliza varios objetos sin centrarse en uno solo.
- Puede devolver una pelota que le es tirada, juega a esconderse.
- Sueño: 12 horas de noche, dos horas después del almuerzo. Un tiempo por la mañana o a última hora de la tarde. Juega con las cobijas, camina o se mueve alrededor de la cuna.
- Baño: juega con juguetes, la esponja, etc.
- Lenguaje: algunas palabras: mamá, papá.
- Relaciones sociales: repite los gestos que le son festejados. Expresa afectos: celos, simpatía, ansiedad. Muestra sentido del humor. Imita.
- Responde al ritmo.

15 Meses

- Marcha independiente.
- Sube la escalera gateando.
- Se arrodilla sin ayuda, puede ponerse de pie sin ayuda pero su equilibrio es insuficiente y cae a menudo.
- Carga juguetes al caminar.
- Perfeccionamiento del relajamiento fino y preciso, puede introducir una bolita en una botella.
- Invierte la botella para obtener la bolita.
- Sabe hacer una torre de dos cubos.
- Dibujo: puede reproducir un trazo hecho por el adulto, garabatea espontáneamente.
- Sostiene la cuchara (pero se la pone al revés en la boca).
- Pasa las páginas de un libro con ilustraciones.
- Habilidad motora: progresa en la adecuación a la marcha Pide señalando con el dedo. Baila al compás.
- AVD: puede sostener la taza durante toda la ingestión
- Evacuación: a veces muestra que se ha ensuciado, agarrándose los pañales (empieza la noción de evacuación).
- Sueño: se despierta de noche llorando (comienzan los terrores nocturnos).
- Puede persistir la mamadera nocturna.
- Noción del tiempo: asocia las horas y los acontecimientos (paseo, comida, etc.).
- Sociabilidad: Imita ciertas actividades de los adultos. Se muestra menos tímido en presencia de extraños.
- Juego: vacía cajones, puede formar torres de 2-3 cubos. Se entretiene durante lapsos prolongados (1 hora).
- Lenguaje: papá, mamá, y tres palabras más, en media lengua.

Desarrollo Psicosocial y Emocional

... “ Volverse autónomo es quedarse solo,
emerger de la fusión”...

Hochmann

El niño es un ser eminentemente social desde su nacimiento, cuyo conocimiento de sí mismo se produce a través del conocimiento de los otros y se va construyendo en su psiquismo durante las primeras relaciones con las personas más próximas. Estas relaciones presentan múltiples puntos fundantes de contacto, tanto en el desarrollo emocional, cognitivo y comunicativo del niño.

En relación con lo antes mencionado, el desarrollo no puede entenderse como una parte separada o distinta del desarrollo emocional, cognitivo y comunicativo sino conformando una profunda unidad.

Estos procesos comienzan en etapas muy tempranas en el niño, donde los primeros lazos afectivos se establecen con el núcleo de personas más cercanas que brindan protección, afecto y satisfacen sus necesidades, es decir “sus primeros vínculos, relaciones objetales ” constituidas en su grupo familiar primario.

Es así, como efectuamos un recorrido sobre diferentes autores que hacen referencia a este complejo proceso:

Winnicott piensa a este proceso como base fundamental de la individuación del niño, posibilitándole transitar gradualmente desde la dependencia absoluta del niño con su madre, hacia una etapa donde se constituye como un individuo con existencia independiente y autónoma. Exponiéndolo en tres fases:

La dependencia absoluta: (primeros 6 meses de vida).

Pudiéndose caracterizar a la misma como el momento de mayor expresión del cuidado materno y sostenimiento.

“La criatura, término que se refiere al niño que todavía no habla (infans), siendo la infancia la fase anterior a la imagen mental de las palabras y al empleo de los símbolos verbales,¹⁵ se halla fusionada con la madre y de esta manera, la madre se identifica totalmente con su hijo, lo que el autor describe como estado de fusión. Y así puede comprender las necesidades del niño y adelantarse a estas para satisfacerlas, produciendo en el niño la ilusión de la posesión del pecho materno.

... “El momento del sostenimiento, no sólo se da como el hecho físico de sostener a la criatura en brazos, sino que incluye también al conjunto de condiciones

¹⁵ Winnicott. D. El proceso de maduración en el niño. Edit. Laia. Barcelona. 1965. Pág. 48.

ambientales y constituye una forma de amar de la madre hacia su hijo"...¹⁶ Sin embargo, se produce un cambio al llegar al final de esta fusión. Tan pronto la madre y la criatura se encuentren separadas, en la madre deberá producirse un cambio de actitud. Es como si se diese cuenta de que la criatura ya no cuenta con la condición en la que se produce una comprensión casi mágica de sus necesidades. Es así como la misma madre gradualmente deberá "desilusionar progresivamente al niño" lo que propiciará, según el autor, un espacio donde se producirán los fenómenos transicionales, comenzando a partir de los 8-9 meses de edad aproximadamente.

Una nueva etapa evolutiva la representa la capacidad para las relaciones objetales, en ella la criatura pasa de la fusión a una relación con un objeto percibido objetivamente. Se produce una separación con la madre posibilitando una relación con ella como unidad independiente. Esta evolución se podrá apreciar en la fase de:

Etapas de dependencia relativa: (6 meses – 2 años).

La criatura comienza a ser conciente de su necesidad por los cuidados maternos, por lo tanto, se instala la angustia como registro de lo que le produce la separación. Se posibilita así hacer referencia al concepto de "convivencia", relación tridimensional que coincide en parte con las experiencias instintivas que con el tiempo determinarán las relaciones objetales con la madre y el padre. El término entraña relaciones objetales y la salida de la niño del estado de fusión con la madre y la percepción de los objetos como externos a sí mismo. Dicho de otro modo, al finalizar la fusión, cuando la criatura se ha separado de la madre, uno de los rasgos de esta nueva situación es que el niño tiene que dar una señal como una forma de manifestar sus deseos. Por último este proceso da paso al niño a la etapa de la independencia, donde él mismo crea medios que le permiten prescindir de un cuidado ajeno real y logra conseguirlo mediante la acumulación de recuerdos del cuidado recibido, con el desarrollo de confianza en el medio ambiente.

... " El niño pequeño y el cuidado materno forman conjuntamente una unidad y ambos se separan y disocian cuando el desarrollo sigue sus cauces de la normalidad. La normalidad que significa tantas cosas, en cierto modo quiere decir la separación del cuidado materno efectuada por algo que entonces denominamos "criatura" o "comienzos de un niño en crecimiento"..¹⁷

Hochmann llama a este proceso "*proceso de personación*", desde donde la relación feto – madre puede considerarse una relación de extrema fusión y desde este momento todos los hitos provocadores de saltos cualitativos en el mismo serán tendientes a romper con este equilibrio fusional.

¹⁶ Op. Cit. Winnicott. Pág. 56.

¹⁷ Op. Cit. Winnicott. Pág. 56.

“Desde el nacimiento, el niño se encuentra en un estado de extrema dependencia tanto biológica como psicológica”..... “La relación fusional constituye un dominio en el que florece la objetividad, lo que no se puede simbolizar, lo parcial. Esta relación que se establece por medio del llanto, la deglución, el seno o la mamadera, las deposiciones o la orina, y no por la mediación totalizante de la palabra, es efectivamente muy parcial, y es así como sin esta proximidad, la relación madre – hijo se marchita”... ¹⁸

La relación fusional madre hijo, evoluciona poco a poco, donde el niño adquiere una personalidad mas autónoma , recíprocamente la madre se desprende de él. ...“Al intercambio elemental: sonrisa, caricia, succión – leche, le suceden intercambios mas diferenciados”... “El niño progresivamente entiende a su madre y esta comienza a entender el lenguaje infraverbal de su hijo”...¹⁹

El niño utiliza, por ejemplo el juego de “esconder – encontrar algo” como una forma mágica de dominar la angustia de la separación, porque así, lo que desaparece no está perdido para siempre y puede volver de un momento a otro.

Hacia el octavo mes, como refiere **Spitz**, la relación madre - hijo adquiere estabilidad y puede sobrevivir a la separación momentánea, instalándose este momento como modo de restauración. ... “La imagen que el niño tiene de su madre, y la que la madre tiene de su hijo están entonces suficientemente internalizadas como para tener un alejamiento temporario”...²⁰

Según **Spitz**: ... “ Habiendo adquirido la locomoción, el infante se esfuerza para alcanzar la autonomía y logra salirse del alcance materno. La madre estaba en libertad para satisfacer o no las necesidades del infante, ahora esta forzada a frenar y a bajar las iniciativas del niño”...²¹, así el canturreo es sustituido por la prohibición. Cada “no” de la madre representa una frustración emocional para el niño. En la edad que el infante empieza a comprender las prohibiciones de la madre, ha sufrido una metamorfosis en otro sector de su personalidad. Empieza a sentir ansias de actividad que reemplaza a la pasividad sin resistirse. La adquisición del signo de la negación y de la palabra “no” es el indicador de la instauración del tercer organizador. Hacia los 15 meses, la intención de fusión en la relación madre – hijo es derrotada definitivamente, ya que en este momento el niño empieza a hablar, y por medio del lenguaje se afirma resueltamente, como diferente de su madre “... la persona se constituye en la negación de la simbiosis...”

¹⁸ Hochmann, J. Hacia una Psiquiatría comunitaria. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1971. Pág 33.

¹⁹ Op. Cit. Hochmann. Pág. 34.

²⁰ Op. Cit. Hochmann. Pág. 34

²¹ Spitz, R. El Primer año de vida del niño. Fondo de Cultura económica. México- Argentina. 1965. Pág. 109.

...“Al decir “no” el niño se afirma como resueltamente distinto de su madre, y recíprocamente al decir “no” la madre frustra su deseo y corta de nuevo el cordón umbilical.” ²²

Hochmann concluye en que la diferencia surge con el lenguaje y por medio de él. “...toda palabra, es en esencia, la negación agresiva de una fusión. Hablamos porque somos diferentes, pero actualizamos esta diferencia por el hecho del habla. Al mismo tiempo, el lenguaje, que es consecuencia de esta separación, se vuelve significativo de ella”... ²³

El simple hecho de querer hablar; comunicar, demuestra con claridad la autonomía. La forma en que el niño suplanta y acompaña señales y gestos por palabras, es su forma de dar a conocer a los otros sus deseos y sentimientos.

En los primeros años de vida, la madre o sustituto materno es el mediador humano más significativo entre la familia y el mundo que lo rodea. Por lo tanto, la cantidad y calidad de afecto y estímulos que el niño reciba en esta etapa se verá reflejada en la seguridad y capacidad que este tendrá para continuar el proceso de exploración e investigación de nuevos ambientes, situaciones y relaciones a lo largo de toda su vida. ²⁴

En un comienzo es la misma madre o sustituto quien constituye el medio ambiente posibilitador, para lograr esto necesita apoyo, el cual está constituido por la familia, (ámbito social más inmediato), es la que provee así la posibilidad de madurar, y esto depende de condiciones que tienen que ver con aspectos vinculares “... el vínculo es la expresión psíquica de las relaciones que suceden cotidianamente dentro de la familia...” ²⁵; por lo tanto, es el ámbito por excelencia donde el niño intrincará su proceso de humanización y socialización, herramientas indispensables para el desarrollo de su personalidad y futuras relaciones vinculares externas al núcleo familiar primario.

...“La familia teje una *trama - red* que sostiene vínculos connotados emocional y afectivamente. La trama familiar complementa el aparato psíquico a través de la instalación del vínculo temprano y de esta manera funciona como metabolizadora de lo emocional.

El grupo familiar desempeña cuatro funciones elementales:

- * *Matricial:* sostenedora –nutriente – madurante.

²² Op. Cit. Hochmann. Pág. 35.

²³ Op. Cit., Hochmann Pág. 35.

²⁴ Comisión intersectorial para la promoción del desarrollo psicosocial de la infancia, documento marco. 1996

²⁵ Pérez, Aurora. Grupo familiar matriz del psiquismo. Material de cátedra: Psicología evolutiva. Pág.13

* Humanizante: metabolizadora – emocional, posibilitando el desarrollo del potencial del niño.

* De individuación: provee al sujeto de diversos procesos de identificación.

* De socialización: inscribiendo en lo mental, los modelos de interrelación en lo microsocial, para luego trasladarlos al intercambio macrosocial.”²⁶

De esta manera, podría pensarse la socialización infantil como un proceso dialéctico, en el que, tanto el niño como el entorno contribuyen a su desarrollo.

“...El niño va construyendo su propia representación del mundo social, un mundo que termina al principio en sí mismo y en su familia, pero que se va ampliando progresivamente a las instituciones sociales” ...²⁷

²⁶ Pérez, Aurora. Grupo familiar matriz del psiquismo. Material de cátedra: Psicología evolutiva. Pág. 19.

²⁷ Palacios, J; Marchesi, A y Carretero, M. Compiladores. Psicología evolutiva..Tomo 2. Desarrollo cognitivo y social del niño. Alianza Editorial. 1ª edición .1984. Pág. 319-320.

La adquisición y desarrollo del Lenguaje

El lenguaje de los niños es complejo, productivo, creativo y esta gobernado por reglas. Es utilizado para comunicarse, como así también para comprender el mundo que los rodea.

El desarrollo del lenguaje presenta una secuencia determinada:²⁸

Habla prelingüística:

Antes de que un niño diga su primera palabra, atraviesa las seis o tal vez siete etapas siguientes:

1- Llanto indiferenciado. "Sin lenguaje pero con un llanto", los niños llegan al mundo. El llanto temprano es una reacción refleja al ambiente producida por la espiración.

2- Llanto diferenciado. Después del primer mes de vida, el oyente más próximo a menudo puede discriminar diferencias en los llantos de un niño y puede identificar sus causas.

3- Arrullos. Aproximadamente a las seis semanas, los movimientos al azar de los mecanismos del niño producen distintos sonidos simples denominados arrullos. Estos chillidos, gorgoteos y balidos suelen ser emitidos cuando el niño está feliz. Los primeros sonidos son vocales y la primera consonante es la "j".

4- Balbuceo. Estas gimnasias vocales comienzan aproximadamente a los tres o cuatro meses, cuando el niño repite jugando distintos sonidos. Nuevamente es más probable que el niño balbucee cuando está contento y cuando está solo. Cuando está en la cuna o en la sillita, el niño locuazmente y muchas veces ruidosamente expresa distintos sonidos consonantes y vocales simples: "ma-ma-ma-ma", "da-da-da-da", etc. Aunque la mayoría de los niños balbucean, algunos parecen saltar esta etapa.

5- Lalación o imitación imperfecta. En algún momento durante la segunda mitad del primer año, el niño parece volverse más consciente de los sonidos que lo rodean. Se quedará quieto mientras escucha algún sonido. Cuando éste cesa, balbucea con excitación, repitiendo accidentalmente los sonidos y las sílabas oídas. Entonces el niño imita sus propios sonidos.

6- Ecolalia o imitación de los sonidos de los otros. Aproximadamente a los nueve o diez meses, el niño parece imitar conscientemente los sonidos que emiten los otros, aún cuando no los comprende.

²⁸ Willard/Spackman. Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. Octava edición. España. 1998. Pág. 117.

7- Jerga expresiva. Durante el segundo año, muchos niños utilizan una jerga expresiva. Este término, acuñado por Gesell, se refiere a una serie de expresiones que suenan como oraciones, con pausas, inflexiones y ritmos. Sin embargo, el habla todavía no se expresa verbalmente con una base coherente.

Habla lingüística

1- Oración de una palabra (holofrase). Aproximadamente al año, el niño señala una galleta, un juguete, un chupete y dice "eso". Los padres interpretan la orden como "Dame eso" o "Quiero eso". Su única palabra expresa así un pensamiento completo, aun cuando quienes lo escuchan no siempre pueden adivinar cuál puede ser ese pensamiento completo.

2- Oración con múltiples palabras. En algún momento alrededor de los dos años, un niño reúne dos o más palabras para formar una oración.

El niño puede desarrollar una combinación de sonidos que significan algo para él pero no necesariamente pueden ser comprendidos por quienes lo escuchan. Habitualmente este estilo de comunicación ocurre en el momento en el que el niño está aprendiendo los sustantivos. Los sonidos o las sílabas están unidos a los sustantivos recién aprendidos.

Las primeras oraciones con múltiples palabras son combinaciones de sustantivos y verbos. Esta es un habla telegráfica, contiene sólo algunas palabras que transmiten un significado.

3- Sonidos verbales gramaticalmente correctos. Aproximadamente a los tres años, el niño tiene una carga muy importante de lenguaje. Tiene un vocabulario de alrededor de novecientas palabras, habla con oraciones más largas que incluyen todas las partes del habla y conoce bien los principios gramaticales.

El desarrollo cognitivo y comunicativo debe conformarse como contexto previo a la adquisición del lenguaje. Por otra parte, aprender el lenguaje implica también el aprendizaje de su uso, que se realiza en contextos de interacción social con los adultos.²⁹

Para que el niño adquiera las etapas mencionadas anteriormente en las edades y momentos evolutivos correspondientes a su edad cronológica y desarrolle su lenguaje, debe tener desde su nacimiento por una parte un ambiente facilitador y por otra parte, estructuras neuromotrices, sensoriales y mentales sin alteraciones y conservarlas a lo largo de su desarrollo.

²⁹ Palacios, J; Marchesi, A y Carretero. Compiladores. Psicología evolutiva. Tomo 2. Desarrollo cognitivo y social del niño. Alianza Editorial. 1ª edición, 1984. Pág. 103.

La comunicación humana tiene dos soportes fundamentales, por un lado la indefensión con la que el niño viene al mundo lo posiciona en un lugar en el que está obligado a demandar atención para que sus deseos y necesidades sean satisfechos y, por otro lado, la estructuración progresiva de un sistema de comunicación que consiste básicamente en un intercambio posterior de palabras.

En las primeras etapas desde su nacimiento el niño hace manifiesto sus deseos de comunicarse con el adulto; en la medida en que los procesos de maduración, crecimiento y desarrollo se lo permitan, experimentará todo tipo de nuevos soportes para sus demandas, éstos tendrán su origen en diferentes formas de vincularse con el adulto, como ser, la comunicación visual, la comunicación verbal, la comunicación gestual, el contacto corporal y la interacción emocional.

El tipo de vínculo que se establezca entre el adulto y el niño y las características del mismo, se relacionarán directamente con el proceso de adquisición y desarrollo posterior de su lenguaje. Siendo los estímulos que recibe de las personas y del ambiente que lo rodea, lo suficientemente correctos y adecuados, los que harán posible que el niño por imitación o identificación con los adultos avance gradualmente hacia un tipo de comunicación más compleja: la comunicación verbal, sostenida por el lenguaje.

Es así como, en el desarrollo progresivo del lenguaje, las etapas previas en el proceso de comunicación como la comunicación no verbal, (sonrisa, llanto, grito, etc.) y la comunicación preverbal (imitación de sonidos, balbuceo, etc.) deberán evolucionar hacia formas más estructuradas.

En este proceso progresivo, el desarrollo del lenguaje está ligado íntimamente a la *afectividad*, es así como el grupo familiar primario estableciendo relaciones afectivas positivas permitirá un desarrollo armónico e integral, contrariamente si éstas relaciones se ven sustancialmente alteradas, es muy probable que el desarrollo presente problemas o sufra retrasos; en el área del lenguaje específicamente, los problemas son poco evidentes en el curso del primer año de vida, pero se harán evidentes en etapas posteriores.

Existen diferentes factores que pueden interferir en el proceso de adquisición del lenguaje pudiendo manifestarse como signos de alarma (tardía adquisición, no adquirirse, no presentar deseos de comunicación, etc.). Estos factores pueden ser:

- **Factores auditivos.** Es indispensable una buena audición para una buena recepción del mensaje hablado. La ausencia de aparición del balbuceo y del lenguaje a una edad determinada deberá sistemáticamente hacer presumir una sordera importante e investigarla. Toda patología del oído que conlleve una pérdida auditiva bilateral duradera puede tener repercusiones en la iniciación y el desarrollo

de balbuceo y del lenguaje (mala percepción de los fonemas, imprecisiones articulatorias, lentitud de asimilación, etc.).

- **Factores morfológicos.** La integridad morfológica y funcional de la esfera oro facial es indispensable para un buen desarrollo de la palabra y del lenguaje.

- **Factores visuales.** Ver bien es fundamental para la organización de la comunicación. Las miradas recíprocas desencadenan y mantienen la comunicación. Las expresiones del rostro y los gestos acompañan naturalmente al lenguaje.

- **Factores neurológicos y cognoscitivos.** Una integridad neurológica y las suficientes capacidades intelectuales son indispensables para el desarrollo del lenguaje.

- **Factores ligados a la calidad de las interacciones padre-hijo.** El niño se comunica antes de saber hablar (mímica, sonrisas, voz, lloros). Esta aptitud es particularmente importante en la medida en que prefigura la función social del lenguaje.

Lenguaje e Inteligencia

Las relaciones entre el pensamiento y el lenguaje son las más importantes en la vida psíquica del lactante. El desarrollo del lenguaje es lento y progresivo durante la lactancia, el bebé tarda un año aproximadamente para pronunciar sus primeras palabras, es a partir de este momento cuando la relación entre el desarrollo del lenguaje y la inteligencia comienza a evidenciarse, el lactante realizará a partir de este momento constantes adquisiciones.

“La inteligencia humana es una totalización de procesos muy complejos que constituyen la forma característica del pensamiento.

Estos procesos son :

- Capacidad de razonamiento lógico.
- Capacidad de formular valoraciones y juicios.
- Capacidad de autocorrección y autocrítica.
- Capacidad de elegir una meta seleccionando los medios adecuados para alcanzarlos.

El uso de tales capacidades implica prácticamente todas las demás funciones neuropsíquicas, como la actividad sensorial, motricidad, aprendizaje, memoria a corto y largo plazo, **lenguaje**, motivación, reactivación de experiencias pasadas, factores genéticos y funcionamiento adecuado del Sistema Nervioso.”³⁰

El lenguaje es uno de los elementos integrados en la inteligencia, pero de modo especial, dado que, durante su desarrollo especialmente la palabra, es el vehículo que permite estructurar el pensamiento, es el soporte material del mismo.

Las palabras y las cosas mantienen una relación mutuamente excluyente. Al entrar en el mundo del lenguaje el niño deja de necesitar la presencia de las cosas reales. Es en este momento cuando progresivamente se instala el proceso de simbolización , siendo las palabras los representantes mentales de las cosas. El bebé accede al lenguaje al mismo tiempo en que su capacidad simbólica comienza a funcionar. Es de esta forma como comienza su proceso de separación de las cosas, fundamentalmente de la madre, siendo capaz de evocarlas y posteriormente nombrarlas.³¹

El lenguaje se instaure, imperceptiblemente como el mejor soporte y motor de la función simbólica y en consecuencia del desarrollo de la inteligencia.³²

³⁰ Pedagogía y Psicología Infantil. Biblioteca Práctica para padres y educadores. El Lactante. Edit. Cultural . Madrid. España. 1994. Pág. 144.

³¹ Op. Cit. Pedagogía y Psicología Infantil. Pág. 158

³² Op. Cit. Pedagogía y Psicología Infantil. Pág. 145.

La adquisición del lenguaje en los niños y el contexto familiar

En las primeras etapas luego del nacimiento el niño establece una relación afectiva en primera instancia con la madre, conocida con el nombre de *apego o vínculo primario* y posteriormente con los demás integrantes de la familia. Este vínculo se caracteriza en esta etapa de indefensión del niño, por la búsqueda de la proximidad con el adulto para conseguir protección, de esta forma comienzan a establecerse las primeras relaciones emocionales y afectivas intensas que serán el basamento fundamental para el desarrollo cognitivo, social y lingüístico del niño.

Estas relaciones emocionales y afectivas son sobre las que se desarrollará y evolucionará lo que Racamier conceptualiza como **“proceso de personación”**, siendo éste la evolución que concluye en el “sentido de la persona propia y la del otro”, es decir, la diferenciación del otro.³³

Durante este proceso, el niño evoluciona progresivamente hacia la independencia, separándose del estado de total fusión que mantiene con su madre desde el nacimiento, hasta constituirse como un ser diferente.

En el crecimiento y desarrollo el niño atraviesa por diferentes etapas, siendo algunos meses más significativos que otros en relación a las conductas y logros que va adquiriendo. Es así como, en el decimoquinto mes, después de diversos intentos de fusión y separación con su madre, esta relación fusional sufre una nueva derrota y definitiva. Es en este momento donde según Hochmann,... “el niño empieza a hablar, y por medio del lenguaje se afirma, resueltamente, como diferente a su madre. La persona se constituye en la negación de la simbiosis; se llega a ella venciendo las tendencias que impulsan a la fusión.” Continúa diciendo... “La diferencia surge en el lenguaje y por medio de él. Toda palabra es en esencia, la negación agresiva de una fusión. Es indudable que si estuviésemos perfectamente fusionados unos con otros, si fuéramos sensibles a todos los movimientos íntimos del otro, no experimentaríamos necesidad alguna de comunicarnos. **Hablamos porque somos diferentes pero actualizamos esa diferencia por el hecho del habla**” .³⁴

Las relaciones interpersonales, especialmente en esta etapa, entre los miembros de la familia constituyen para el niño el basamento fundamental sobre el que se producirá su desarrollo integral. El niño interactúa con las personas que lo rodean, a través del intercambio de gestos, objetos, demandando sus necesidades etc., pero fundamentalmente, en ésta etapa evolutiva, a través de las palabras.

³³ Hochmann. Hacia una Psiquiatría Comunitaria. Edit. Amorróstu. 1971. Pág. 31

³⁴ Op. Cit. Hochmann. Pág. 35.

Diferentes autores establecen relaciones posibles entre la adquisición del lenguaje y el medio social en el que este inmerso el niño. Uno de estos autores es M. Siguán, éste resalta el carácter social del lenguaje señalando que: ... “ el lenguaje tiene una naturaleza social, y esto debe entenderse de una doble manera, significando en primer lugar que el lenguaje es producto de una sociedad y expresión de una cultura pero significando también que el lenguaje se adquiere en la comunicación y el dialogo con los demás”, continúa diciendo; “...la adquisición del lenguaje por el niño representa un salto cualitativo en su desarrollo. Con el lenguaje el niño adquiere una serie de productos sociales y culturales y un instrumento de la realidad y de sí mismo.”³⁵

Por su parte los autores Clemente, R. A y Villanueva, L.; también enfatizan la importancia de la existencia de un ambiente facilitador para la adquisición del lenguaje y su posterior desarrollo; enunciando que: “...hablar forma parte de comportamientos más generales de carácter sociointeractivo y consideraría al medio familiar como el ambiente estimulador capaz de transformar los ritmos biológicos innatos del recién nacido en comportamientos cognitivos, afectivos y sociales.”³⁶

Estos enunciados teóricos corresponden a las denominadas posturas interaccionistas y constructivistas que reconocen componentes innatos generales para la adquisición del lenguaje en los niños, poniendo el acento en el ambiente sociocultural, específicamente la familia, como elementos necesarios para que la adquisición lingüística se produzca.

Contrariamente, se encuentran los enfoques teóricos innatistas que señalan como componentes necesarios a las “capacidades innatas” en el recién nacido para hablar y comunicarse con los demás y la existencia de la “preprogramación” de la especie humana para estos comportamientos; estos constructos teóricos no consideran al ambiente familiar y la interacción del niño con los integrantes de la familia, como componentes necesarios e importantes para la adquisición lingüística.

Adhiriendo a la postura desde ésta investigación de los enunciados teóricos que corresponden a las posiciones interaccionistas y constructivistas, es que sostenemos que no debiera hacerse una separación entre los componentes innatos y el entorno social en el que se encuentra el niño.

Para lograr la adquisición de diferentes conductas que van a posibilitar su

³⁵ Siguán, M. El Lenguaje Interior, en Actividad de Lev, S. Vigotski. Edit. Anthropos, Barcelona 1987. Pág. 136.

³⁶ Clemente, R. A., Villanueva, L. Revista de Neurología. Actualizaciones en neuropsiquiatría y neuropsicología infantil. Año 1999;28 (supl. 2): S100-S105. Pág. 100.

desarrollo posterior armónico e integral; es necesaria la participación e interacción de los componentes biológicos innatos, lo adquirido y el entorno del que el niño forma parte con sus características particulares.

Sostienen Clemente y Villanueva; ... “ el niño no nace capaz de hablar” sino que la interacción con el adulto poco a poco va consiguiendo “hacerle capaz de hablar” a partir de las organizaciones biológicas innatas generales que permiten la supervivencia, entre estas organizaciones se encuentran la emocionalidad innata necesaria para la comunicación (por ej. la expresión de la sonrisa y del llanto), la percepción de estímulos del medio y la preferencia por los estímulos sociales (voces humanas, aspecto indefenso que propicia el contacto corporal)”.³⁷

Para la adquisición del lenguaje es necesario, como se señala anteriormente, por parte del niño cierto nivel sociocognitivo y por parte del adulto la posibilidad de responder a las demandas físicas y emocionales del niño.

Para comprender el proceso de adquisición definitivo, no es posible dejar de lado la influencia del factor emotivo; siendo el lenguaje un medio de expresión y comunicación que está supeditado a la existencia de un intercambio afectivo previo. Este es posible, sólo a partir de la instalación del vínculo como ámbito de interacción e intercambio.

El adulto unido afectivamente al niño y responsable de su crecimiento y desarrollo, forma parte indiscutiblemente de los procesos de adquisición del lenguaje, y a través de esto, tiene una función mucho más importante: **la socialización y humanización del niño.**

La estimulación que procede del medio familiar es determinante a la hora de hacer posible la evolución del lenguaje en el niño. Los adultos deben contribuir a la maduración de la función verbal del niño considerando diferentes aspectos, enseñándole a pronunciar y a utilizar correctamente las palabras, completar frases gramaticales, incentivar a la imitación y su repetición de la palabras emitidas por los adultos, etc.

Las primeras palabras acostumbran a acompañarse de gestos adecuados incorporados en etapas anteriores que continúan siendo una parte importante del sistema comunicativo infantil. Sin embargo, una vez que el niño aprende a etiquetar la realidad, los gestos comienzan a ser sustituidos y, sin desaparecer, tienden a ocupar la función de apoyo al principal vehículo comunicativo que es el lenguaje, completándose el paso del gesto a la palabra.³⁸

³⁷ Op. Cit. Clemente, R. A., Villanueva, L.. Pág. 100.

³⁸ Op. Cit. Palacios, J; Marchesi, A y Carretero, M. Pág. 103.

El niño pequeño, cuya comprensión es con frecuencia mayor que sus capacidades verbales, generalmente utiliza la gesticulación para hacerse entender. El adulto debe verbalizar el objeto, deseo o situación que el niño sólo ha podido indicar, hay que estimular al niño para que adquiera el habla en lugar de que continúe expresando de otro modo sus deseos y necesidades.

Según Palacios y Carretero "...el niño de 12- 14 meses tiene ya elaborados los procedimientos gestuales más eficaces para compartir la atención con otra persona sobre el mundo exterior, iniciando el paso de incorporar palabras a los procedimientos...."³⁹

Esto debe ser tenido en cuenta de manera tal que no debe ser sobrevalorada la comunicación gestual, el gesto debe ayudar a la comprensión pero nunca sustituir a la palabra.

La adquisición del lenguaje conforma la incorporación por parte del niño de uno de los instrumentos culturales más preciados. Una vez adquirido, el niño tiene en sus manos una potente herramienta de conocimiento y transformación de la realidad.

³⁹ Op. Cit. Palacios, J., Marchesi, A. y Carretero, M. Pág. 98.

BIBLIOGRAFÍA

- Bras, J. De la Flor J. E, Masvidal, R. M. **Pediatría en atención primaria**. Ed. Springer – Verlag Ibérica. Barcelona 1997.
- Belinchon, M. Y otros. **Psicología del lenguaje. Investigación y teoría**. Edit. Trotta. España 1992.
- Clemente, R. A., Villanueva, L. Revista de Neurología. **Actualizaciones en neuropediatría y neuropsicología infantil**. Año 1999;28 (supl. 2): S100-S105.
- Coriat, L. Jerusalinsky, A. **Cuadernos del desarrollo infantil**. Centro Doctora Lidia Coriat. Buenos Aires. Argentina.
- Cusminsky, M; Lejarraga, H. y Cols. **Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño**. OPS. OMS. Serie Paltex N° 8. 1986.
- Gassier, J. **Manual del Desarrollo Psicomotor del Niño**. Edit. Toray-Masson. 1983.
- Hochmann. **Hacia una Psiquiatría Comunitaria**. Ed. Amorrostu.1971.
- Huberman , C. y otros. **Observación de lactantes**. Signos de alarma en el primer año de vida. Edit. Kargieman. Buenos Aires. 1997.
- Knobel, M. **Psiquiatría Infantil. Psicodinámica**. Editorial Paidós. 1977.
- Medellín, G., Tascon, E.. **Atención Primaria en salud, crecimiento y desarrollo del Ser Humano**. Tomo I . Nacimiento a edad preescolar. O.P.S. 1995
- Morano, J. **Pediatría**. Edit. Atlanta. 1ª Edición. Tomo 1. 1991.
- Palacios , J; Marchesi, A y Carretero, M. Compiladores. **Psicología evolutiva. Desarrollo cognitivo y social del niño**. Tomo 2. Alianza Editorial.1ª edición 1984.
- Pedagogía y Psicología Infantil. Biblioteca Práctica para padres y educadores. **El Lactante**. Edit. Cultural . Madrid. España. 1994.
- Siguán, M. **El lenguaje interior, en Actividad de Lev, S. Vigotski**. Edit. Anthropos, Barcelona 1987.
- Soifer, R. **Psiquiatría Infantil Operativa**. Tomo I. Edit. Kargieman. Bs. As. 1986.
- Vigotsky, L. **Pensamiento y lenguaje**. Edit. Lautaro . Argentina. 1964.
- Willard – Spackman. **Terapia Ocupacional**. 8ª edición. Edit. Medica Panamericana. España .1998.

- Winnicott, D. **Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.**

Edit. Piados. 1ª edición. Buenos Aires. 1993.

FACTORES DE RIESGO

La población en la que se llevó a cabo nuestra investigación es considerada como **Grupo de riesgo**, considerando como tal a los grupos o comunidades que son vulnerables a las enfermedades, discapacidades y demás procesos que puedan afectar su salud. Esta vulnerabilidad está dada por diferentes factores particulares que presenta ésta población; como ser: viviendas precarias, elevados índices de desnutrición, dificultades para acceder a los centros de salud especializados, etc.

Estos factores son denominados **factores de riesgo**, que afectan en este caso a los niños, quienes sólo por su condición de niños, constituyen un grupo de riesgo; pudiendo ser propios de su constitución biológica, de su entorno o de ambos.

Se entiende por **Factor de Riesgo** a “cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento de la posibilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.”⁴⁰

Según John Last, “el término riesgo se usa con tres connotaciones distintas:

- a) un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad, este atributo no necesariamente constituye un factor causal;
- b) un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico;
- c) un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud, para evitar confusión, esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificable.”⁴¹

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

Pueden ser aquellos que caractericen al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente.

Los factores de riesgo pueden clasificarse en :⁴²

- ❖ **Biológicos:** ciertos grupos de edad, bajo peso al nacer, edad gestacional, etc.
- ❖ **Ambientales:** abastecimiento deficiente de agua, falta adecuada de sistemas de disposición de excretas, etc.

⁴⁰ O.P.S. Manual sobre el enfoque de riesgo en la salud maternoinfantil. Serie Paltex N° 7 .1986. Pág13.

⁴¹ Op. Cit., O.P.S. Pág. 13.

⁴² Op. Cit. O.P.S. Pág. 13.

❖ **De comportamiento:** fumar, prolongación en el tiempo de hábitos inadecuados como uso del chupete y mamadera, etc.

❖ **Relacionados con la atención de la salud:** baja calidad de la atención, cobertura insuficiente.

❖ **Sociales- culturales:** nivel de instrucción.

❖ **Económicos:** ocupación laboral, ingresos.

❖ **Vinculares:** características de las relaciones interpersonales: comunicación visual, comunicación verbal, comunicación gestual, contacto corporal, interacción emocional.

El Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Maternoinfantil señala que: ... “la importancia o valor del factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de asociación con el daño a la salud, y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.”⁴³

Siendo la población infantil el núcleo central de nuestra investigación, debemos señalar que el proceso de desarrollo de los niños puede verse afectado o influenciado por su exposición a diversos factores de riesgo.

Por lo tanto, entendemos por *factor de riesgo del desarrollo* a: “ la situación conocida que ha vivido o vive un niño que puede causar o condicionar un desarrollo anómalo.”⁴⁴

Su conocimiento nos permite estar más atentos al desarrollo de estos niños, y hacer un seguimiento más completo y frecuente.

Algunos de los factores de riesgo que afectan el desarrollo de los niños pueden ser:

- **Factores de riesgo biológicos:** hacen referencia a situaciones genéticamente determinadas o no, que pueden haber provocado una lesión de SNC o de otros tejidos que pueden impedir un desarrollo normal.

- **Factores de riesgo psico-sociales o ambientales:** hacen referencia a situaciones del entorno del niño no adecuados o adversos para un desarrollo normal del pequeño.

Algunos ejemplos de estos factores pueden ser: familia en situación de pobreza, progenitor adolescente (familia prematura), progenitor con trastorno emocional (drogadicción, enfermedades depresivas), presencia de signos que hacen pensar en desinterés de la madre o padre en el cuidado del niño (nutrición y/o higiene

⁴³ Op. Cit., O.P.S. Pág.15.

⁴⁴ Bras, J. y otros. Pediatría en atención primaria. Cap. XII y XIII. Ed Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1997.

deficiente, falta de controles médicos, signos de maltrato físico, comentarios negativos repetidos sobre el niño, anomalías en la interacción afectiva entre progenitor y niño, etc.).

Por su parte Piaget describe cuatro factores que afectan el desarrollo de los niños:⁴⁵

- Factores hereditarios.
- Factores de acción del ambiente físico.
- Factores de acción del ambiente social.
- Factores de equilibrio que gobiernan particularmente las interacciones de

los tres anteriores y favorecen la adaptación del individuo.

Según Bras y otros; además de los factores de riesgo detectables y observables de una población; pueden detectarse a través de la observación, y posterior evaluación de los niños **signos de alerta** en su desarrollo psicomotor; entendiéndose a éstos como: “ la situación encontrada en un niño que hace prever que pueda tener en aquel momento o en el futuro un desarrollo anómalo o con retraso.”⁴⁶

Los signos de alerta en el plano emocional y de la relación interpersonal, tienen que ver con la conducta del niño , de su entorno y de su relación con éste.

Algunos de estos signos pueden ser:

- pasividad excesiva o hiperquinesia;
- conductas repetitivas como estereotipias motoras;
- trastornos en la atención hacia el entorno;
- incapacidad para hacer un juego adecuado a su edad;
- trastornos del lenguaje como ser : mutismo, expresiones inadecuadas al

contexto.

- falta de interacción visual madre – hijo ; excesivo, escaso o nulo contacto corporal (teniendo en cuenta la edad cronológica), conductas agresivas tanto de la madre como del niño, etc.

Signos de alerta a los 15 meses:⁴⁷

- no pasa por sí solo de decúbito supino o prono a sentado,
- no realiza marcha tomado de los muebles,
- no hace la pinza digital superior,
- falta de comprensión de algunas palabras, consignas simples,
- no colabora con el vestido,

⁴⁵ Cusminsky, M. Lejarraga, H. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. O. P. S - O. M. S. Serie Paltex N° 8. Pág. 54-55.

⁴⁶ Op. Cit. Bras, J. y otros Pág. 88

⁴⁷ Op. Cit. Bras, J. y otros. Pág. 90

- angustia de separación: imposibilidad de separarse de la madre, (apego excesivo),
- no realiza demandas gestuales claras al adulto,
- ausencia de lenguaje o inadecuado: habla poco, sílabas solamente, ecolalia.
- persistencia de hábitos inadecuados para la edad cronológica: uso prolongado de mamadera y chupete, co-habitación, cantidad excesiva de horas de sueños, excesiva alimentación materna que sustituye lo sólido, tardía incorporación de los diferentes elementos (taza, vaso) etc.

La identificación y la posterior intervención sobre los factores de riesgo que amenazan el desarrollo armónico de los niños es una tarea ardua; pero sólo si se realiza un abordaje preventivo tendiente a disminuir los daños que éstos provocan, podremos brindar a los niños la posibilidad de desarrollar sus potencialidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Bras, J. De la Flor J. E, Masvidal, R. M. **Pediatría en atención primaria.** Ed. Springer – Verlag Ibérica. Barcelona. 1997
- Cusminsky, M; Lejarraga, H. y Cols. **Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño.** OPS. OMS. Serie Paltex N° 8. 1986.
- Organización Panamericana de la Salud. **Manual sobre el enfoque de riesgo en la salud maternoinfantil.** Serie Paltex N° 7. Washington, D.C. E.U.A.1986.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

En 1977 la 30ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los decenios siguientes debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Esta meta se conoce como “*Salud para todos en el año 2000*”.

El 12 de Septiembre de 1978, en Alma – Ata, los representantes de 134 naciones se reunieron con motivo de celebrarse la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada por la OMS y UNICEF, estos representantes formularon una declaración, en la que se insta a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo y a la comunidad mundial a que se adopten medidas para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo con la finalidad de poder llevar a cabo la política establecida por la OMS. Como resultado, se proclamó a la Atención Primaria de Salud como la estrategia a desarrollar para lograrlo, es decir “como un conjunto de líneas generales de acción necesarias en todos los sectores que han de contribuir a la aplicación de la política sanitaria”⁴⁸. Todo el sistema de salud esta incluido así como también toda la población a la que sirve ese sistema.

La atención primaria constituye una estrategia porque se propone resolver problemas mediante una manera determinada de reorganizar y reorientar los recursos del sector.⁴⁹

La Atención Primaria de Salud es definida como “ **la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación**”.⁵⁰

La APS es el primer elemento de asistencia sanitaria dentro de un sistema de salud general establecido en cada país. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, cuyo propósito es estar lo más cerca posible del lugar donde residen las personas.

La educación para la salud de los individuos y del conjunto de la población es una de las actividades que debe incluir la APS, también se encuentran dentro de éstas, “promover la disponibilidad de suministros suficientes de alimentos y una nutrición apropiada, asegurar un abastecimiento suficiente de agua potable y un

⁴⁸ Zurro, A. Manual de Atención Primaria. Organización y Pautas. Edit. Doyma. España 1986. Pág. 62.

⁴⁹ O.P.S. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie Pallex 7. 1986. Pág. 5.

⁵⁰ Hervia Rivas, P. Boletín del INN N° 224. Participación de la comunidad en APS. Julio-Diciembre 1985. Pág. 41-42.

saneamiento básico, prestar atención de salud materno infantil, incluida la planificación familiar, vacunar contra las principales infecciones y enfermedades y facilitar el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes, así como suministrar los medicamentos esenciales".⁵¹

Uno de los conceptos que está estrechamente ligado a la APS es la **promoción de la salud** definiéndose a ésta como: " 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." ⁵²

La comunidad, entendida como " un grupo humano concentrado o disperso, con asentamiento fijo o migratorio y con diversas formas de organización social"⁵³, presenta características sociales, económicas, culturales, etc., compartidas por todos sus miembros y que le son propias, ellos reconocen sus necesidades, son participes en muchos casos de la problemática actual del sistema de salud, este conocimiento y participación los hace responsables de su propio desarrollo, participar activamente en lugar de mantener una actitud receptora pasiva es parte de los componentes de la estrategia de APS.

Según la Declaración de Alma-Ata, la Atención Primaria de Salud debe concentrarse en los principales problemas sanitarios de la comunidad, comprendiendo cuando menos las siguientes actividades: ⁵⁴

- Educación sobre los principales problemas de salud y los métodos para su prevención y tratamiento.
- Promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.
- Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- Asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación familiar.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes.
- Suministro de medicamentos esenciales.

La Conferencia enfatiza sobre los factores que ocasionan el deterioro de la salud radicados en las condiciones de vida y el medio ambiente en general, especialmente los de la pobreza, la desigualdad social y la distribución desproporcionada de los recursos en función de las necesidades, a nivel regional y mundial.

⁵¹ O.P.S. Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica N° 557. Serie Paltex. 1996. Pág. 386-387.

⁵² Op. Cit. O.P.S. Pág. 384.

⁵³ Op. Cit. Zurro, A. Pág. 62.

⁵⁴ Morano, J. Tratado de Pediatría. 2ª Edic. Edit. Atlanta. Buenos Aires. 1997. Pág. 89.

La meta de “Salud Para Todos en el año 2000” reconoce la existencia de desigualdades en la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los diferentes grupos humanos que integran las sociedades.

Las evaluaciones de la meta establecida , se realizaron en el año 1985 la primera de ellas y en 1991 la segunda .

El 22 de septiembre de 1997 en Washington, Estados Unidos, se realizó la última evaluación de la estrategia antes del año 2000, ésta permitió a los Estados Miembros de la O.P.S evaluar entre otros aspectos la identificación de las áreas que requerían acciones prioritarias y de los elementos que obstaculizan y facilitan este progreso. Las principales conclusiones fueron:

- “En la actualidad **hay más pobres en América Latina y el Caribe que al inicio de la década de los ochenta**, presentándose una mayor concentración en las zonas urbanas.

- Las tendencias demográficas observadas en la región no alteran su curso y el descenso de la fecundidad, el envejecimiento y la urbanización de la población ha continuado incluso se ha acentuado, lo mismo que las **inequidades del interior de los países en lo socioeconómico y en lo demográfico**.

- A pesar de los avances en la ampliación de coberturas, existen serios problemas en la calidad y el abastecimiento del agua y en la eliminación de desechos sólidos.

- **Al mediar la década casi todos los países de la Región evolucionaron hacia modelos democráticos, pero con la persistencia de serios problemas de gobernabilidad.** Este movimiento produjo la necesidad de redefinir las relaciones entre los poderes públicos y la sociedad civil mediante la adaptación acelerada de reformas políticas y organizativas, denominadas reformas de estado.”⁵⁵

Estas conclusiones evidencian las grandes dificultades como el incremento de la pobreza, la inequidad social, y las dificultades de los sistemas de gobierno, que se deben afrontar para lograr la organización de un sistema de salud que brinde la atención adecuada y eficiente a la población .

Los países han designado una alta prioridad al cuidado de la mujer y de los niños menores de 5 años de edad. Las necesidades de financiamiento y de recursos han sido vistas como una limitación para mantener los programas de salud vigentes.

Con el transcurso de los años pudo observarse que los resultados negativos arrojados por las evaluaciones de la estrategia planteada se van incrementando.

⁵⁵ O.P.S. Comunicado de prensa. Hechos y Cifras. Septiembre 1997.

En la actualidad puede observarse en nuestro país que el acceso a los servicios de salud ha quedado restringido al alcance de quienes lo pueden pagar, para la gran mayoría de la población la asistencia sanitaria gratuita, el Derecho a la Salud esta condicionado, muchas son las causas, una de ellas, el aumento diario del número de personas que se encuentran por debajo del nivel de pobreza.

En el sistema sanitario prevalecen las acciones curativas, cuando las diversas patologías ya están instaladas y requieren tratamiento, la prevención y promoción de la salud no han quedado relegadas en forma total, en cada uno de los sectores se realizan actividades de prevención, pero existen serias dificultades que hacen que el concepto de Atención Primaria de Salud no pueda llevarse a cabo en su totalidad

Atención Primaria de Salud en la población maternoinfantil.

En la actualidad puede observarse que en los países en desarrollo hay sectores de la población que están siendo afectados intensamente por el incremento de la pobreza haciéndolos más vulnerables a las enfermedades que repercuten en todos los aspectos de la vida, las madres y los niños conforman los sectores más amplios gravemente afectados.

La OMS ha definido a la salud como “ un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁵⁶

El concepto de salud también puede definirse como “el mejor equilibrio que una persona puede tener, en una relación activa con su medio ambiente, en un momento determinado de su vida, en un país, una cultura y un momento histórico.”⁵⁷

Esta última definición de salud considera a las personas en equilibrio activo e interactuante con el mundo que las rodea.

El concepto de salud está estrechamente relacionado al concepto de calidad de vida. Para alcanzar un estado eficiente de calidad de vida, el sistema de salud está organizado para brindar prestaciones en diferentes niveles, atención primaria, atención secundaria y atención terciaria. Sin dudas la eficacia del nivel de atención primaria en la salud maternoinfantil es de suma importancia y se verá reflejado en el desarrollo posterior de quienes en la actualidad se encuentran más expuestos; los niños.

La promoción y protección de la salud así como el diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades son acciones que constituyen el núcleo de la atención primaria, teniendo como objetivo vigilar y favorecer el desarrollo integral de los niños.

Considerando que el logro de un estado saludable está condicionado por todo aquello que rodea a la persona, en este caso a los niños, a saber: la comunidad (grupo de pertenencia), contexto físico, situación económica, contexto socio-cultural (normas, valores, creencias), y fundamentalmente por la familia, cualquier alteración o defecto en la interacción de cada una de éstos factores intervinientes produce un desequilibrio en el estado de salud de los mismos.

La elaboración de planes, proyectos y la ejecución de diferentes tareas en pos de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, dirigidas para el abordaje

⁵⁶ Op. Cit. O.P.S. Pág. 384

⁵⁷ Losada, G. y otros. Inclusión de Salud Mental en el Plan del Lactante. Mar del Plata. Agosto 1996. Pág. 12.

en conjunto de la díada madre-hijo deben constituir el núcleo principal de los sistemas de salud.

La atención brindada en las primeras etapas de la vida, durante el proceso de desarrollo en los niños, es prioritaria para que en un futuro éstos desarrollen sus potencialidades plenamente.

Terapia Ocupacional desde Atención Primaria de Salud en la población maternoinfantil

La Atención Primaria de Salud es una estrategia de organización de los sistemas de atención de la salud, teniendo como base la realización de acciones de prevención y promoción.

Las acciones de Atención Primaria están centradas y dirigidas a posibilitar en las personas que conforman una comunidad el desarrollo de capacidades para enfrentar en forma participativa y organizada todo aquello que acontece en relación a su bienestar psicofísico, es decir a su salud.

Estas acciones son realizadas a través de un trabajo interdisciplinario; éste es llevado a cabo por un grupo de personas pertenecientes a diferentes disciplinas del campo de la salud que interaccionan buscando un espacio de confluencia y un código común para poder realizar un abordaje en el individuo, en la comunidad o en cualquier grupo social, con un criterio totalizador y dinámico; en forma abarcativa.

Las intervenciones de este equipo serán eficientes en la medida en que los profesionales conozcan las características ambientales, sociales, culturales, laborales, etc; esto les permitirá identificar las necesidades y problemáticas de la comunidad, interviniendo adecuadamente desde cada una de las disciplinas que conforman el equipo de salud.

Este accionar debe estar organizado en función de ciertos conceptos que, en Atención Primaria de Salud, son de carácter fundamental, como ser, la educación para la salud, educación comunitaria en salud y promoción de la salud.

“ En la 32ª reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, en 1982 se consideró lo siguiente:

- *Educación para la Salud:* es la traducción del conocimiento sobre salud en hábitos y comportamientos positivos que tienden a promover la salud del individuo, la familia y la comunidad.

- *Educación comunitaria en salud:* es la serie de métodos, medios y técnicas dirigidos a obtener la amplia y decidida participación de los miembros de la comunidad para actuar en beneficio de su propia salud, la de su familia y la de la comunidad, involucrándose desde la identificación de sus problemas y selección de sus prioridades hasta la ejecución y evaluación de las actividades y programas que

conducen a un más alto grado de salud y satisfacción de niveles básicos de bienestar.”⁵⁸

Es así como también la O.P.S en su libro Promoción de la Salud: una antología; señala que:.... “la educación para la salud y la promoción de la salud quedan estrechamente entrelazadas; la promoción de la salud depende, en esencia, de la participación activa de una población bien informada en el proceso de cambio; la educación para la salud es una herramienta de vital importancia en este proceso”.⁵⁹

Para lograr la participación activa en lo que a las problemáticas en materia de salud se refiere, la población debe abandonar la postura asistencialista que adoptó con el correr de los años; en donde sus miembros están “a la espera de ser asistidos” en una actitud pasiva, éstos los excluye de la posibilidad de resolver sus problemas para mejorar su calidad de vida.

Considerando los conceptos vertidos por Mirta Videla quien dice “...La Salud es un derecho social básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad del hombre”⁶⁰ “...esta libertad significa toma de conciencia de las necesidades de cada uno y la lucha por el derecho humano básico inobjetable de poder satisfacerlas. La salud de un pueblo es un bien social..., la meta de “Salud Para Todos” sólo será posible si se concreta la absoluta participación popular, lo cual significa que sólo se alcanzará la salud para todos, si la abordamos entre todos.”⁶¹

El Terapeuta Ocupacional dentro de este equipo de salud en el ejercicio de su rol contribuye a la detección precoz de signos de alarma en los niños con riesgo de sufrir desviaciones o retrasos en el desarrollo psicomotor interviniendo oportunamente como parte del proceso de Atención Primaria de la Salud.

Participa en tres niveles de prevención de la salud:⁶²

“ Prevención Primaria: en acciones destinadas a *promover la salud* , o sea hacer todo cuanto posibilite alcanzar una salud mejor y más desarrollada; a lo que se agrega la intención de *proteger la salud*, o sea cuidarla tratando de evitar los riesgos que la amenacen o alteren, pudiendo llevar a enfermedades o accidentes.

Prevención Secundaria: se encuentran en ella el adecuado *diagnóstico y tratamiento*, con los resultados diferentes según la etapa de la enfermedad en la que se lleve a cabo, siendo por lo tanto ellos recuperación total o curación, recuperación parcial o evitación de mayores complicaciones.

⁵⁸ Videla, M. Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1991. Pág. 159.

⁵⁹ Op. Cit. O.P.S. Pág. 386.

⁶⁰ Videla, M. Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1991. Pág. 17.

⁶¹ Op. Cit. Videla, M. Pág. 26 - 27.

⁶² Videla, M. Psicoprofilaxis institucional y comunitaria. Edit. Treb. Buenos Aires. 1984. Pág. 20 - 21

Prevención Terciaria: siendo el conjunto de acciones destinadas a la rehabilitación física, psíquica y social del individuo.”

El terapeuta ocupacional tiene como objetivo “proveer el medio ambiente facilitador de aquellos elementos que le permitan a la díada madre-hijo y a su entorno detectar y utilizar sus propios recursos desarrollando sus capacidades y actitudes maternas de tal forma que pueda identificar lo que su hijo necesita en cada etapa del desarrollo” ⁶³

Lo anteriormente mencionado se logra a través de la participación en la elaboración y ejecución de planes, programas y proyectos de Educación, Promoción y Protección de la Salud.

Teniendo en cuenta que el objetivo general es prevenir la aparición de patologías; una de las acciones más importantes del terapeuta ocupacional en el abordaje de la salud maternoinfantil es la programación y promoción de pautas de educación para la salud, entendiéndose a estas como: “ el conjunto de oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada.” ⁶⁴

Estos cambios son tendientes a realizar modificaciones en los comportamientos identificados como factores de riesgo de posibles patologías.

El Terapeuta Ocupacional para desempeñar eficazmente su rol como ya se ha mencionado, debe conocer las características sociales, culturales, ambientales de la comunidad y sus necesidades; la planificación de las acciones en Prevención Primaria requieren de este conocimiento así como también de la comprensión de los procesos sociales de la comunidad.

De igual manera los integrantes de la comunidad, deben identificar sus problemas, siendo partícipes del cuidado de su salud y de la resolución de sus conflictos.

Logrando una participación comunitaria activa, los miembros de la comunidad desarrollan una actividad transformadora, donde el aprendizaje es permanente. Según Freire “la educación es un proceso de intercambio de mutuo conocimiento y de mutuo crecimiento social e individual. Por más adecuadas y bien preparadas que sean las indicaciones de control que se le den a una madre, en relación al cuidado de la salud de su niño, la participación real dependerá de las razones que tenga la madre para someterse o no a ellas” ⁶⁵

Estas razones a las que Freire hace referencia, consisten en las explicaciones

⁶³ Veyra, M. E y otros. Terapia Ocupacional en APS en la población materno infantil.

⁶⁴ Videla, M. Prevención. Pág. 159-160

⁶⁵ Op. Cit. O.P.S Pág. 385

que se les brindan a las madres acerca del cuidado que necesitan sus hijos, así como también no debe dejarse de lado los “porque” (sentido de las cosas) de estos cuidados, haciendo posible que ellas comprendan la importancia que tienen los mismos en diferentes etapas de la vida para el desarrollo posterior. El crecimiento, maduración y desarrollo de los niños se produce de forma muy acelerada en los primeros años de vida en las diferentes áreas: motriz, de coordinación, sociales, lenguaje y emocional. La detección precoz de signos de alarma, permite realizar un tratamiento temprano adecuado, evitando así la aparición de daños mayores.

Esto posibilitará el establecimiento de una relación de características bidireccionales de intercambios mutuos permanentes en donde el “terapista ocupacional pasará de un “hacer para” a un “hacer con” la comunidad en la que sus miembros puedan participar en la resolución de sus propios problemas.”⁶⁶

Esto constituye al terapeuta ocupacional como verdadero agente de salud, donde el objetivo de la intervención no es la curación de la patología instalada, sino brindar a las personas, en este caso la población maternoinfantil, a través de la realización de acciones de promoción y prevención, la posibilidad de desarrollar armónicamente sus potencialidades alcanzando un estado de salud físico, psíquico y social.

⁶⁶ García Cein, E. , Patrizi, A., Veyra, M. E. Terapia Ocupacional. Rol del T.O en Prevención Primaria inserto en el trabajo barrial comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

- García Cein, E. , Patrizi, A., Veyra, M. E. **Terapia Ocupacional. Rol del T.O en Prevención Primaria inserto en el trabajo barrial comunitario.**
- Kroeger, A. Luna, R. **Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos.** O.P.S. Ed. Pax México.1992.
- Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la Salud: una antología.** Publicación Científica N° 557. Washington, D.C. EE.UU.A. 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. **Manual sobre el enfoque de riesgo en la salud maternoinfantil.** Serie Paltex N° 7. Washington, D.C. E.U.A.1986.
- Organización Panamericana de la Salud. **Salud Maternoinfantil y Atención Primaria de las Américas.** Hechos y tendencias. Publicación Científica 461. Washington, D.C. EE.UU.1984.
- Organización Panamericana de la Salud. **Condiciones de Salud del Niño en las Américas.** Publicación Científica 381. Washington, D.C. EE.UU.1979.
- Organización Panamericana de la Salud. **Hechos y Cifras.** Comunicado de prensa. Oficina de información pública. Washington, D.C. E.U.A.1997.
- Organización Panamericana de la Salud. **Boletín Epidemiológico.** Volumen 17 N° 3.1996.
- Organización Panamericana de la Salud.. **Mejoría del medio ambiente y desarrollo sostenible. Factores para lograr la equidad.** Comunicado de Prensa. Washington, D.C. E.U.A.1999.
- Videla, M. **Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria.** Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1991.
- Videla, M. **Psicoprofilaxis Institucional y Comunitaria.** Edit. Treb. 1ª edición. Buenos Aires. 1984.
- Zurro, M. Cano Pérez, J. F. **Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de atención e la consulta .**Edit. Doyma.1986.

BARRIO J. G. LAS HERAS

Barrio Juan Gregorio Las Heras

El Barrio Las Heras se encuentra ubicado al sudeste de la ciudad de Mar del Plata, delimitado por: la Avenida Tetamanti, Av. Polonia, Av. Mario Bravo y la Av. Fortunato de la Plaza.

Instituciones del Barrio:

- Educativas:
 - Escuela Municipal N° 7
 - Escuela Provincial N° 74
 - Escuela Provincial N° 77
 - Jardín de Infantes Municipal N° 13
 - Jardín de Infantes Provincial N° 26
 - Jardín de Infantes Provincial N° 910
- Centro de Salud: Unidad Sanitaria Las Heras
- Religiosas:
 - Capilla Nuestra Señora de Lujan
 - Testigos de Jehová
 - Iglesia de Dios
 - Centro Evangélico
- Comedores infantiles: dos en el Barrio Parque Palermo, uno en el Barrio Las Heras y el Comedor de Desarrollo Infantil (CDI) de General Pueyrredón (Promin).

Con respecto a la población de este barrio, se estima que en la actualidad es de 11.000 habitantes aproximadamente.

Respecto al origen de la misma, una gran parte de ésta, está constituida por personas que en diferentes momentos han inmigrado de diversas provincias (Santiago del Estero, Tucumán etc.) a nuestra ciudad durante la temporada de verano por razones laborales, estableciéndose posteriormente en forma definitiva. El barrio no presenta una zona comercial delimitada; se observan comercios aislados (despensa, frutería, verdulería, carnicería, etc.)

En cuanto al tipo de edificación, las viviendas en su mayoría son de construcción precaria, con materiales como chapas, maderas y cemento; siendo el tipo predominante de una habitación y una cocina. Poseen servicios como luz eléctrica, gas envasado y agua corriente.

La Avenida Polonia y Fortunato de la Plaza son las vías de acceso al barrio (calles principales con asfalto); debe destacarse que las calles del barrio son de tierra casi en su totalidad, siendo muy pocas las que están asfaltadas.

Los medios de transporte que circulan por la periferia del barrio (sólo por las calles que están asfaltadas) pertenecen a las empresas de transporte público Martín Güemes (línea 525) y La Marplatense (líneas 591 y 593).

La comunidad del Barrio Las Heras, es una comunidad en situación de riesgo socio-ambiental, caracterizada por altos índices de desocupación, analfabetismo, deserción escolar, delincuencia juvenil, drogadicción, maltrato y abuso infantil.

En relación a la ocupación laboral, la gran mayoría de las personas son desocupadas o con ocupación inestable (por ej., changas), un sector de la población forma parte del P.E.L (Programa de Emergencia Laboral), Plan Barrios, Plan Vida y actualmente el Plan de Jefas y Jefes de Hogar, otorgados por el gobierno municipal, provincial y nacional. En cada uno de éstos planes se realizan diferentes actividades como ser: huerta, limpieza de establecimientos educativos, mantenimiento de espacios verdes, albañilería, etc., recibiendo sus integrantes por el trabajo realizado una remuneración mensual.

Las mujeres con ocupación laboral estable, desempeñan trabajos en la industria pesquera, venta de productos de belleza, etc. Actualmente un sector amplio de la comunidad participa de la actividad del trueque, intercambiando alimentos, mercaderías, vestimentas, etc.; afrontando de esta forma la problemática actual.

Esta población se encuentra en su totalidad por debajo de los niveles de pobreza, con necesidades básicas insatisfechas.

La problemática social afecta a los diferentes sectores de la población, a los niños, expuestos a carencias alimentarias, desnutrición, diarreas, enfermedades infecciosas recurrentes, retraso madurativo por hipoestimulación y demás alteraciones que afectan su crecimiento y desarrollo armónico.

El grupo de los adolescentes, presentan niveles de instrucción incompletos, desocupación laboral, conductas adictivas y delincuencia juvenil ; los adultos, es el sector de la comunidad donde predomina la desocupación laboral, violencia familiar, etc, y por último, los gerontes quienes no están exentos de toda esta problemática.

En relación a la atención de salud, la Unidad Sanitaria del barrio tiene un área programática comprendida entre la Av. Tetamanti hasta la calle Tripulantes del Fournier, la Ruta 88 hasta la zona de las quintas ubicadas al sudoeste de la ciudad.

Concurren a esta Unidad Sanitaria la población de los barrios Las Heras, Parque Palermo y Dos Marías.

El equipo de salud es interdisciplinario, integrado por los servicios de diferentes áreas :enfermería, pediatría, clínica médica, odontología, ginecología, Salud Mental (Terapia Ocupacional, psicopedagogía y psicología para adultos y niños) y servicio social, además cuenta con personal administrativo.

Aquí se atienden a las demandas de los diferentes sectores de la población, realizando acciones de Atención Primaria de Salud en los niveles de Prevención primaria y secundaria de la salud.

Se lleva a cabo un programa denominado " Programa de la Embarazada", donde se realizan controles prenatales mensuales hasta el séptimo mes de gestación.

En lo que respecta a la atención infantil, se lleva a cabo el " Programa Control del Niño Sano", dirigido a niños desde los 10 días de nacidos a 6 años de edad, realizando controles mensuales hasta el año, y posteriormente trimestrales hasta los dos años y anuales hasta los 6 años. Se realizan también talleres para padres, y planificación familiar.

El Programa Control del Niño Sano, funciona con el objetivo de realizar un control y seguimiento de salud en la atención infantil de cada uno de los niños que concurren a la Unidad Sanitaria del Barrio Las Heras.

ASPECTOS
METODOLOGICOS

TIPO DE ESTUDIO:

Exploratorio: Tiene como finalidad conocer los niveles de adquisición del lenguaje en los niños de 15 meses de edad, sin patología asociada.

Descriptivo: Permite detectar y caracterizar la relación existente entre el nivel de adquisición del lenguaje y la exposición de los niños a determinados factores de riesgo socio-ambientales.

TIPO DE DISEÑO:

El diseño de esta investigación según Hernández Sampieri es NO EXPERIMENTAL, ya que "se realiza sin manipular deliberadamente variables y se observan fenómenos tal y como se dan en la realidad para después analizarlos, DE CORTE TRANSVERSAL y descriptivo, ya que se realiza en un momento único en el tiempo, y tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o mas variables.⁶⁷

POBLACIÓN:

El universo de estudio está conformado por niños de 15 meses de edad, expuestos a factores de riesgo socio-ambientales de la Unidad Sanitaria Las Heras de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de Julio del año 2002.

MUESTRA:

Está constituida por los niños de 15 meses de edad, inmersos en una comunidad considerada de alto riesgo socio - ambiental, que concurren al Programa "Control del Niño Sano" en la Unidad Sanitaria del Barrio Las Heras de la ciudad de Mar del Plata, durante el mes de Julio del año 2002, siendo cada uno de los niños las unidades de análisis.

⁶⁷ Hernández Sampieri, R., y otros. Metodología de la investigación. Edit. Mac Graw Hill. México 1991.

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Criterios de inclusión:

* Niños de 15 meses de edad que concurren al Programa "Control del niño sano" de la Unidad Sanitaria Las Heras, el día del control pediátrico.

Criterios de exclusión:

* Quedan excluidos los niños cuyas Historias Clínicas estén incompletas al momento de la evaluación.

* Quedan excluidos los niños que no colaboren con la evaluación.

* Quedan excluidos los niños cuyos padres no concedan autorización para ser evaluados.

* Quedan excluidos los niños que al momento de la evaluación se encuentren en tratamiento en Terapia Ocupacional.

* Quedan excluidos los niños que presenten patologías asociadas (por ej. afecciones neurológicas, retardo mental, etc.).

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El procedimiento utilizado para la elección de la muestra, es el método *no probabilístico accidental o por conveniencia*, de manera que son utilizados para el estudio los pacientes disponibles, según la asistencia a los controles pediátricos.

TÉCNICAS PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS.

*Recopilación Documental: datos obtenidos de las historias clínicas de los niños referentes a la edad gestacional, peso al nacer, peso actual, vacunación y datos referentes a la valoración madurativa desde el punto de vista del control clínico - pediátrico.

*Entrevista a informante clave: Asistente Social perteneciente al equipo de salud de la Unidad Sanitaria Las Heras, con la finalidad de conocer las diversas problemáticas de ésta población en la actualidad.

*Entrevista semiestructurada: A los padres o tutores de los niños evaluados. En la entrevistas se relevan datos relacionados con : información de los padres y del grupo familiar; datos sobre las características edilicias de la vivienda e información suministrada por los padres relacionada con los hábitos y comportamiento del niño.

*Planilla de Observación: Para el registro de las conductas de interacción vincular, se utiliza el Perfil de la Observación del Vínculo madre-hijo de Alicia Oiberman modificada por Lázaro, M y Vera, M., a su vez se le realizaron ciertas modificaciones a los fines de ésta investigación, considerando la edad de los niños a evaluar (15 meses).

*Evaluación: De las conductas del niño, utilizando como instrumento de medición, la Escala De Desarrollo Psicomotor (EEDP), de Rodríguez, S. Arancibia, V. Undurraga, C.

Escala De Evaluación Del Desarrollo Psicomotor, de Rodríguez, S-Arancibia, V-Undurraga, C.

Materiales para su administración:

a) **Una batería de prueba**: Consta de once objetos: una campanilla de metal, una argolla roja de doce centímetros de diámetro con cordel de cincuenta cm., una cuchara de plástico de 19 cm de largo (de color vivo), 10 cubos rojos de madera de 2,5 cm. por lado, una pastilla rosada polivitamínica, un pañal, una botella entre 4 y 4,5 cm. de alto y 2 cm. de diámetro, una hoja de papel de tamaño oficio sin líneas, un lápiz de cera, un palo de 41 cm. de largo y 1 cm. de diámetro y una muñeca (dibujo).

b) **Un manual de administración**: Contiene las instrucciones específicas para cada uno de los 75 ítems. Se explica por cada mes de evaluación, el ítem, la ubicación, su forma de administración y los materiales. Ejemplo: edad: 15 meses

Nº Ítem: 56

Ítem: camina solo

Ubicación: de pie (en el suelo)

Administración: observe si el niño es capaz de caminar sólo de un punto de la pieza a otro, detenerse y seguir (algunos pasos vacilantes desde una persona a otra que lo espera, no son suficientes). Crédito: si camina sólo y con seguridad, aunque sea con rodillas tiesas, piernas separadas y/o levantándose sobre la punta de los pies.

Material: -----

c) **Un protocolo u hoja de registro por cada niño examinado**: Contiene las respuestas del niño para cada ítem. Incluye los 75 ítems y se desarrolla en sentido vertical, conteniendo la siguiente información en cinco columnas: Edad- Ítem- Puntaje- Ponderación- Observación. (ver anexo)

Una vez evaluado el niño, tomando como referencia la hoja de registro, para su interpretación debemos saber:

- **Edad cronológica**: debe expresarse:

- en días: se obtiene multiplicando los meses siempre por treinta. Servirá para determinar el rendimiento del niño en la prueba.

- en meses: un niño debe considerarse de diez meses, por ejemplo, desde que tiene nueve meses y dieciséis días hasta que tiene diez meses y quince días. Este rango de quince días en ambos sentidos, vale para todos los meses. Permitirá determinar el mes de iniciación del a prueba, y la tabla de conversión del puntaje que se debe utilizar.

- Edad mental: es el puntaje que obtiene el niño en la prueba. Se otorga puntaje a los ítems aprobados, según se indica a continuación: el mes mayor en que el niño responde con éxito a los cinco ítems, es considerado Mes Base y éste se multiplica por treinta. Luego, por cada ítem respondido favorablemente (puntaje adicional), se anota el puntaje que se indica en la cuarta columna del protocolo (ponderación).

- Se suma el puntaje del mes base al total de puntos adicionales obtenidos, por los ítems respondidos exitosamente. La cifra resultante de la sumatoria corresponde a la Edad Mental del Niño, en días de desarrollo.

- Razón entre Edad Mental y Edad Cronológica: se divide el puntaje obtenido por el niño en la prueba (edad mental) por la edad cronológica del niño en días (edad cronológica en días).

- Coeficiente de desarrollo: se obtiene transformando la razón (EM/EC) a puntaje estándar (PE). Se busca el mes correspondiente a la edad cronológica en meses del niño y se determina el puntaje estándar equivalente a la razón obtenida (EM/EC). Un niño cuyo desarrollo psicomotor está de acuerdo a lo esperado para su edad, debería tener un C.D. cercano al promedio (100), hasta una desviación estándar (85). Por lo tanto, las autoras consideran:

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

Pero se puede dar el caso en que un niño obtenga un C.D. de 100 o más pero, haya fallado en muchos ítems que evalúan un área determinada. Por ello, una vez obtenido el C.D., debe traspasarse los datos al perfil de desarrollo psicomotor.

- Gráfico y perfil de desarrollo psicomotor: el gráfico (ver anexo), proporciona una forma rápida de visualizar el rendimiento del niño, requiriendo solamente la suma del puntaje obtenido en la prueba (edad mental) y la edad del niño en el momento de la evaluación (edad cronológica en días). El gráfico lleva en su eje vertical, una escala de puntajes (0 a 720 puntos, con intervalos de 6 puntos) y en su

eje horizontal, se encuentra ubicada la edad en días (de 30 a 720, con intervalos de 6 días). La curva superior continua, corresponde al rendimiento promedio para cada edad, la curva intermedio (primera punteada), indica el rendimiento a una desviación estándar del promedio; y la curva inferior (segunda punteada) corresponde a dos desviaciones estándar bajo el promedio.

El perfil psicomotor (ver anexo), permite advertir el rendimiento del niño en cada una de la áreas de desarrollo evaluadas. Nos ayuda a advertir, por ejemplo, si hay un verdadero retraso en un área específica, aunque nos de un coeficiente de desarrollo normal. Lleva indicado en la parte superior y horizontalmente, la edad cronológica en meses (1 a 24 meses), lo que corresponde a quince grupos de edades, es decir, a quince columnas. En el eje vertical, aparecen las cuatro áreas de desarrollo medidas en la escala: coordinación, social, lenguaje y motora. Nos permite visualizar el rendimiento del niño según cada área de desarrollo y observar si hay desviaciones respecto a lo esperado según su edad cronológica. Si así sucede, permite intervenir para mejorar el rendimiento del niño según el área donde se observa el retraso.

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

En relación al tipo de estudio y diseño en el que se encuadra nuestra investigación (exploratorio descriptivo) el análisis de los datos es descriptivo utilizando: porcentajes, promedios, tablas uni y bivariada y gráficos específicos.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

FACTORES DE RIESGO SOCIO-AMBIENTALES

Definición Científica:

Es toda característica o circunstancia detectable de una persona o grupo que esta asociada a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución especialmente desfavorable de este proceso. ⁶⁸

Definición Operacional:

En prevención primaria este término incluye todas aquellas condiciones adversas observables o identificables pudiendo ser una y/o la combinación de varias, que actúan sobre la población expuesta a las mismas; aumentando la probabilidad de que ocurran daños permanentes y/o transitorios en su salud.

Estas pueden ser de origen **biológico**, como ser peso al nacer, edad gestacional. **Ambientales** tales como características edilicias de la vivienda, materiales de los pisos, techo y paredes, número de ambientes, cantidad de personas que la habitan, servicios como agua, gas y luz y sanitarios. **De comportamiento**, como ser los hábitos del niño: alimenticios (uso de mamadera, lactancia materna prolongada, uso de chupete), sueño (colecho, co-habitación, horas de sueño durante el día y la noche), higiene (entrenamiento de control de esfínteres y frecuencia de baño); **relacionados con la atención de la salud**, vacunación completa, asistencia a controles pediátricos. **Culturales**, como nivel de instrucción de los padres. **Económicos**, considerando la ocupación laboral de los padres. **Vinculares**, caracterizando así a la relación que se establece entre la madre y el niño (comunicación visual, verbal, gestual, contacto corporal, interacción emocional).

⁶⁸ Cunsminski, M. Lejarraga, H y cols. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. O.P.S. O.M.S. Serie Paltex N° 8. 1986. Pág. 18.

ADQUISICIÓN DEL LENGUAJE

Definición Científica:

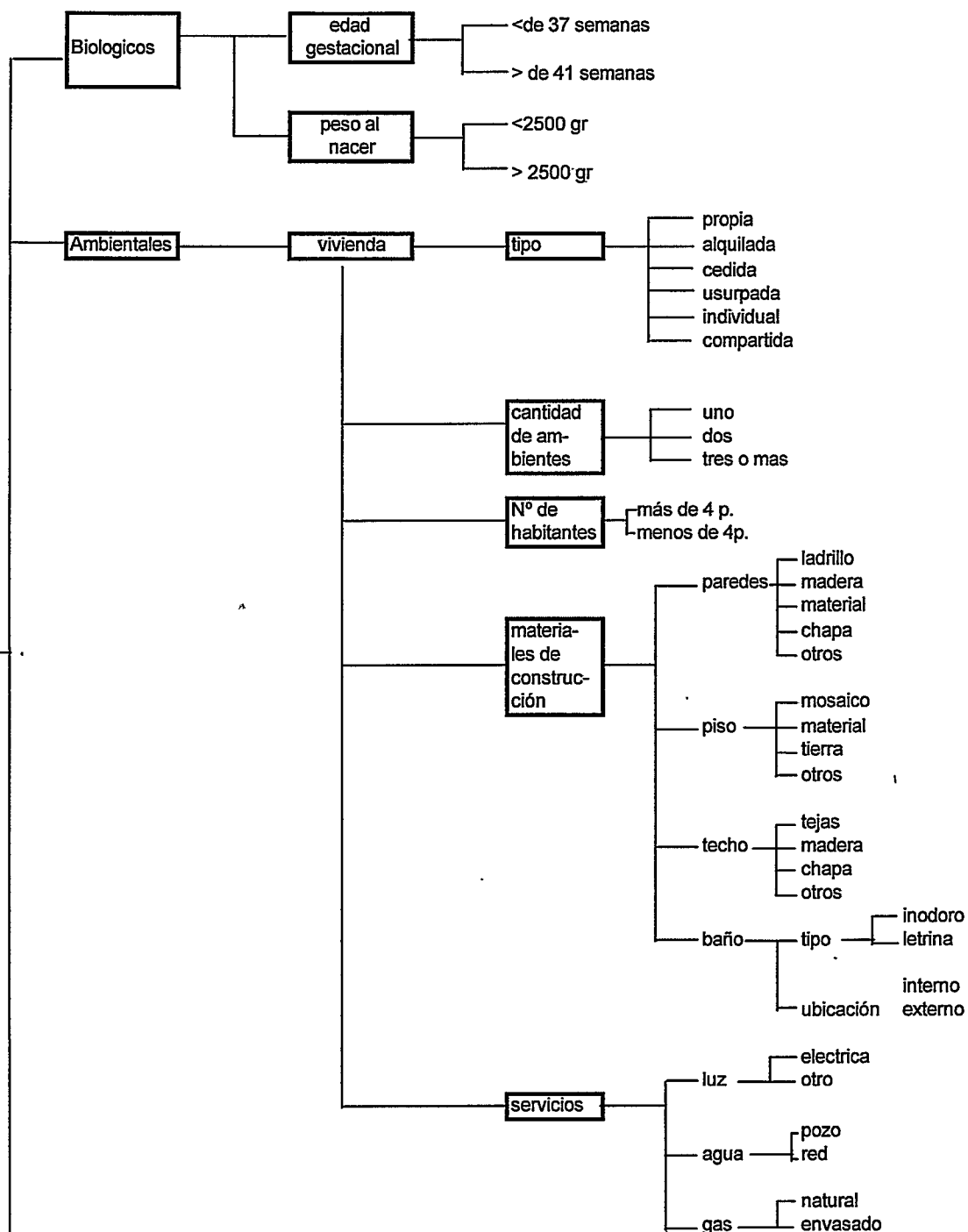
Son los logros obtenidos por el niño acordes a su edad cronológica, relacionados a la conformación de un sistema de comunicación psicobiológico, que forma parte del proceso de desarrollo. Este sistema se especializa en la transmisión de información significativa e interpersonal; a través de signos lingüísticos y no lingüísticos, que tienen por finalidad la adaptación del niño al entorno psíquico, social y ambiental.

Definición Operacional:

Sistema de comunicación que está conformado por conductas observables, tanto en el lenguaje verbal, no verbal como así también la comprensión del mismo, siendo estas: la reacción a los comentarios verbales a los 9 meses; la reacción al “no”, a los 10 meses; entregar un objeto como respuesta a una orden y decir al menos dos palabras, a los 12 meses; decir al menos tres palabras más a los 15 meses.

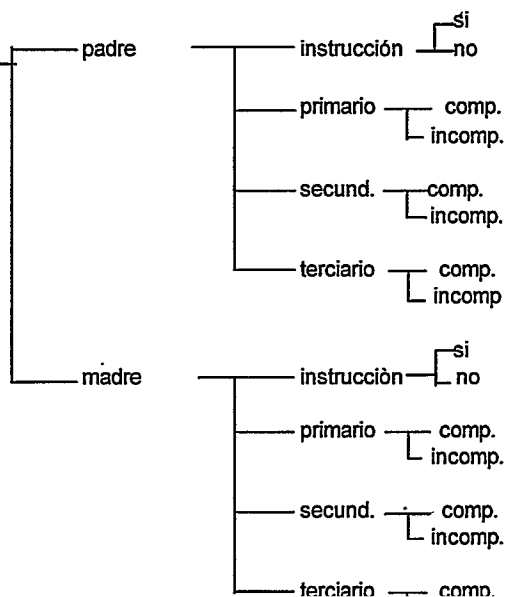
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

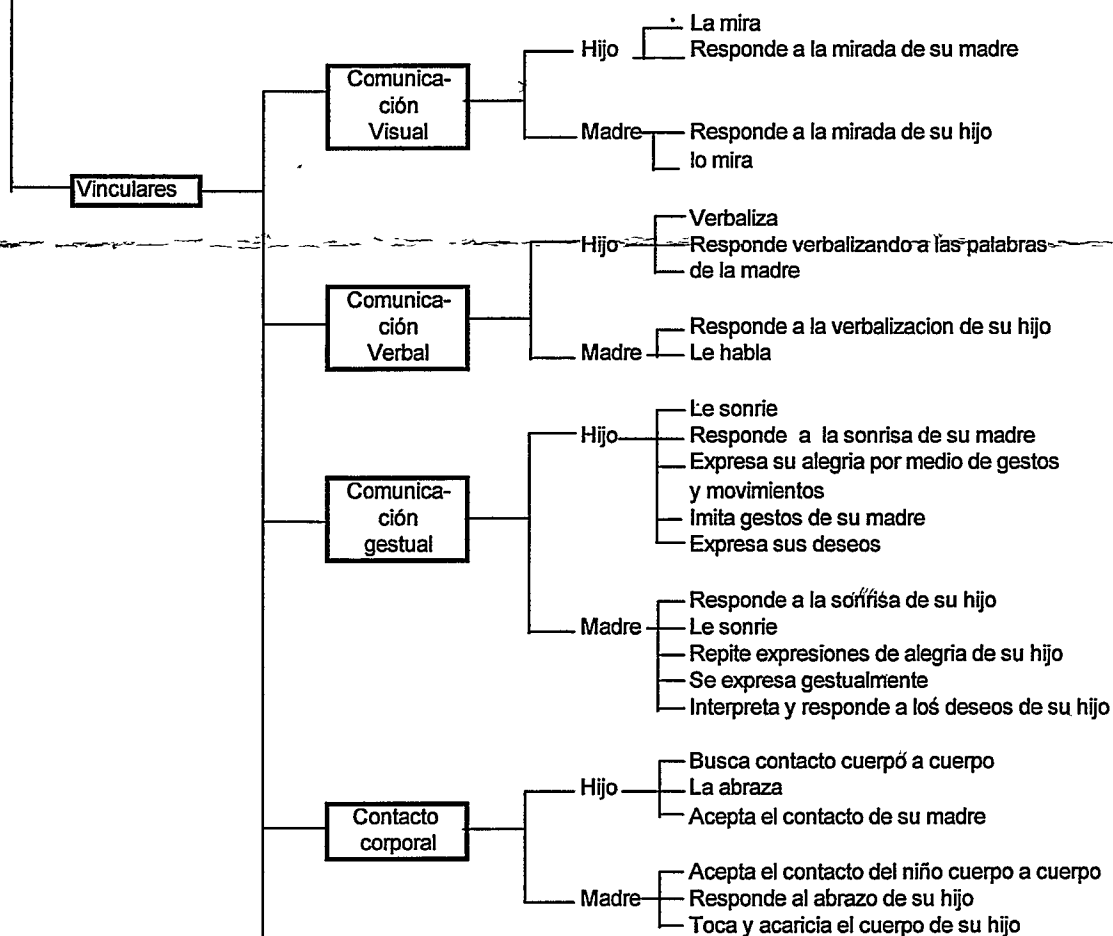
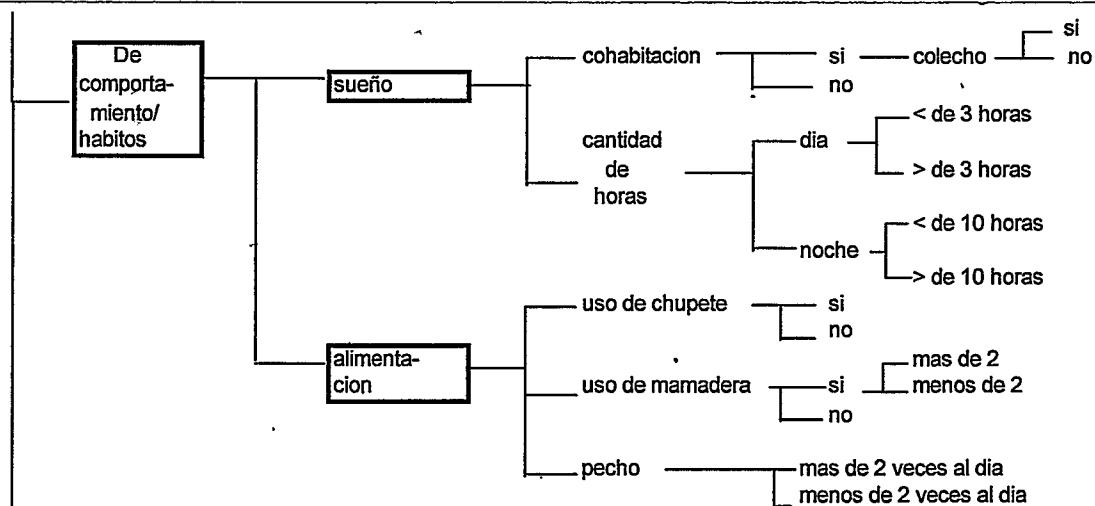
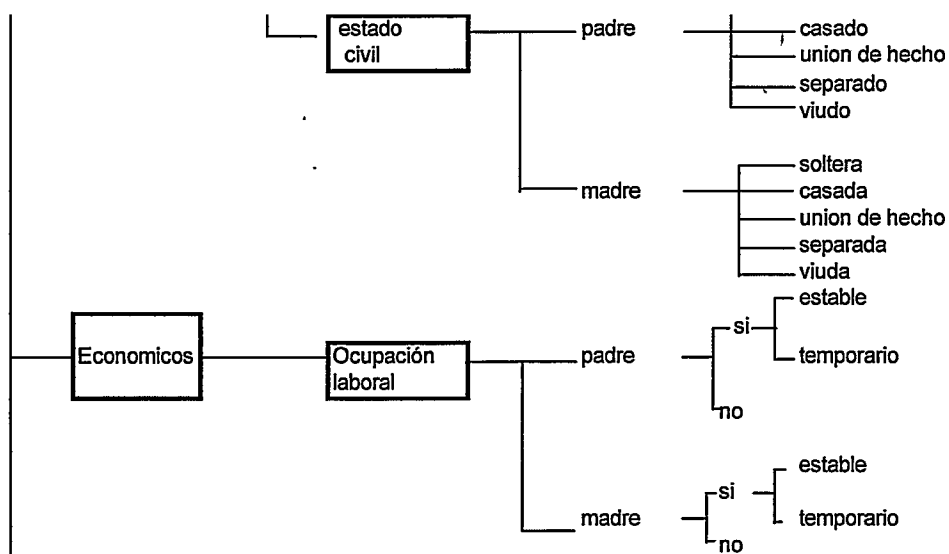
FACTORES DE RIESGO SOCIO AMBIENTALES



Socioculturales

nivel de instrucción





**Interaccion
Emocional**

Hijo

- Demanda insistentemente la presencia de su madre
- Responde a la demanda de su madre
- Lloro
- Se tranquiliza cuando su madre se acerca o le habla
- Se desplaza o trata de desplazarse hacia su madre
- No demanda sus necesidades

Madre

- Responde a la demanda de su hijo
- Demanda la atención de su hijo
- Calma el llanto de su hijo
- Se acerca o habla a su hijo cuando se angustia
- Anticipa el acercamiento de su hijo
- Se anticipa a las demandas de su hijo

LENGUAJE

9 MESES	Reacciona a comentarios verbales	☐ si ☐ no
10 MESES	Reacciona al "no-no"	☐ si ☐ no
12 MESES	Entrega como respuesta a una orden	☐ si ☐ no
	Dice al menos dos palabras	☐ si ☐ no
15 MESES	Dice al menos tres palabras	☐ si ☐ no
	Muestra sus zapatos	☐ si ☐ no
18 MESES	Nombra un objeto de los cuatro presentados	☐ si ☐ no
	Imita tres palabras en el momento del examen	☐ si ☐ no
21 MESES	Dice al menos seis palabras	☐ si ☐ no
	Usa palabras para comounicar deseos	☐ si ☐ no
24 MESES	Nombra dos objetos de los cuatro presentados	☐ si ☐ no
	Apunta cuatro o mas partes en el cuerpo de la muñeca	☐ si ☐ no

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Tabla N ° 1: Distribución de los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, según sexo, en Mar del Plata en Julio de 2002.

Sexo	N °	%
Femenino	16	59,3
Masculino	11	40,7
Total	27	100

En la tabla puede observarse un porcentaje mayor (59,3%) perteneciente al sexo femenino, con respecto al sexo masculino (40,70 %).

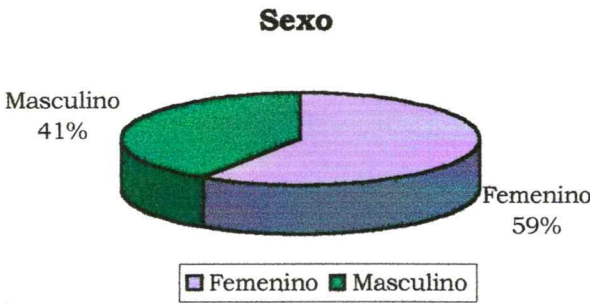


Gráfico N ° 1

Tabla N ° 2: Distribución, según nivel de Desarrollo Psicomotor, en niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Nivel de Des. Psicom.	N °	%
Normal	1	3,7
Riesgo	19	70,4
Retraso	7	25,9
Total	27	100

El mayor porcentaje, 70,4 % del total de 27 niños evaluados presenta un nivel de desarrollo en Riesgo, un 25,9% presenta Retraso, y sólo el 3,7% presenta un nivel de desarrollo psicomotor Normal.

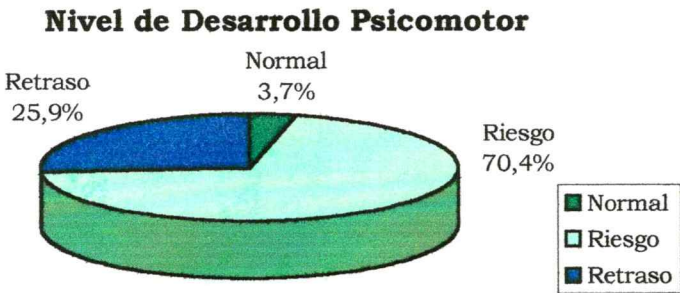


Gráfico N ° 2

Tabla N ° 3: Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor, en todos sus niveles, correspondientes a 27 niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Areas	N °	%
Coordinación	2	5
Social	13	32,5
Lenguaje	19	47,5
Motor	6	15
Total	40	100

Se observa que el área de Desarrollo Psicomotor más comprometida, en sus diferentes niveles es el Lenguaje, un 47,5 %. El área Social está comprometida en un 32,5%, la Motora un 15% y por último la Coordinación 5% .

Areas comprometidas del Desarrollo Psicomotor

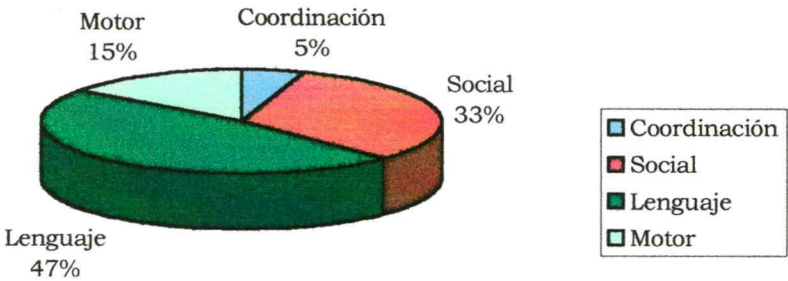


Gráfico N ° 3

Tabla N ° 4: Nivel de Instrucción de las madres de los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras de Mar del Plata en Julio de 2002.

Nivel de Instr. Matern	N °	%
Primaria incompleta	6	22,2
Primaria completa	12	44,4
Secund. Incompleta	6	22,2
Secund. Completa	2	7,4
Superior	1	3,8
Sin instrucción	0	0
Total	27	100

Tabla N ° 5: Nivel de Instrucción de los padres de los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Nivel de Instr. Paterno	N °	%
Primaria incompleta	5	23,8
Primaria completa	10	47,6
Secund. Incompleta	4	19
Secund. Completa	1	4,8
Superior	1	4,8
Sin instrucción	0	0
Total	21	100

Analisis de las tablas N ° 4 y 5: El mayor porcentaje se observa en las madres que tienen el ciclo primario completo. Luego se encuentran con igual porcentaje aquellas que presentan el ciclo primario y secundario incompleto. Los menores porcentajes los presentan aquellas que han completado el secundario y nivel superior. En relación a los padres, presentan porcentajes similares aquellos que tienen tanto la primaria como la secundaria incompleta, sólo uno completó la secundaria y sólo un padre realizó estudios superiores.

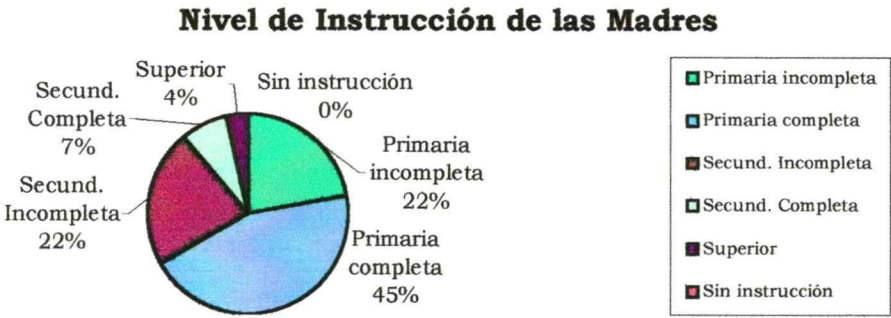


Gráfico N ° 4

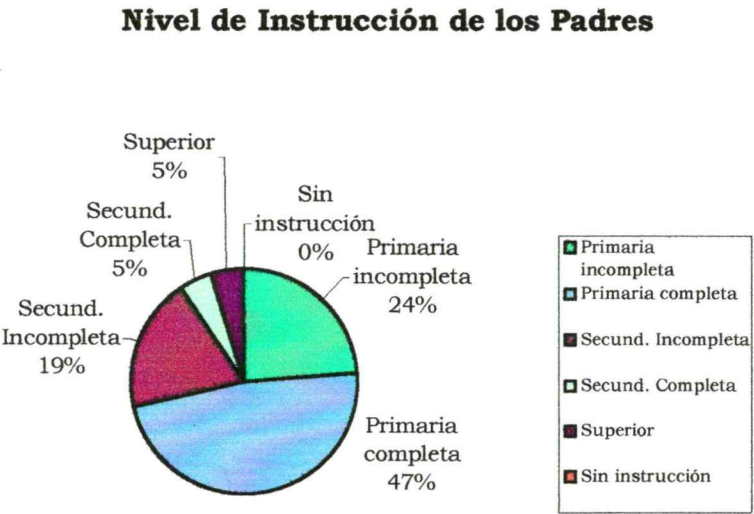


Gráfico N ° 5

Tabla N ° 6: Ocupación Laboral de las madres de los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Ocupación Laboral	N °	%
Con ocup. Estable	5	18,5
Con ocup. Temporal	1	3,8
Sin ocupación	21	77,7
Total	27	100

La mayoría de las madres de los niños evaluados no presentan ocupación laboral (son amas de casa), sólo el 18,5% tiene una ocupación estable y el 3,5% ocupación inestable.

Ocupación Laboral de las Madres

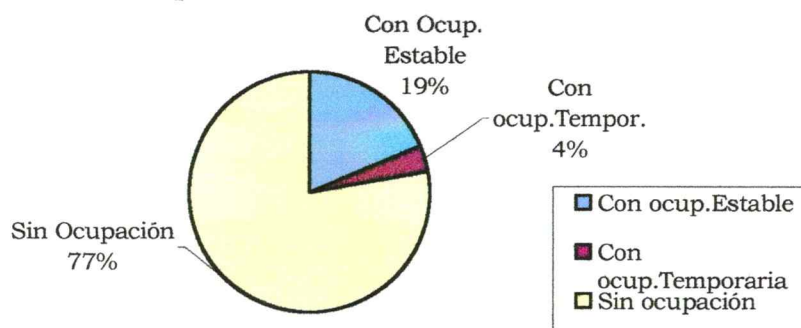


Gráfico N ° 6

Tabla N ° 7: Ocupación laboral de los padres de los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Ocupación Laboral	N °	%
Con ocup. Estable	9	42,9
Con ocup. Temporal	10	47,6
Sin ocupación	2	9,5
Total	21	100

En relación a la ocupación laboral paterna, son similares los porcentajes de aquellos que tiene ocupación estable e inestable, sólo 2 de ellos no tienen ocupación.

Ocupación Laboral de los Padres

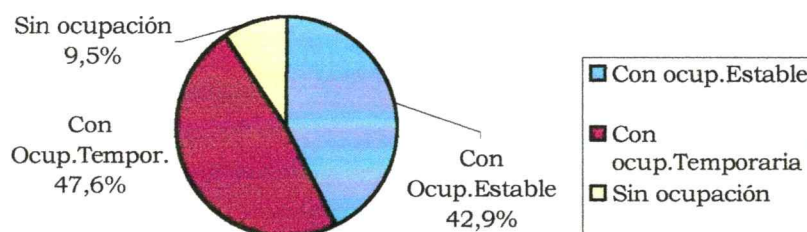


Gráfico N ° 7

Tabla N ° 8: Estado Civil de las madres de los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Estado civil Materno	N °	%
Casada	4	14,8
Soltera	5	18,5
Unión estable	17	63
Separada	1	3,7
Viuda	0	0
Total	27	100

El Estado Civil prevalente en las madres de los niños evaluados es la Union Estable (63%), siendo similares los porcentajes de las madres casadas (14,8 %) y solteras (18,5%).

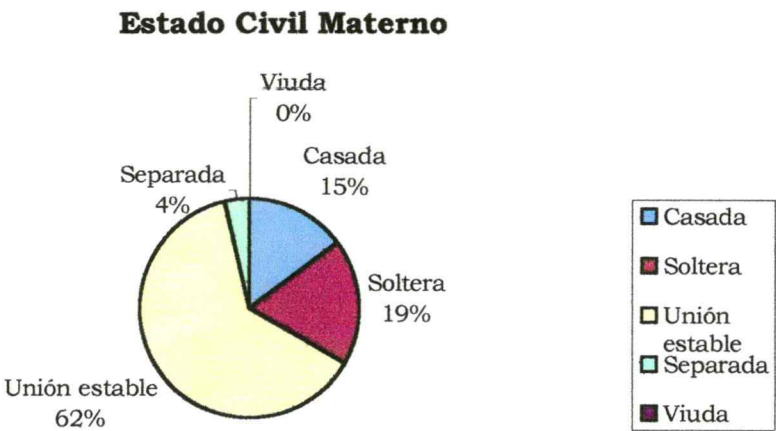


Gráfico N ° 8

Tabla N ° 9: Distribución de la edad en años de las madres de los niños evaluados en la Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Edad en años	N °	%
17 a 20	8	29,6
21 a 24	4	14,9
25 a 28	6	22,2
29 a 32	7	25,9
más de 32	2	7,4
Total	27	100

El mayor porcentaje de las madres de los niños evaluados tienen entre 17 a 20 años (29,6 %), es similar el porcentaje de las que tienen entre 25 a 28 años (22,2%) y 29 a 32 años (25,9 %).

Edad de las Madres

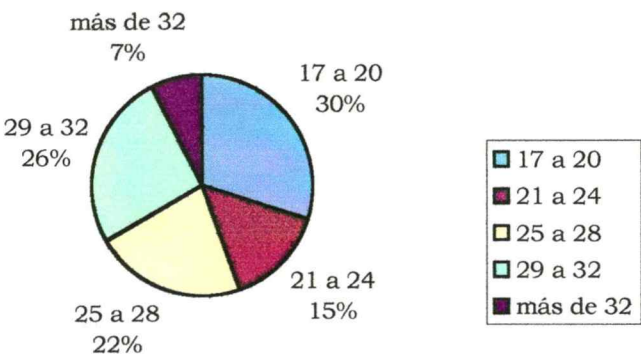


Gráfico N ° 9

Tabla N ° 10: Distribución de la edad en años de los padres de los niños evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Edad en años	N °	%
20 a 29	9	42,9
30 a 39	8	38,1
más de 39	4	19
Total	21	100

Los padres presentan porcentajes similares entre los que tienen entre 20 a 29 años (42,9%) y los que tienen entre 30 a 39 años (38,1%).

Edad de los Padres

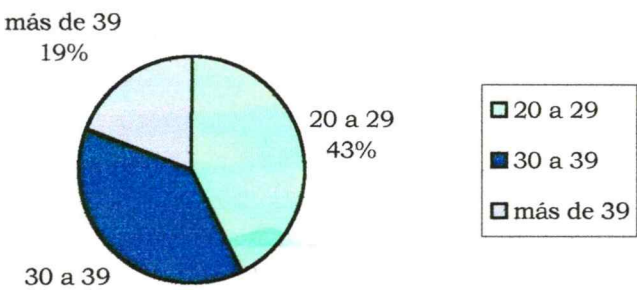


Gráfico N ° 10

Tabla N ° 11: Porcentaje de los hábitos alimenticios, según la utilización de chupete, mamadera y lactancia materna, en los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Hábitos Alimenticios	Utiliza		No Utiliza		Total	%
	N °	%	N °	%		
Chupete	4	14,8	23	85,2	27	100
Mamadera	16	59,3	11	40,7	27	100
Lact. Materna	19	70,4	8	29,6	27	100
Total	39	48,1	42	51,9	81	100

Se observa en relación a los hábitos alimenticios que el 70,4% de los niños presenta lactancia materna, el 59,3% toma mamadera y el 14,4% utiliza chupete.

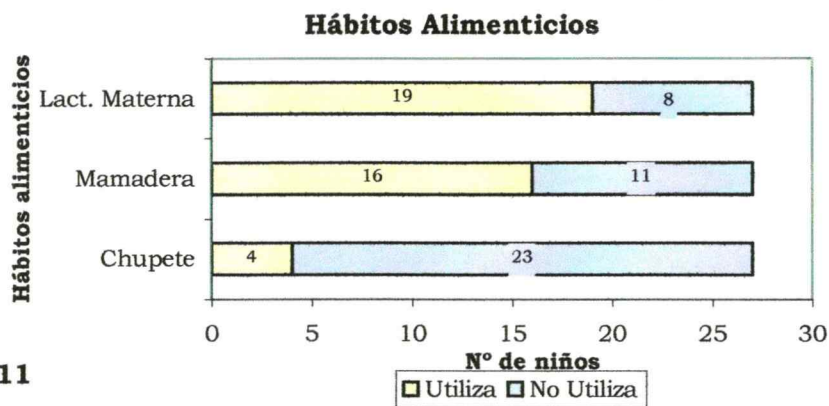


Gráfico N ° 11

Tabla N ° 12: Porcentaje de los hábitos de sueño en los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Hábito Sueño	Utiliza		No Utiliza		Total	%
	N °	%	N °	%		
Co-habitación	27	100	0	0	27	100
Co-lecho	15	55,6	12	44,4	27	100
Total	42	77,8	12	22,2	54	100

En los Hábitos de sueño, la totalidad de los niños (100%) presentan co-habitación y más de la mitad (55,6 %) presenta co-lecho.

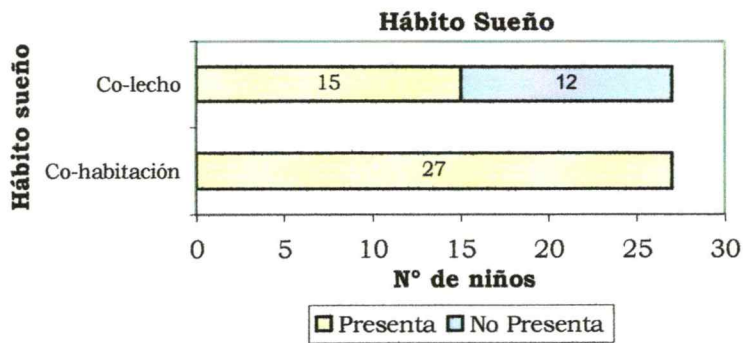


Gráfico N ° 12

Tabla N ° 13: Distribución de los Hábitos de alimentación, según el nivel de Desarrollo Psicomotor en los niños de 15 meses evaluados en la U.S.L.H, en Mar del Plata en Julio de 2002.

	Nivel de Desarrollo Psicomotor							
Hábitos Alimenticios	Normal		Riesgo		Retraso		Total	%
	N °	%	N °	%	N °	%		
Chupete	0	0	3	75	1	25	4	100
Mamadera	1	6,3	13	81,2	2	12,5	16	100
Lact. Materna	1	5,3	11	57,9	7	36,8	19	100
Total	2	5,12	27	69,23	10	25,7	39	100

De los tres niveles de desarrollo psicomotor de un total de 16 niños que utilizan mamadera, 13 tienen un desarrollo psicomotor en Riesgo, y de un total de 19 niños que presentan lactancia materna, 11 presentan también un desarrollo en Riesgo.

Nivel de Desarrollo Psicomotor según los Hábitos Alimenticios

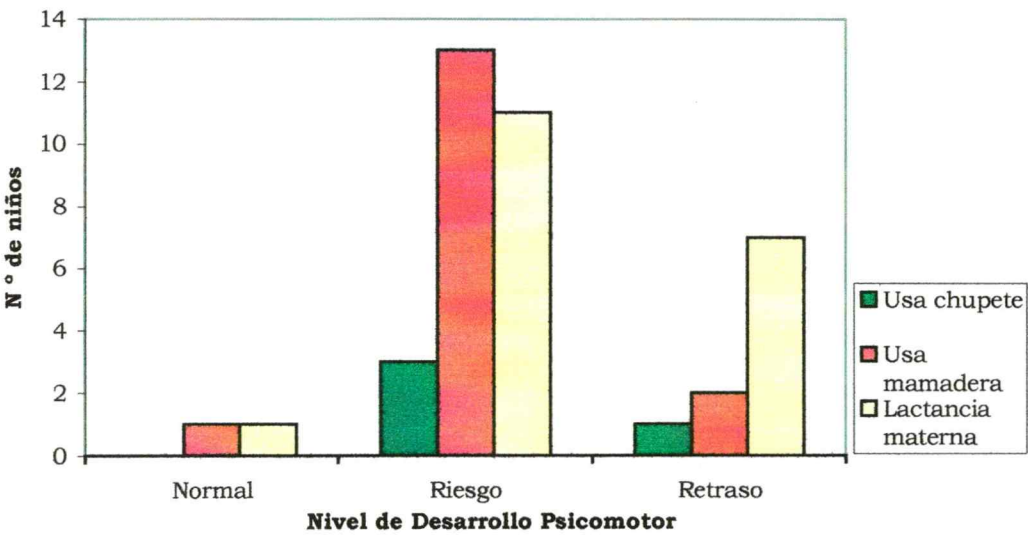


Gráfico N ° 13

Tabla N ° 14: Porcentajes del Hábito del Sueño, según el nivel de Desarrollo Psicomotor, de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, en Mar del Plata en en los niños Julio de 2002.

	Nivel de Desarrollo Psicomotor							
Hábito Sueño	Normal		Riesgo		Retraso		Total	%
	N °	%	N °	%	N °	%		
Co-habitación	1	3,7	19	70,4	7	25,9	27	100
Co-lecho	1	6,6	10	66,6	4	26,7	15	100
Total	2	4,8	29	69	11	26,2	42	100

De los tres niveles de Desarrollo Psicomotor de un total de 27 niños que presentan co-habitación, 19 tienen un desarrollo en Riesgo, y de un total de 15 niños que presentan co-lecho, 10 tienen un desarrollo también en Riesgo.

Nivel de Desarrollo Psicomotor según Hábitos de Sueño

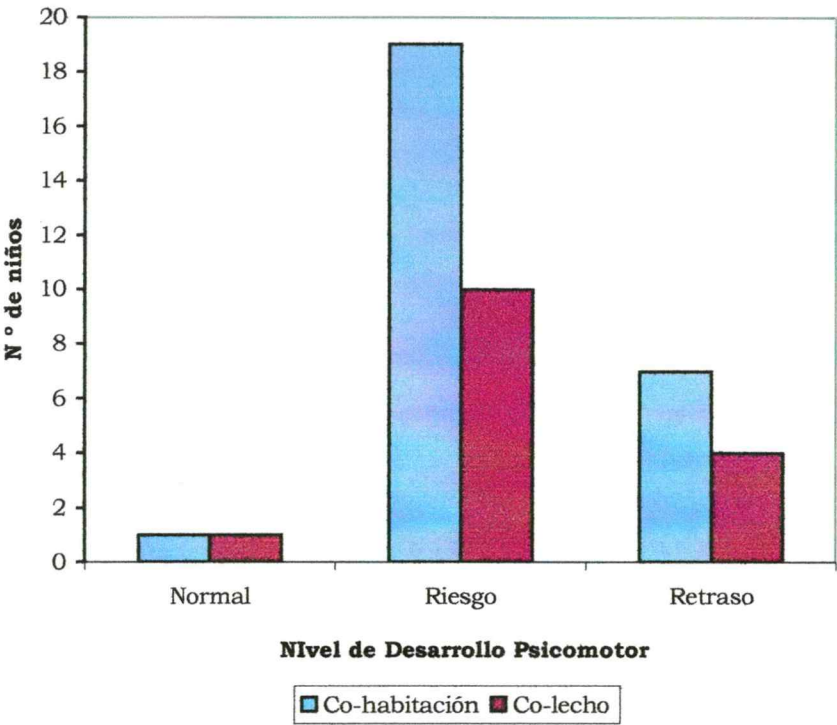


Gráfico N ° 14

Tabla N ° 15: Distribución de áreas comprometidas del desarrollo psicomotor, según la utilización de mamadera, chupete o lactancia materna, en los niños de 15 meses evaluados en la U.S.L.H, de Mar del Plata en Julio de 2002.

	Áreas comprometidas del Desarrollo Psicomotor									
Hábito alimenticio	Lenguaje		Social		Coordinac		Motora		Total	%
	N °	%	N °	%	N °	%	N °	%		
Usa mamadera	10	55,5	6	33,3	0	0	2	11,7	18	100
Usa chupete	4	66,6	1	16,7	0	0	1	16,7	6	100
Lactancia materna	14	43,7	11	34,4	2	6,3	5	15,6	32	100
Total	28	50	18	32,6	2	3,5	8	14,2	56	100

Puede observarse que del total de los 27 niños evaluados, de los 14 niños que presentan lactancia materna, 10 utilizan mamadera y 4 utilizan chupete, teniendo éstos comprometida el área del lenguaje. En relación al compromiso del área social, hay 11 niños que presentan lactancia materna, de los cuales 6 toman mamadera y sólo uno que utiliza chupete. Las área motora y de coordinación están menos comprometidas.

Áreas comprometidas del Desarrollo Psicomotor según el uso de Hábitos Alimenticios

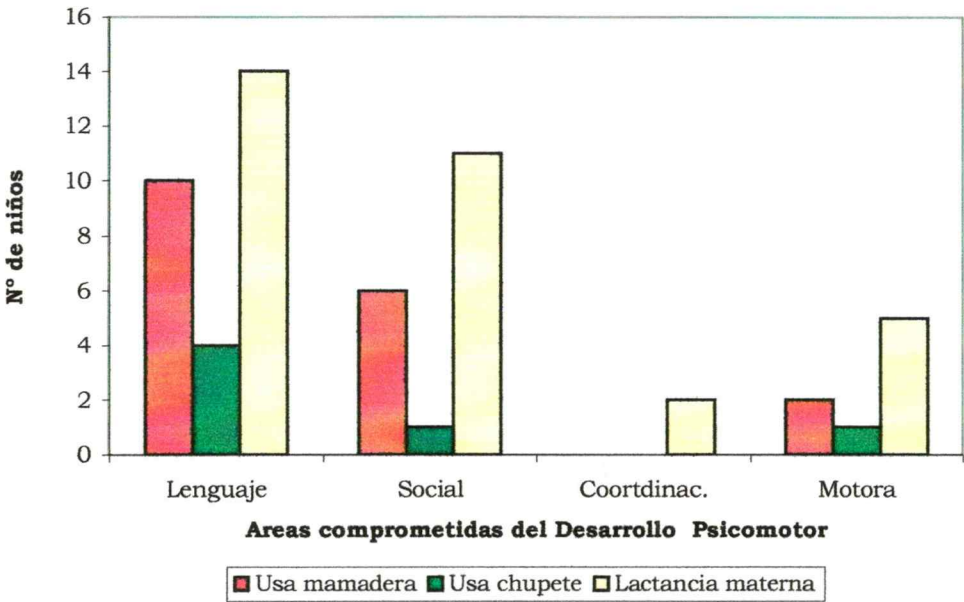


Gráfico N ° 15

Tabla N ° 16: Distribución de áreas comprometidas del desarrollo psicomotor, según hábito de sueño, en los niños de 15 meses, evaluados en la U.S.L.H, de Mar del Plata en Julio de 2002.

	Áreas comprometidas del Desarrollo Psicomotor									
Hábito Sueño	Lenguaje		Social		Coordinac		Motora		Total	%
	N °	%	N °	%	N °	%	N °	%		
Co-habitación	19	47,5	13	32,5	2	5	6	15	40	100
Co-lecho	11	47,8	8	34,8	1	4,4	3	13	23	100
Total	30	47,7	21	33,3	3	4,7	9	14,3	63	100

En relación a los hábitos de sueño, 19 niños que presentan co-habitación tienen comprometida el área de lenguaje de igual forma, 11 niños que presentan co-lecho también tienen este compromiso.

Áreas comprometidas del Desarrollo Psicomotor según los Hábitos de Sueño

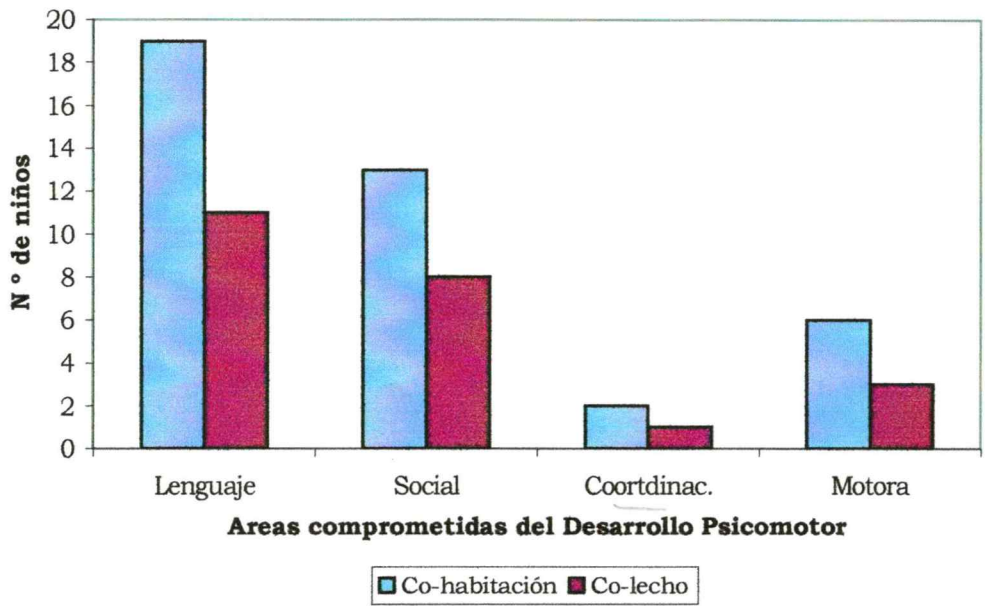


Gráfico N ° 16

Tabla N ° 17: Distribución del tipo de vínculo madre-hijo de los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, de Mar del Plata en Julio de 2002.

Vínculo Madre-Hijo	N °	%
Bueno	18	66,7
Regular	7	25,9
Malo	2	7,4
Total	27	100

En la categorización del vínculo, de la totalidad de los niños evaluados, 66,7% presentaron , un tipo de vínculo bueno el 25,9% un vínculo regular y sólo un 7,4% presentaron vínculo malo.

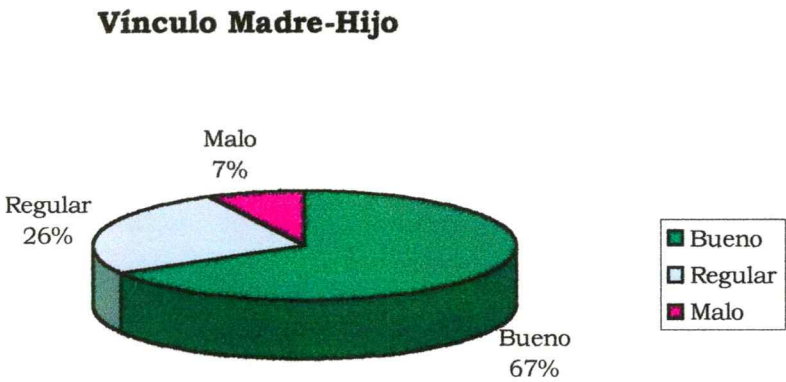


Gráfico N ° 17

Tabla N ° 18: Distribución del tipo de vínculo madre-hijo, según los hábitos alimenticios en los niños de 15 meses evaluados en la U.S.L.H., de Mar del Plata en Julio de 2002.

	Vínculo Madre-Hijo							
Hábitos Alimenticios	Bueno		Regular		Malo		Total	%
	N °	%	N °	%	N °	%		
Chupete	2	50	1	25	1	25	4	100
Mamadera	10	62,5	5	31,3	1	6,2	16	100
Lact. Materna	14	73,6	4	21,1	1	5,3	19	100
Total	27	67,5	10	25	3	7,5	40	100

En lo que respecta al tipo de vínculo que presentan los niños evaluados y la presencia de hábitos alimenticios, podemos determinar que 14 niños con lactancia materna tienen un vínculo bueno, 4 un vínculo regular y sólo 1 con vínculo malo. En relación al uso de mamadera, 11 niños presentan un vínculo bueno y 5 niños un vínculo regular.

Vínculo Madre-Hijo según Hábitos Alimenticios

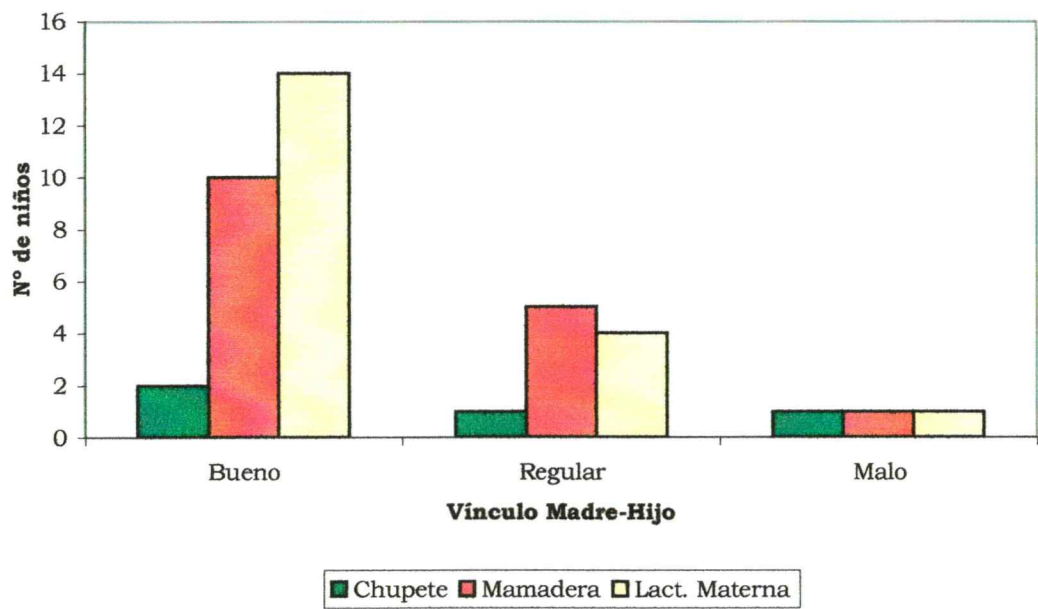


Gráfico N ° 18

Tabla N ° 19: Distribución del tipo de vínculo madre-hijo de los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, en Mar del Plata en Julio de 2002.

	Vínculo Madre-Hijo							
Hábito Sueño	Bueno		Regular		Malo		Total	%
	N °	%	N °	%	N °	%		
Co-habitación	18	66,6	7	25,9	2	7,4	27	100
Co-lecho	12	80	2	13,3	1	6,7	15	100
Total	30	71,42	9	21,42	3	7,14	42	100

El 66,6 % de los niños que presenta co-habitación, tiene un vínculo bueno con su madre, un 25,9% un vínculo regular, el 80% de aquellos que presentan co-lecho también tiene un vínculo bueno y en el 13,3% de los niños, el vínculo es regular.

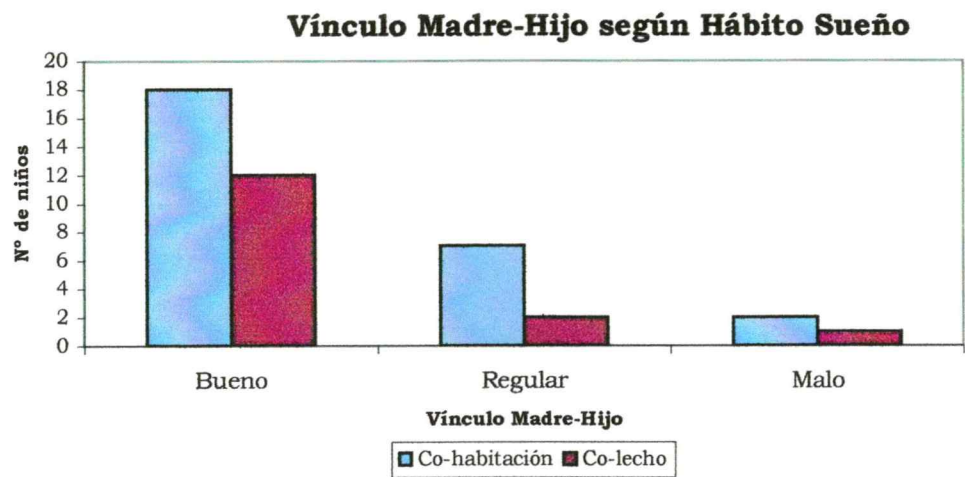


Gráfico N ° 19

Tabla N ° 20: Distribución del nivel de desarrollo psicomotor, según el vínculo madre-hijo de los niños de 15 meses evaluados en la U.S.L.H., en Mar del Plata en Julio de 2002.

Vínculo Madre-Hijo	Nivel de Desarrollo Psicomotor						Total	%
	Normal		Riesgo		Retraso			
	N °	%	N °	%	N °	%		
Bueno	0	0	14	77,8	4	22,2	18	100
Regular	1	14,3	4	57,1	2	28,6	7	100
Malo	0	0	1	50	1	50	2	100
Total	1	3,7	19	70,4	7	25,9	27	100

De los datos observados, un solo niño tiene desarrollo psicomotor normal,y su vínculo con la madre es categorizado como regular. El 77,8% de los niños en Riesgo tienen un vínculo bueno y el 57,1% presenta un vínculo regular. De los niños que tienen retraso en su desarrollo psicomotor, el 28,6% presenta un vínculo regular, mientras que en el 22,2% el vínculo es bueno.

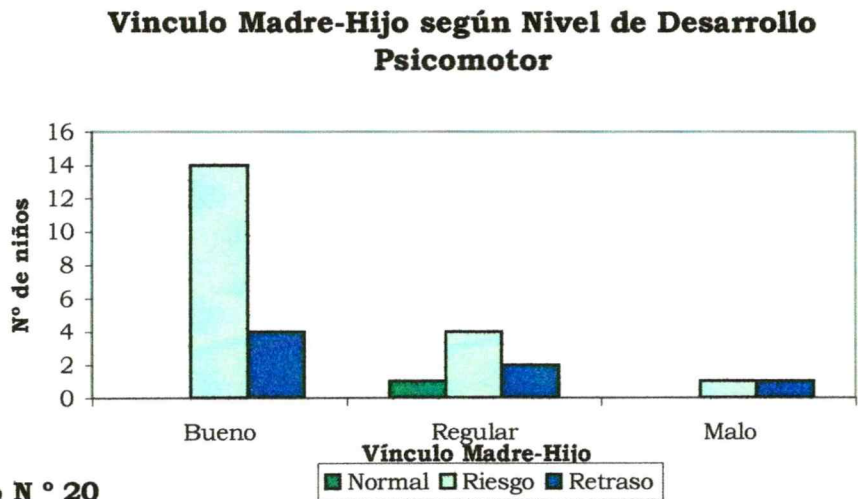


Gráfico N ° 20

Tabla N ° 21: Distribución de la comunicación verbal del niños, Según el vínculo Madre-Hijo, en los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, en Mar del Plata en Julio de 2002.

	Comunicación verbal del niño: verbaliza							
Vínculo Madre-Hijo	Resp. Exitosa		Resp. Negativa		Sit. No Aparec.		Total	%
	N °	%	N °	%	N °	%		
Bueno	7	38,9	0	0	11	61,1	18	100
Regular	2	28,6	0	0	5	71,4	7	100
Malo	0	0	0	0	2	100	2	100
Total	9	33,3	0	0	18	66,7	27	100

En el 71,4 % de los niños que tienen un vínculo regular con su madre la comunicación verbal no aparece, lo mismo sucede con el 61,1% de los niños que tienen vínculo bueno. Sólo en el 38,9 % de los niños que presentan vínculo bueno, las respuestas son exitosas.

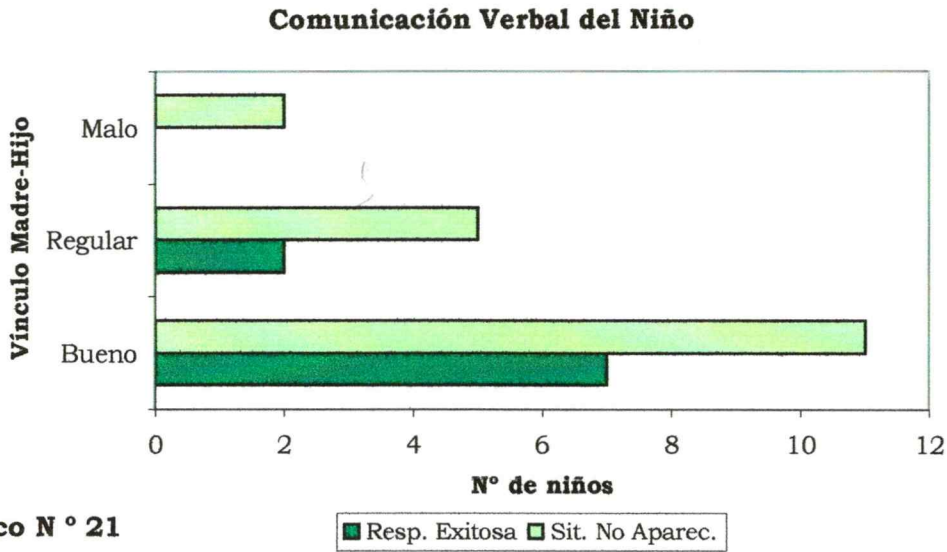


Gráfico N ° 21

Tabla N ° 22: Distribución de la comunicación verbal de las madres, Según el vínculo Madre-Hijo, en los niños de 15 meses evaluados en la Unidad Sanitaria Las Heras, en Mar del Plata en Julio de 2002.

	Comunicación verbal de la madre: le habla a su hijo							
Vínculo Madre-Hijo	Resp. Exitosa		Resp. Negativa		Sit. No Aparec.		Total	%
	N °	%	N °	%	N °	%		
Bueno	8	44,4	0	0	10	55,6	18	100
Regular	3	42,9	0	0	4	57,1	7	100
Malo	2	100	0	0	0	0	2	100
Total	13	48,1	0	0	14	51,9	27	100

El 57,1% de las madres que tienen vínculo regular con sus hijos no tienen comunicación verbal con los mismos durante la observación y el 55,6% de las madres que tiene vínculo . bueno con sus hijos, tampoco establecen una comunicación verbal con los mismos.

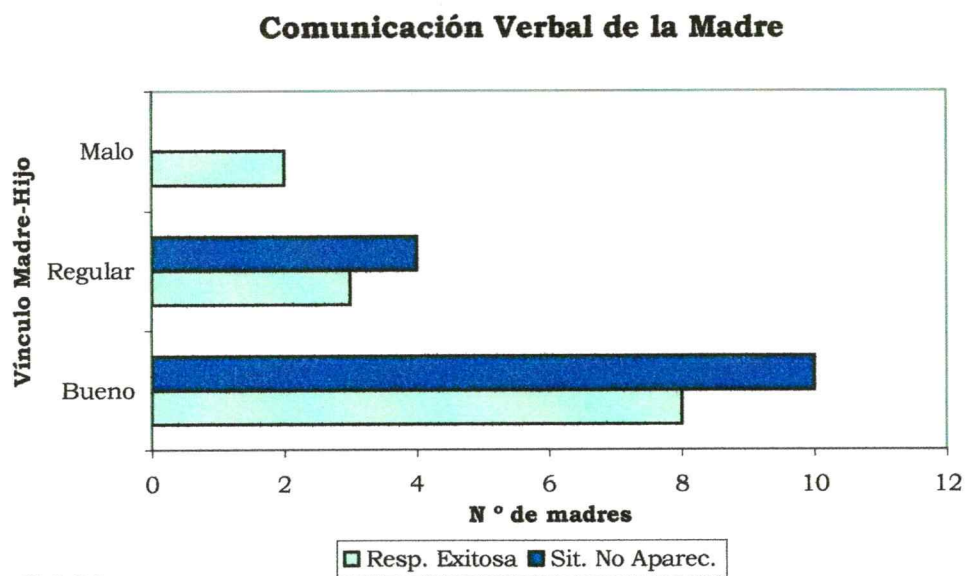


Gráfico N ° 22

ANÁLISIS CUALITATIVO

A los fines de nuestra investigación contamos con una muestra de 27 niños de 15 meses de edad cronológica, sin patologías asociadas, que concurren a los controles pediátricos correspondientes al Programa "control del niño sano" en la Unidad Sanitaria Las Heras de la ciudad de Mar del Plata.

Con el objetivo de determinar el nivel de desarrollo del lenguaje de los niños, se implementó como instrumento de evaluación la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses de Rodríguez, S., Arancibia, V., y Undurraga, C., la cual nos permitió conocer en primera instancia el nivel de desarrollo Psicomotor de los niños y así también, el desarrollo de cada una de las áreas del mismo. Arrojando los siguientes resultados:

- De los 27 niños evaluados, el 74,4% poseen un nivel de desarrollo Psicomotor de Riesgo; un 25,9% presenta un nivel de Desarrollo Psicomotor con Retraso y sólo un 3,7% del total posee un nivel de Desarrollo Psicomotor Normal.

- Analizando las áreas que comprende la escala (lenguaje, social, coordinación y motora), se observaron los siguientes resultados:

1. En el área del Lenguaje el 47,5% de los niños evaluados presentan conductas correspondientes a las edades de 10 y 12 meses, no alcanzando por lo tanto, con lo esperado para su edad cronológica.

2. En relación al área Social, el 32,5% de los niños evaluados presentan conductas correspondientes a las edades de 9, 10 y 12 meses, no alcanzando así las pautas esperadas para su edad cronológica.

3. Con respecto a las áreas Motora y Coordinación, un 15% y un 5% de los niños presentan conductas no acordes a lo esperado para su edad cronológica respectivamente, siendo estos datos poco significativos en relación a lo observado en las áreas de Lenguaje y Social.

Con la finalidad de poder detectar los posibles factores de riesgo que tienen mayor prevalencia en la adquisición del lenguaje, se implementaron dos instrumentos:

- ❖ Una entrevista donde se indagó a las madres de los niños acerca de los estilos de vida del núcleo familiar y de los hábitos de niño, ésta entrevista nos proporcionó los siguientes resultados:

- En relación a los Hábitos Alimenticios, el 70,4% de los niños presentan lactancia materna (con una frecuencia entre 3 a 5 veces por día); el 59,3% de los niños utilizan mamadera (con una frecuencia entre 3 a 6 veces por día) y el 14,8% utiliza chupete.

Sobre éstos datos, se puede observar que en un alto porcentaje de la muestra existe la tendencia de los niños a persistir en hábitos alimenticios (mamadera y lactancia materna) correspondiente a edades anteriores. Si tenemos en cuenta la alta frecuencia en que esto sucede, y que por la edad que tienen estos niños la alimentación debería conformarse por la disminución progresiva de la ingesta de leche a través de la lactancia materna y la mamadera, para ser sustituida por el uso de la taza y un aumento de la ingestión de alimentos sólidos.

- En relación a los Hábitos de Sueño, el 100% de los niños presentan co-habitación, debe tenerse en cuenta que los hogares, en su mayoría cuentan con uno o dos ambientes, no relacionándose con el número de miembros que conviven en ellos, mientras que un alto porcentaje, el 55,2% presentan co-lecho, constituyéndose ésta situación como un hábito inadecuado causado por conductas de apego excesivo y no necesariamente por la falta de un espacio propio para el niño.

Otro dato a considerar, lo constituyen las horas de sueño tanto diurna como nocturna, donde el 55,5% de los niños duermen por la noche entre 10 a 12 horas y de ésta cantidad, el 48,1% duerme entre 2 y 3 horas durante el día, constituyendo las mismas una cantidad de horas que exceden al promedio habitual de horas de sueño para ésta edad.

Sobre estos datos se puede inferir que al ser tan elevada la cantidad de horas que estos niños duermen a lo largo de todo el día, producirían una tendencia a la pasividad e hipoactividad, contrariamente a la actividad esperada para los niños en esta etapa evolutiva.

- En cuanto a los Hábitos de Higiene se observó, que casi la totalidad de los niños son higienizados diariamente y poseen conductas esperadas para su edad cronológica correspondientes al control de esfínteres, como por ejemplo avisar cuando ensuciaron su pañal.

❖ Por otra parte se utilizó la planilla de Observación de Vínculo Madre-Hijo de Lázaro, M y Vera, M, modificada a los efectos de la edad de los niños de la muestra, obteniéndose los siguientes datos:

- En relación a la caracterización del vínculo, el 66,7% de los niños observados correspondieron a la categoría de vínculo Bueno; el 25,9% a vínculo Regular y el 7,4% a la categoría de vínculo Malo.

La planilla utilizada posibilita obtener una categorización general del vínculo (Bueno - Regular - Malo) así como también, al estar dividida en diferentes áreas (comunicación visual, comunicación verbal, comunicación gestual, contacto corporal e interacción emocional) permite una lectura más detallada de cada una de estas, posibilitándonos arribar a los siguientes datos significativos:

1. En relación al área de comunicación verbal (Conducta del Hijo: "El niño verbaliza") se observó que en el 66,7% de los niños las conductas no aparecieron. Otro dato a tener en cuenta de lo observado es que de la totalidad de las madres, el 51,9 % no le hablaron a sus hijos durante la observación.

2. En relación al área de comunicación gestual (Conducta del Hijo: "Expresa sus deseos"), en el 66,6% de los niños ésta conducta no aparece.

3. En el área de contacto corporal, se observa la presencia de conductas consideradas como "llamativas" para los 15 meses de edad cronológica, dado que el 88,9% de los niños busca el contacto cuerpo a cuerpo con su madre y el 81,5% de las madres responden a ésta búsqueda.

❖ De la aplicación del cuestionario complementario de la observación confeccionado para ser realizado a las madres, se obtuvieron los siguientes datos:

- El 59,3% de los niños lloran o se angustian ante la ausencia de su madre.
- El 62,9% de los niños no se relacionan con personas que no pertenezcan al grupo familiar.
- Así mismo, un 62,9% de los niños llora o se retrae frente a la presencia de extraños.
- El 74,1% de los niños busca reiteradamente el contacto corporal con su madre durante el día.

Por último se relevó que el 59,2% de las madres se anticipan a las demandas de sus hijos, no permitiéndoles accionar de manera independiente.

Bajo este mismo análisis detectamos un elevado número de niños con persistencia en los Hábitos de Alimentación, Sueño y situaciones o conductas vinculares inadecuadas para lo esperado según su edad cronológica, lo cual nos lleva a pensar en que la presencia de estos indicadores se constituirían como posibles Factores de Riesgo para su desarrollo integral, relacionándose especialmente con el desarrollo de la autonomía del niño y como parte de éste mismo proceso, con la adquisición y desarrollo del lenguaje.

Por lo tanto cabe destacar, finalizando el análisis de los datos obtenidos, que la mayoría de los niños evaluados se presentan con Riesgo en su Desarrollo Psicomotor acompañándose mayoritariamente de un compromiso en las áreas de Desarrollo del Lenguaje, Social y Emocional con conductas por debajo de lo esperado.

CONSIDERACIONES GENERALES Y CONCLUSION

En la introducción del presente trabajo hacemos referencia a las problemáticas sociales y económicas que desde hace años atravesamos como comunidad, grupo o familia, donde todos nos vemos afectados indefectiblemente.

Es en este contexto en el que elegimos y comenzamos a formarnos para desempeñarnos en el área de la salud, y como futuras Terapistas Ocupacionales, es en este ámbito en el que queremos proponer a través de nuestra investigación, una visión diferente a una problemática presente a lo largo del tiempo como son los diversos factores de riesgo que entorpecen el desarrollo armónico en los niños de nuestro país, con el deseo desde nuestro lugar de generar conocimientos y propuestas que nos lleven a un accionar efectivo dirigido a la población materno- infantil.

Por este motivo comenzamos a pensar y a plantearnos ciertos interrogantes sobre determinadas problemáticas existentes en esta población. Es así como a partir de conocer una realidad concreta "la existencia de niños de 2 años y a veces mayores que concurren a la U.S.L.H que presentan retraso en la adquisición del lenguaje", nos surgió como interrogante conocer la posible incidencia de ciertos factores de riesgo en esta problemática.

Habiendo atravesado cada una de las diferentes instancias de la investigación, podemos dar cuenta que no puede disociarse el sustento teórico de la realidad del trabajo de campo, solo inmersos en ella consideramos una posibilidad de cambio que comienzan a cobrar sentido.

Mas allá de los datos obtenidos, la experiencia en la USLH nos permitió analizar la importancia de ciertas cuestiones que hacen a la Prevención Primaria y al trabajo interdisciplinario:

- * Destacamos el interés que propicio en las madres la realización del control de Terapia Ocupacional en los niños de 15 meses, produciéndose una demanda espontánea en muchas de ellas, consultándonos acerca de la existencia de controles para sus otros hijos. Esto generó además la transmisión oral a otras madres acerca del control que se efectuaba en la sala.

- * En relación a los pediatras que forman parte del equipo interdisciplinario participando en el programa Control del Niño Sano, nuestra presencia en la sala produjo un espacio de intercambio donde fue valorado el accionar desde Terapia Ocupacional aportando una visión integral en el seguimiento del desarrollo de los niños.

Por otra parte la implementación de los instrumentos para la recolección de los datos como la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor y la Planilla de Observación del Vinculo madre - hijo , si bien nos permitieron arribar a datos

estadísticos que posibilitaron hacer un análisis de las situaciones presentadas, también nos produjeron ciertas dificultades al momento de interpretar otros indicadores que hicieron a la realidad que investigamos.

Con respecto a la Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor, una vez evaluada la muestra observamos que en la categorización (Normal, Riesgo, Retraso) existieron niños que presentaron un Desarrollo Psicomotor en Riesgo solo con la ausencia de una conducta correspondiente a su edad cronológica; por lo que se infiere, que en los datos finales la mayoría de los niños hayan sido categorizados en Riesgo. Razón que nos lleva a plantearnos como interrogante si este instrumento es “sensible” para ser utilizado en el recorte de un solo mes de edad cronológica (15 meses).

La utilización de la Planilla para la Observación del Vínculo madre – hijo se aplicó con la finalidad de proporcionarnos datos que consideramos importantes como son las conductas de comunicación visual, verbal, gestual, interacción emocional y contacto corporal, al momento de investigar la adquisición del desarrollo del lenguaje en los niños.

De respetarse la forma de análisis de esta planilla, solo hubiéramos arribado a datos porcentuales, por lo que consideramos de mayor importancia el haber realizado la interpretación de cada una de las áreas específicamente, teniendo en cuenta todas las situaciones dadas, hayan sido éstas: exitosas, negativas, o no aparecidas, lo que nos permitió analizar e interpretar otros datos de carácter cualitativo de suma importancia y relevancia clínica.

Luego de haber expuesto ciertas cuestiones derivadas de nuestra investigación **concluimos que:**

- Un alto porcentaje de los niños evaluados presenta un Desarrollo Psicomotor en Riesgo.
- Las áreas de mayor compromiso en el Desarrollo Psicomotor de los niños fueron el área del Lenguaje y el área Social, presentando conductas por debajo de lo esperado para su edad cronológica.
- En el proceso de adquisición del desarrollo del lenguaje, determinados factores como la persistencia de hábitos y conductas inadecuadas para la edad cronológica, son considerados riesgosos para el mismo, como ser: lactancia materna y uso de mamadera prolongados, excesivas horas de sueño, co-lécho) y conductas de apego excesivo (observándose en los niños retraso en la adquisición de conductas de autonomía)

- Existe una escasa interacción en la comunicación madre-hijo a través del lenguaje gestual y verbal. Así como también falta de comprensión de algunas palabras y consignas simples en los niños.
- Dentro del contexto en el que se desarrollan estos niños corroboramos la real existencia de elementos de riesgo ambientales, económicos, etc., a los que están expuestos.
- Los niños que fueron detectados con indicadores de riesgo en el desarrollo en nuestra investigación, surgieron desde la evaluación realizada y no fueron éstos interpretados así por la mirada pediátrica en el control clínico correspondiente.
- La realización del screening de Terapia Ocupacional efectuado el mismo día en que los niños concurren al control pediátrico, evita la posibilidad de ausentismo en caso de existir turnos diferidos para realizar dicho screening.
- **Los factores emocionales: como el apego excesivo del niño con respecto a la madre, la búsqueda constante del contacto cuerpo a cuerpo, la angustia ante la ausencia de la misma y rechazo e irritabilidad frente a la presencia de extraños, escasa interacción del niño con otros niños y adultos que no pertenecen al grupo familiar primario, etc.); son los que se presentan con mayor frecuencia como factores de riesgo en el desarrollo del lenguaje.**

Si bien esta es solo una aproximación a la problemática actual, creemos que esta visión puede generar muchos otros interrogantes que motiven a investigar y que tengan como objetivo profundizar estos conocimientos.

A través de la experiencia de campo, arribamos a un diagnóstico que nos permitió conocer ciertas características de ésta comunidad, estando la misma en situación de riesgo socio-ambiental, caracterizada por altos índices de desocupación y subocupación, analfabetismo, escasa participación en las diferentes instituciones del barrio (educativas, de salud; sociales, no poseen sociedad de fomento, etc.) deserción escolar, delincuencia juvenil, drogadicción, maltrato y abuso infantil. Esta población

se encuentra en su totalidad por debajo de los niveles de pobreza, con necesidades básicas insatisfechas.

La problemática social afecta a los diferentes sectores de la población; en relación a los niños, éstos se encuentran expuestos a carencias alimentarias, desnutrición, diarreas, enfermedades infecciosas recurrentes, retraso madurativo en las diferentes áreas de su desarrollo por hipoestimulación y demás alteraciones que afectan a su crecimiento y desarrollo armónico.

Es así como la realización de éste trabajo nos permitió dar cuenta de la importancia que tiene el terapeuta ocupacional dentro del campo de la APS al estar inmerso en la comunidad. Esta situación lo hace más objetivo para detectar e interpretar las necesidades, las problemáticas existentes y generar acciones en función de éstas, proponiendo abordajes acordes y permitiendo un aprendizaje a través de la interacción Agente de Salud – Comunidad.

“Ambicionamos que este proceso de interacción y aprendizaje contribuya a que pensemos en la salud como un derecho propio”.

**PROPUESTA DE
PROYECTO DE
TERAPIA
OCUPACIONAL
EN PREVENCIÓN
PRIMARIA Y
SECUNDARIA**

Propuesta de Proyecto en Prevención Primaria y Secundaria desde Terapia Ocupacional en niños de 15 meses y sus familias que concurren al Control del Niño Sano en la Unidad Sanitaria Las Heras

Fundamentación

La investigación que da origen a éste proyecto tuvo como finalidad conocer y detectar los factores de riesgo de mayor incidencia en la adquisición del lenguaje en niños de 15 meses; finalizada la misma, la realidad conocida puso en evidencia la presencia de :

- Un alto porcentaje de los niños evaluados con un Desarrollo Psicomotor en Riesgo.
- Las áreas de mayor compromiso en el Desarrollo Psicomotor de los niños fueron el área del Lenguaje y el área Social, presentando conductas por debajo de lo esperado para su edad cronológica.
- Escasa interacción en la comunicación madre-hijo a través del lenguaje gestual y verbal. Así como también falta de comprensión de algunas palabras y consignas simples en los niños.
- Hábitos y persistencia de conductas inadecuadas para su edad cronológica (lactancia materna y uso de mamadera prolongado, excesivas horas de sueño, co-lecho) y conductas de apego excesivo (observándose en los niños retraso en la adquisición de conductas de autonomía) constituyéndose éstos como factores de riesgo en estrecha relación con el proceso de adquisición y desarrollo del lenguaje.

Además de las conclusiones mencionadas anteriormente debemos destacar diferentes experiencias que fuimos incorporando durante el transcurso de nuestro trabajo de campo, pensando a éstas como indispensables al momento de gestar este proyecto.

En relación a la modalidad del funcionamiento de la unidad sanitaria en el Programa Control del niño sano, pudimos observar que los padres y los niños permanecen en la sala un período de tiempo prolongado desde su ingreso a la misma hasta el momento de ser atendidos, así como también es notable la pasividad y escasa o nula comunicación interpersonal y participación que en ellos se observa.

Esto no sólo se presenta como una característica que emerge en el ámbito de la salud (Unidad Sanitaria), sino como una actitud permanente frente a lo cotidiano. Ante esta realidad, pensamos que la eficacia de un programa se hará evidente en la medida que quienes queremos concretarlo, podamos propiciar en los miembros de la comunidad ser participes en los programas y proyectos de los servicios de salud que están a su disposición.

Para lograr la participación activa en lo que a las problemáticas en materia de salud se refiere, la población debe abandonar la postura asistencialista que adoptó con el correr de los años; en donde sus miembros están “a la espera de ser asistidos” en una actitud pasiva, esto los excluye de la posibilidad de resolver sus problemas para mejorar su calidad de vida.

Considerando los conceptos vertidos por Mirta Videla quien dice “...La Salud es un derecho social básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad del hombre” ⁶⁹ “...esta libertad significa toma de conciencia de las necesidades de cada uno y la lucha por el derecho humano básico inobjetable de poder satisfacerlas..” ⁷⁰

A partir de las cuestiones teóricas antes mencionadas consideramos la posibilidad de implementar, acciones concretas durante el tiempo de espera de las familias anteriormente mencionadas, siendo éstas, actividades complementarias a los “talleres para padres” que se realizan en la actualidad.

Otro aspecto que consideramos es la concientización de los padres acerca de la importancia que tienen las áreas del desarrollo de los niños (motor, coordinación, lenguaje, social, emocional, vincular, etc.) que se vio favorecida al brindarles la posibilidad de acceder a un control realizado, en un mismo día, por diferentes disciplinas, además del control clínico específico, control de crecimiento (talla, peso) y vacunación.

Así también, la realización del screening de Terapia Ocupacional efectuado el mismo día en que los niños concurrieron al control pediátrico propició un intercambio enriquecedor con el resto del equipo que lo ejecuta (pediatría y enfermería).

Señalamos que en la actualidad, la Unidad Sanitaria Las Heras cuenta en su

⁶⁹ Videla, M. Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Ediciones Cinco. Buenos Aires. 1991. Pág. 17.

⁷⁰ Op. Cit. Videla, M. Pág. 26 – 27.

equipo de profesionales con la presencia de una Terapista Ocupacional con una carga horaria de 11 horas semanales. Quien recibe demanda de asistencia derivada del Programa “Control del Niño Sano”, de los Jardines de Infantes y de las escuelas de la zona. Razón por la cual la Terapista Ocupacional no cuenta con la disposición horaria necesaria para efectuar los controles periódicos para una vigilancia efectiva del desarrollo de los niños. Es por esto que sería necesaria la presencia de otro Terapista Ocupacional dentro del equipo interdisciplinario, o una profesional con un modulo horario completo con disposición horaria homóloga al resto del equipo, permitiendo así una mayor dedicación en las diferentes actividades.

Por todo lo antedicho creemos que la inclusión del Terapista Ocupacional al Programa “Control del niño sano” produciría un aporte significativo para el control del desarrollo integral de los niños de 15 meses y la detección precoz de eventuales alteraciones que afecten al mismo. Esto cobra mayor relevancia al observar que los niños que fueron detectados con indicadores de riesgo en el desarrollo en nuestra investigación, surgieron desde la evaluación realizada y no fueron éstos interpretados así por la mirada pediátrica en el control clínico correspondiente.

Consideramos que el Terapista Ocupacional desde el ejercicio de su rol instrumenta diversas estrategias dentro del marco de la Atención Primaria de la Salud para alcanzar los objetivos propuestos en éste proyecto.

Destinatarios:

Los niños de 15 meses de edad cronológica y sus familias, que concurren al Programa Control del Niño Sano en la Unidad Sanitaria Las Heras de la ciudad de Mar del Plata .

Objetivos Generales:

- Promover hábitos adecuados en las familias de los niños de 15 meses que faciliten un desarrollo armónico e integral.
- Valorar el desarrollo de los niños de 15 meses que concurren al Programa “Control del niño sano” en la Unidad Sanitaria Las Heras.

Objetivos Específicos:

- Concientizar acerca de la importancia de la vigilancia del proceso de desarrollo integral de los niños de 15 meses que concurren al Programa Control del Niño Sano en Terapia Ocupacional al resto del equipo.
- Promover la participación activa de los padres en el proceso de desarrollo de sus hijos.
- Brindar información a los padres acerca de las pautas madurativas esperables para los 15 meses de edad cronológica y el modo de facilitarlas.
- Informar a los padres sobre los hábitos inadecuados que inciden en el desarrollo integral del niño a los 15 meses para que logren modificarlos (co- lecho, uso prolongado de mamadera y chupete, lactancia materna prolongada, conductas de apego excesivo).
- Realizar la valoración del desarrollo de cada uno de los niños de 15 meses, que concurren el día del control de salud y realizar la derivación correspondiente, en los casos que fuera necesario.

Indicadores:

- Desarrollo Psicomotor en Riesgo en niños de 15 meses.
- Retraso del Desarrollo a predominio del área del lenguaje y social.

- Persistencia de hábitos y conductas inadecuadas para su edad cronológica en la alimentación: uso prolongado de mamadera, lactancia materna prolongada; sueño: co-lecho, horas de sueño excesivas; vinculares: conductas de apego excesivo, escasa o nula comunicación verbal y gestual madre-hijo, retraso en la adquisición de conductas de autonomía.
- Pasividad y escasa participación de los padres al momento del control de los niños.
- Escasa demanda espontánea al Servicio de Terapia Ocupacional.

Metas:

- Que el 70 % de las madres puedan identificar la presencia de Factores de Riesgo que afecten la salud de los niños y ejercer acciones tendientes a eliminarlos en la medida que sea posible.
- Que el 70 % de las madres logren detectar la presencia de retrasos en la adquisición de las pautas madurativas.
- Incrementar en un 70 % la demanda espontánea al servicio de Terapia Ocupacional.
- Disminuir en un 70 % el número de niños con Retraso en la adquisición del Lenguaje.
- Que el 100 % de los niños de 15 meses que concurren al “Control del niño sano” sean valorados por el Terapeuta Ocupacional.

Actividades:

De Prevención Primaria:

- Taller para padres e hijos: Estará compuesto por un “Taller de discusión” y un “Taller de Juego” los cuales funcionaran de manera alternada y se llevaran a cabo en el Salón de usos múltiples de la Unidad Sanitaria Las Heras el día del “Control del niño sano”, durante el tiempo de espera hasta el momento de la realización del control.
- Talleres de discusión: donde participen los padres de los niños que concurren al Programa Control del niño Sano.

Se propondrán diferentes temáticas como ser: características del Desarrollo Psicomotor de los niños de 15 meses y su importancia. Se propiciará a que los padres generen demandas y aportes sobre temas que sean de su interés.

Así como también se instruirá con indicaciones claras y sencillas de cómo detectar posibles dificultades o signos de alarma en el desarrollo de los niños, etc. Todo esto será reforzado con material gráfico (cartillas, carteleras, etc.)

- Taller de Juego; estos posibilitarán al Terapeuta Ocupacional, conjuntamente con la diada madre-hijo, trabajar diversos aspectos de la interacción emocional, así como también la autonomía progresiva que deben ir adquiriendo los niños y reforzando los conocimientos sobre aquellos hábitos inadecuados que pudieran afectar el desarrollo integral de los niños.

De Prevención Secundaria:

- Screening de Terapia Ocupacional: este permitirá realizar un control del desarrollo integral y detección precoz de posibles alteraciones en los niños de 15 meses el mismo día que concurren al Programa Control del Niño Sano.

- Despistaje Audiológico: con la finalidad de realizar un control audiológico y la detección precoz de posibles alteraciones en los niños de 15 meses.

Recursos:

Humanos:

- Terapeuta Ocupacional (35 horas semanales)
- Alumnas de practica clínica de la carrera de la lic. Terapia Ocupacional (*)
- Asistentes Sociales
- Psicóloga infantil
- Pediatras
- Enfermeras
- Audióloga (**)

(*) Se incluyen alumnas de la carrera de Lic. En Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata .Esta opción esta dada por la existencia de un convenio entre la Municipalidad de Mar del Plata y la carrera de Licenciatura en

Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata donde está establecida la concurrencia a la Unidad Sanitaria Las Heras de las alumnas que realizan sus prácticas clínicas, durante un periodo de cuatro meses aproximadamente. Estas alumnas podrían implementar el proyecto, lo cual permitiría que el mismo tenga continuidad a través de los consecutivos periodos de practica clínica.

(**) La Secretaría de Salud, en I.R.E.M.I cuenta con una Fonoaudiologa que realiza solo Audiología, por lo que se propone contar con este recurso.

Edilicios: En la Unidad Sanitaria Las Heras : la sala de espera, el salón de usos múltiples y el consultorio de Terapia Ocupacional.

Financieros: Se utilizara los recursos humanos (equipo que trabaja en la sala) y edilicios existentes (salas y consultorios disponibles de la Unidad Sanitaria Las Heras).

Tiempo de duración del proyecto:

Se considera la duración de 1 año, para realizar la totalidad de las actividades propuestas.

Evaluación del proyecto:

- **Evaluación de Proceso:** Se realizará cada 3 meses, con la finalidad de efectuar un seguimiento de las actividades realizadas y relevar las necesidades percibidas para determinar si alguna de ellas requiere modificaciones a los fines de alcanzar los objetivos propuestos.

- **Evaluación Final:** Se realizará una vez transcurrido el tiempo estipulado de duración del proyecto para valorar los alcances del mismo.

- **Evaluación de Impacto:** Se considera la realización de la misma alrededor de 6 meses de haber finalizado el proyecto, para identificar cambios de hábitos y/o conductas, demanda espontánea, etc.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Alfaro, M.; Di Donato, A. **Desarrollo Mental y Psicomotor en Niños Nacidos Pequeños para la Edad Gestacional**. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 1997.
- Alonso, M. C. **Desarrollo Psicológico en la Primera Infancia**. Ed. U.N.L.P. 1995.
- Ander-Egg, E. **Técnicas de Investigación Social**. Ed. Humanitas. Buenos Aires.
- Backett, M. Davis, M.; y otros. **El concepto de Riesgo en la asistencia sanitaria. Con especial regencia a la salud materno-infantil y la planificación familiar**. O.M.S. Ginebra. 1985.
- Belaustegui, M., y otros. **Prevención Primaria desde Terapia Ocupacional en madres adolescentes y sus hijos en un medio social adverso**. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 1995.
- Belinchon, M. y otros. **Psicología del Lenguaje. Investigación y teoría**. Edit. Trotta. España 1992.
- Bettelheim, B. **La Fortaleza Vacía**. Edit. Laia. Barcelona. 1967.
- Bowlby, John. **Los Cuidados Maternos y la Salud Mental**. Edit. Humanitas. Buenos Aires. 1964.
- Bras, J.; De la Flor J. E.; Masvidal, R. M. **Pediatría en Atención Primaria**. Ed. Springer – Verlag Ibérica. Barcelona. 1997
- Bucher, H. **Estudio de la Personalidad del Niño a través de la Exploración Psicomotriz**. Ed. Toray-Masson. 1978.
- Cassani, M. **Sobre la Práctica de la Atención Primaria y el Trabajo Comunitario en Salud Mental**. Rev. Intercambios. Año I. N° 1. Agosto-Septiembre. 1989.
- Coriat, L. Jerusalinsky, A. **Cuadernos del Desarrollo Infantil**. Centro Doctora Lidia Coriat. Buenos Aires. Argentina.
- Cusminsky, M; Lejarraga, H. y Cols. **Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño**. O.P.S.- O.M.S. Serie Paltex N° 8. 1986.
- Donati, M.; Guaresti, M. **Niños, Familia y Comunidad: un abordaje desde Terapia Ocupacional**. Edit. C.O.L.T.O.A. 1999.

- Gassier, J. **Manual del Desarrollo Psicomotor del Niño**. Ed. Masson. 2ª Edición. 1990.
- Hernández Zampieri. **Metodología de la Investigación**. Edit. Mac Graw Hill. México 1991.
- Hochmann, J. **Hacia una Psiquiatría Comunitaria**. Tesis para una psiquiatría de los conjuntos. Ed. Amorrostu.. Buenos Aires. Argentina. 1971
- Huberman, C. y otros. **Observación de Lactantes. Signos de Alarma en el Primer año de Vida**. Edit. Kargieman. Buenos Aires. Argentina. 1997.
- Knobel, M. **Psiquiatría Infantil. Psicodinámica**. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1997.
- Kroeger, A. Luna, R. **Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos**. O.P.S. Ed. Pax México. 1992.
- Mark, L.; Batshaw, M. **Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Minusvalidez del Desarrollo**. Edit. Interamericana-Mc Graw-Hill. 1993.
- Matas, S.; Mulvey, M.; y otros. **Estimulación Temprana de 0 a 36 meses. Favoreciendo el Desarrollo**. 5ª Edición. Edit. Lumen-Humanitas. Buenos Aires. Argentina. 1997.
- Medellín, G.; Tascon, E. **Atención Primaria en Salud, Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano**. Tomo I . Nacimiento a edad preescolar. O.P.S. 1995.
- Meyers, R. **Los 12 que Sobreviven. Fortalecimiento de los programas de Desarrollo para la Primera Infancia en el Tercer Mundo**. O.P.S. 1993.
- Morano, J. **Tratado de Pediatría**. 2ª Edición. Editorial Atlanta. Buenos Aires. 1997.
- Munist, M.; Santos, H.; y otros. **Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en Niños y Adolescentes**. O.P.S. O.M.S. 1998.
- Nogara, M. E. **Terapia Ocupacional y el Desarrollo Psicomotor de Niños con Necesidades Básicas Insatisfechas**. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 1997.
- Oiberman, A. **Un método de observación de la relación madre-bebe**. Material bibliográfico de cátedra de Psicopatología Infanto-Juvenil. Lic. En Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la Salud: una antología**. Publicación Científica Nº 557. Washington, D.C. E.U.A. 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. **Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Salud Maternoinfantil**. Serie Paltex Nº 7. Washington, D.C. E.U.A. 1986.

- Organización Panamericana de la Salud. **Salud Maternoinfantil y Atención Primaria de las Américas**. Hechos y tendencias. Publicación Científica 461. Washington, D.C . E.U.A .1984.
- Organización Panamericana de la Salud. **Condiciones de Salud del Niño en las Américas** . Publicación Científica 381. Washington, D.C . E.U.A 1979.
- Organización Panamericana de la Salud. **Hechos y Cifras**. Comunicado de prensa. Oficina de información pública. Washington, D.C. E.U.A.1997.
- Organización Panamericana de la Salud. **Boletín Epidemiológico**. Volumen 17 N° 3. 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. **Mejoría del Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible. Factores para lograr la Equidad**. Comunicado de Prensa. Washington, D.C. E.U.A.1999.
- Organización Panamericana de la Salud. **Manual para la Atención de la Madre y del Niño**. Serie Paltex N° 3. 1983.
- Organización Panamericana de la Salud. **Tareas de Salud Mental en la Comunidad**. Serie Paltex N ° 19. Editor I. Leiar .1992.
- Palacios, J.; Marchesi, A. y Carretero, M. Compiladores. **Psicología Evolutiva. Desarrollo Cognitivo y Social del Niño**. Tomo 2. Alianza Editorial.1ª edición. 1984.
- Pedagogía y Psicología Infantil. Biblioteca Práctica para padres y educadores. **El Lactante**. Edit. Cultural . Madrid. España. 1994.
- Pedagogía y Psicología Infantil. Biblioteca Práctica para padres y educadores. **La Primera Infancia**. Edit. Cultural . Madrid. España. 1994.
- Polit, D.; Hungler, B. **Investigación Científica en Ciencias de la Salud**. 3ª Edición. Edit. Mc Graw-Hill. México.1994.
- Rodríguez, S.; Arancibia, V.; Undurraga, C. **Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses**. Edit. Galdoc. Santiago. Chile. 1974.
- Vega, M. C.; Campisi, A.; Roubicek, M.; y otros. **Prevención y Detección en el Crecimiento y Desarrollo del Niño**. Revista Materia Prima. Año 3 N° 8 junio / agosto. 1998.
- Vega, M. C.; Campisi, A.; Roubicek, M.; y otros. **Prevención y Detección en el Crecimiento y Desarrollo del Niño**. Revista Materia Prima. Año 3- N° 9 septiembre / octubre . 1998.
- Vega, M. C. **Estimulación Temprana en niños de riesgo ambiental alto entre 0 y 2 años en zonas urbanas de la Ciudad de Mar del Plata**. U.N.M.D.P. 1993.

- Vera, M.; Lázaro, M. **Observación Vínculo Madre-Hijo de 6-12 meses.** Unidad Sanitaria Las Heras. Mar del Plata. 1994.
- Videla, M. **Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria.** Ediciones Cinco. Buenos Aires. Argentina. 1991.
- Videla, M. **Psicoprofilaxis Institucional y Comunitaria.** Teoría y Práctica en Prevención Materno-infantil. Edit. Treb. 1ª edición. Buenos Aires. 1984.
- Vigotsky, L. **Pensamiento y Lenguaje.** Edit. Lautaro . Argentina. 1964.
- Willard – Spackman. **Terapia Ocupacional.** 8ª edición. Edit. Medica Panamericana. España .1998.
- Winnicott, D. **El Proceso de Maduración en el Niño.** Edit. Laia. Barcelona.1965.
- Winnicott, D. **Los Procesos de Maduración y el Ambiente Facilitador.** Estudios para una Teoría del Desarrollo Emocional. Edit. Piados. 1ª edición. Buenos Aires. 1993.
- Zurro, M. Cano Pérez, J. F. **Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de atención en la consulta .**Edit. Doyma.1986.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA EN INTERNET

Listado de direcciones de páginas de Internet consultadas

- Ardovin, J.; Bustos, C.; Jarpa, M. **La Adquisición del Lenguaje en los Niños.** 1998. <http://udec.cl/elbustos/apsique/apre/lenguaje.html>
- Bortman, M.; Verdejo, G.; y otros. **Situación de la Equidad en Salud.** O.P.S. Argentina. 1999. <http://www.ops.org.ar/equidad/condiciones.htm>
- Díaz Molina, Marcelo. **Desarrollo Normal del Lenguaje.** <http://pediatriaenlared.com/index.m>
- Galbe Sánchez Ventura, José. **Supervisión del Crecimiento y Desarrollo.** Asociación Española de Pediatría de atención Primaria. <http://www.aepap.org/previnfad/crecimiento.htm#develF>
- Guiraldes, E.; Ventura, P. **Manual de Pediatría.** <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/Presentac.html>
- Lejarraga, H.; Grenoville, M. **Cumbre Mundial de la Infancia.** UNICEF. Sociedad Argentina de Pediatría. <http://www.sap.org.ar>
- Lejarraga, H. **Salud Materno-Infanto-Juvenil en Cifras. 2001.** <http://www.sap.org.ar/profesionales/estadisticas/smij2001/index.html#def>
- Martínez Sánchez, E.; Díaz González, S.; y otros. **Uso del Chupete: Beneficios y Riesgos.** Anales Españoles de Pediatría. Diciembre 2000. Volumen 53 N° 06. P580-585. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdcbgi.exe/doyma/home.home>
- Milito, I. **Estimulación del Lenguaje en Niños de Primer Ciclo de Educación General Básica.** <http://www.espaciologopedico.com>
- Organización de las Naciones Unidas. **Problemas y Riesgos Específicos de Salud.** <http://tips.org.uy/onuarg/salud.htm>
- O.P.S. **Tercera Evaluación de la Estrategia Salud para Todos.** Boletín Epidemiológico. Volumen 17 N° 3. Septiembre 1996 http://www.paho.org/default_spa.htm
- O.P.S.- O.M.S. **Análisis de la Situación de Salud en las Américas. 1999-2000.** Boletín Epidemiológico. Volumen 21 N° 4. Diciembre de 2000. http://www.paho.org/Spanish/SHA/be_vln4-cover.htm
- Torralba, T.; Cugnasco, I., y otros. **Desarrollo Mental y Motor en los Primeros Años de Vida: su relación con la estimulación ambiental y el nivel socio-económicos.** Archivos argentinos de pediatría. 1999;97(5):3306. <http://sap.org.ar/archivos/index.htm>
- UNICEF. **Convención sobre los Derechos del Niño. 10º Aniversario.** <http://www.unicef.org/spanish/crc/crc.html>

- UNICEF. **Estado Mundial de la Infancia. 2000. Primera Infancia.**

<http://www.unicef.org/spanish/sowc01/foreword.htm>

ANEXOS

ENTREVISTA: DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

1) Datos del niño

Informa:.....

Apellido y Nombre

Fecha de nacimiento: Edad:

Edad gestacional: < de 37 semanas
> de 41 semanas

Peso al nacer: < de 2500gr.
> de 2500gr.Peso actual:

Vacunación completa: Si..... No.....
Concurre a guardería / comedor Si..... No.....

Hábitos
Alimentación uso de chupete Si..... No..... Observaciones.....
uso de mamadera Si..... No..... Observaciones.....
pecho Si..... No..... Observaciones.....

Sueño co-habitación Si..... No..... Observaciones.....
co-lecho Si..... No..... Observaciones.....
horas día..... noche..... Observaciones.....

Higiene entrenam. de esfinteres Si..... No..... Observaciones.....
baño: diario:.... frecuencia.....

2) Información de los padres:

Nombre y Apellido:

Madre: Edad:.....
Padre:..... Edad:.....
Estado civil: casado... soltero..... unión de hecho..... separado..... viudo.....

Nivel de instrucción

	Prim. C.	Prim. Inc	Sec. C.	Sec. Inc.	Superior	Sin Instrucción
Madre						
Padre						

Ocupación Laboral:

Madre Si..... estable..... temporario.....
Con quién permanece el niño durante las horas de trabajo?.....
No trabaja:.....

Padre Si..... estable..... temporario.....
No trabaja:.....

3) Vivienda

propia.....	Nº de ambientes.....
alquilada.....	
cedida.....	Nº de habitantes.....
usurpada.....	
individual.....	
compartida.....	

Materiales de construcción:

paredes:.....

pisos:.....

techo:.....

4) Servicios y Sanitarios

Baño:

inodoro:.....	interno.....	externo.....
letrina.....	interno.....	externo.....

Luz:

eléctrica: Si..... No..... Otros.....

Agua:

	Si	No
pozo		
red		
otros:		

Gas:

	Si	No
natural		
envasado		
otros:		

Observaciones:.....

.....

Nombre y Apellido del niño:.....		Fecha de observación:.....		Valoración:		total de situaciones presentadas:.....		porcentaje	
Fecha de nacimiento:.....						total de respuestas exitosas:.....		categoría	
AREA		Situación	CONDUCTA		Si	No	No Aparece		
Comunicación visual	Hijo	a	Le mira						
		b	Responde a la mirada de su madre						
	Madre	a	Responde a la mirada de hijo						
		b	Lo mira						
Comunicación verbal	Hijo	c	Verbaliza						
		c	Responde verbalizando a las palabras de la madre						
	Madre	c	Responde a la verbalización de su hijo						
		c	Le habla						
Comunicación gestual		e	Le sonríe						
		f	Responde a la sonrisa de su madre						
	Hijo	g	Expresa su alegría por medio de gestos y movimientos						
		h	Imita gestos de su madre						
		i	Expresa sus deseos						
		e	Responde a la sonrisa de su hijo						
	Madre	f	Le sonríe						
		g	Repite expresiones de alegría de su hijo						
Contacto corporal		h	Se expresa gestualmente						
		i	Interpreta y responde a los deseos de su hijo						
		j	Busca contacto cuerpo a cuerpo						
	Hijo	k	Le abraza						
		l	Acepta el contacto de su madre						
		j	Acepta el contacto del niño cuerpo a cuerpo						
	Madre	k	Responde al abrazo de su hijo						
		l	Toca y acaricia el cuerpo de su hijo						
Interacción emocional		m	Demanda insistentemente la presencia de su madre						
	Hijo	n	Responde a la demanda de su madre						
		o	Llora						
		p	Se tranquiliza cuando su madre se acerca o le habla						
		q	Se desplaza o trata de desplazarse hacia su madre						
		r	No demanda sus necesidades						
		m	Responde a la demanda de su hijo						
	Madre	n	Demanda la atención de su hijo						
		o	Calma el llanto de su hijo						
		p	Se acaricia o habla a su hijo cuando se angustia						
		q	Anticipa el acercamiento de su hijo						
		r	Se anticipa a las demandas de su hijo						

CUESTIONARIO A LA MADRE

Apellido y Nombre del niño:

Edad:

	SI	NO
El niño/a permanece durante algún momento del día con otras personas?		
Llora o se angustia cuando usted está ausente?		
Disminuye la angustia o el llanto ante su presencia?		
El niño/a se relaciona con personas que no pertenezcan al núcleo familiar (vecinos, amigos, etc.)?		
El niño/a llora, se retrae o angustia frente a la presencia de extraños?		
El niño/a busca reiteradamente el contacto corporal con usted?		
Usted responde al contacto corporal rápidamente?		
El niño/a expresa sus deseos gestualizando o verbalizando?		
Usted se anticipa a las demandas de su hijo?		

Nombre de la madre:
 Nombre del niño:
 Fecha de evaluación:
 Fecha de nacimiento:
 Establecimiento:
 Edad matenal:
 E. Cronológica: (días)
 Em/Ec: PE = C.D =
 (meses)

 Peso: Talla:

Nombre de la madre:
 Nombre del niño:
 Fecha de evaluación:
 Fecha de nacimiento:
 Establecimiento:
 Edad matenal:
 E. Cronológica: (días)
 Em/Ec: PE = C.D =
 (meses)

 Peso: Talla:

Edad	Item	Puntaje	Ponderación	Observaciones
Nueve	41 (M)		6 c/u	
	42 (M)			
	43 (C)			
	44 (C)			
	45 * (LS)			
Diez	46 (C)		6 c/u	
	47 (S)			
	48 (C)			
	49 (C)			
	50 (SL)			
Meses				
Doce	51 (M)		12 c/u	
	52 (C)			
	53 * (M)			
	54 (LS)			
	55 * (L)			
Meses				
Quince	56 (M)		18 c/u	
	57 (C)			
	58 (C)			
	59 (C)			
	60 * (L)			
Meses				

El asterisco indica que se trata de una pregunta al a madre o acompañante.

Dieciocho	61	(LS)	Muestra sus zapatos	.....	18 c/u	.....
	62	(M)	Camina varios pasos hacia el lado	.....		.....
	63	(M)	Camina varios pasos hacia atrás	.....		.....
	64	(C)	Retira inmediatamente la pastilla de la botella	.....		.....
	65	(C)	Atrae el cubo con un palo	.....		.....
Veintiun	66	(L)	Nombra un objeto de los cuatro presentados	.....	18 c/u	.....
	67	(L)	Imita tres palabras en el momento del examen	.....		.....
	68	(C)	Construye una torre con tres cubos	.....		.....
	69 *	(L)	Dice al menos seis palabras	.....		.....
Meses	70 *	(LS)	Usa palabras para comunicar deseos	.....		.....
Veinticuatro	71	(M)	Se para en un pie con ayuda	.....	18 c/u	.....
	72	(L)	Nombra dos objetos de los cuatro presentados	.....		.....
	73 *	(S)	Ayuda en tareas simples	.....		.....
Meses	74	(L)	Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca	.....		.....
	75	(C)	Construye una torre con cinco cubos	.....		.....

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

EJEMPLOS : TRES CASOS CLINICOS

ENTREVISTA: DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

1) Datos del niño

Apellido y Nombre: Bianca

Informa: madre

Fecha de nacimiento: 26/4/2001

Edad: 15 meses

Edad gestacional: < de 37 semanas

> de 41 semanas

Peso al nacer: < de 2500gr.

Peso actual: 9.850 grs.

> de 2500gr. X

Vacunación completa: Si X No

Concurre a guardería/comedor SI NO X

Hábitos

Alimentación

uso de chupete Si No X Observaciones.....

uso de mamadera Si X No Observaciones 2 v por día

pecho Si X No Observaciones 2 v. por día

Sueño

co-habitación Si X No Observaciones.....

co-lecho Si X No Observaciones.....

horas día: 2 hs noche 10 hs Observaciones.....

Higiene

entrenam. de esfinteres Si No X Observaciones.....

baño diario X frecuencia:

2) Información de los padres:

Nombre y Apellido:

Madre: Segunda

Edad: 18

Padre:

Edad:

Estado civil: casado soltero X unión de hecho separado viudo

Nivel de instrucción

	Prim. C.	Prim. Inc	Sec. C.	Sec. Inc.	Superior	Sin Instrucción
Madre		X				
Padre						

Ocupación Laboral:

Madre	Si	estable	temporario
Con quién permanece el niño durante las horas de trabajo?			
	No trabaja	X	
Padre	Si	estable	temporario
	No trabaja		

3) Vivienda

propia	Nº de ambientes: 2
alquilada	
cedida	Nº de habitantes: 6 personas
usurpada	
individual	
compartida	X

Materiales de construcción:

paredes: ladrillo
pisos: cemento
techo: chapa

4) Servicios y Sanitarios

Baño:

inodoro: X	interno: X	externo:
letrina:	interno:	externo:

Luz:

eléctrica: Si X No Otros

Agua:

	Si	No
pozo	X	
red		

otros:.....

Gas:

	Si	No
natural		
envasado	X	

otros:.....

Observaciones: control pediátrico, registro: maduración adecuada

CUESTIONARIO A LA MADRE

Apellido y Nombre del niño: Bianca

Edad: 15 meses

	SI	NO
El niño/a permanece durante algún momento del día con otras personas?	X	
Llora o se angustia cuando usted está ausente?		X
Disminuye la angustia o el llanto ante su presencia?		
El niño/a se relaciona con personas que no pertenezcan al núcleo familiar (vecinos, amigos, etc.)?		X
El niño/a llora, se retrae o angustia frente a la presencia de extraños?		X
El niño/a busca reiteradamente el contacto corporal con usted?	X	
Usted responde al contacto corporal rapidamente?	X	
El niño/a expresa sus deseos gestualizando o verbalizando?		X
Usted se anticipa a las demandas de su hijo?	X	

Fecha de nacimiento: 26-4-01		Fecha de observación: 29-7-02		total de respuestas exitosas: 3		categoría Regular	
AREA	Situación	CONDUCTA		Si	No	No Aparece	
Comunicación visual	Hijo	a	La mira			X	
	Madre	b	Responde a la mirada de sumadre		X		
		a	Responde a la mirada de hijo			X	
		b	Lo mira	X			
Comunicación verbal	Hijo	c	Verbaliza	X			
	Madre	c	Responde verbalizando a las palabras de la madre			X	
		c	Responde a la verbalización de su hijo		X		
		c	Le habla			X	
Comunicación gestual	Hijo	e	Le sonríe			X	
		f	Responde a la sonrisa de su madre			X	
		g	Expresa su alegría por medio de gestos y movimientos			X	
		h	Limita gestos de su madre			X	
		i	Expresa sus deseos	X			
	Madre	e	Responde a la sonrisa de su hijo			X	
		f	Le sonríe			X	
		g	Repite expresiones de alegría de su hijo			X	
		h	Se expresa gestualmente			X	
		i	Interpreta y responde a los deseos de su hijo	X			
Contacto corporal	Hijo	j	Busca contacto cuerpo a cuerpo	X			
	Madre	k	La abraza			X	
		l	Acepta el contacto de su madre	X			
		j	Acepta el contacto del niño cuerpo a cuerpo	X			
Interacción emocional	Madre	k	Responde al abrazo de su hijo			X	
		l	Toca y acaricia el cuerpo de su hijo	X			
		m	Demanda insistentemente la presencia de su madre			X	
		n	Responde a la demanda de su madre			X	
	Hijo	o	Llora			X	
		p	Se tranquiliza cuando su madre se acerca o le habla			X	
		q	Se desplaza o trata de desplazarse hacia su madre	X			
		r	No demanda sus necesidades	X			
		m	Responde a la demanda de su hijo			X	
		n	Demanda la atención de su hijo			X	
Madre	o	Calma el llanto de su hijo			X		
	p	Se acaricia o habla a su hijo cuando se angustia			X		
	q	Anticipa el acercamiento de su hijo	X				
	r	Se anticipa a las demandas de su hijo	X				

ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0-24 MESES

Nombre de la madre: Segunda
 Nombre del niño: Blanca
 Fecha de evaluación: 29/07/02
 Fecha de nacimiento: 26/04/01
 Establecimiento: Unidad Sanitaria Las Heras

Edad mental: 468
 E. Cronológica: 453 (días)
 Em/Ec: 1.03 PE = C.D =
 15 (meses)
 0.85
 Peso: Talla:

Desarrollo

Psicomotor

normal

de riesgo

con retraso

Edad		Ítem	Puntaje	Ponderación	Observaciones
Nueve	41	(M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble	.....	6 c/u	.....
	42	(M) Camina sostenido bajo los brazos	.....		.....
	43	(C) Toma la pastilla con participación del pulgar	.....		.....
	44	(C) Encuentra el cubo bajo el pañal	.....		.....
	45 *	(LS) Reacciona a comentarios verbales	.....		.....
Diez	46	(C) Toma la pastilla con pulgar e índice	.....	6 c/u	.....
	47	(S) Imita gestos simples	.....		.....
	48	(C) Toma el tercer cubo dejando uno de los dos primeros	.....		.....
	49	(C) Junta cubos en la línea media	.....		.....
	50	(SL) Reacciona al no - no	.....		.....
Doce	51	(M) Camina algunos pasos de la mano	12.....	12 c/u	.....
	52	(C) Junta las manos en la línea media	12.....		.....
	53 *	(M) Se pone de pie solo	12.....		.....
	54	(LS) Entrega como respuesta a una orden	12.....		.....
	55 *	(L) Dice al menos dos palabras	12.....		.....
Quince	56	(M) Camina solo	18.....	18 c/u	.....
	57	(C) Introduce pastilla en la botella	18.....		.....
	58	(C) Espontáneamente garabatea	18.....		.....
	59	(C) Toma el tercer cubo conservando los dos primeros	18.....		.....
	60 *	(L) Dice al menos tres palabras	18.....		.....

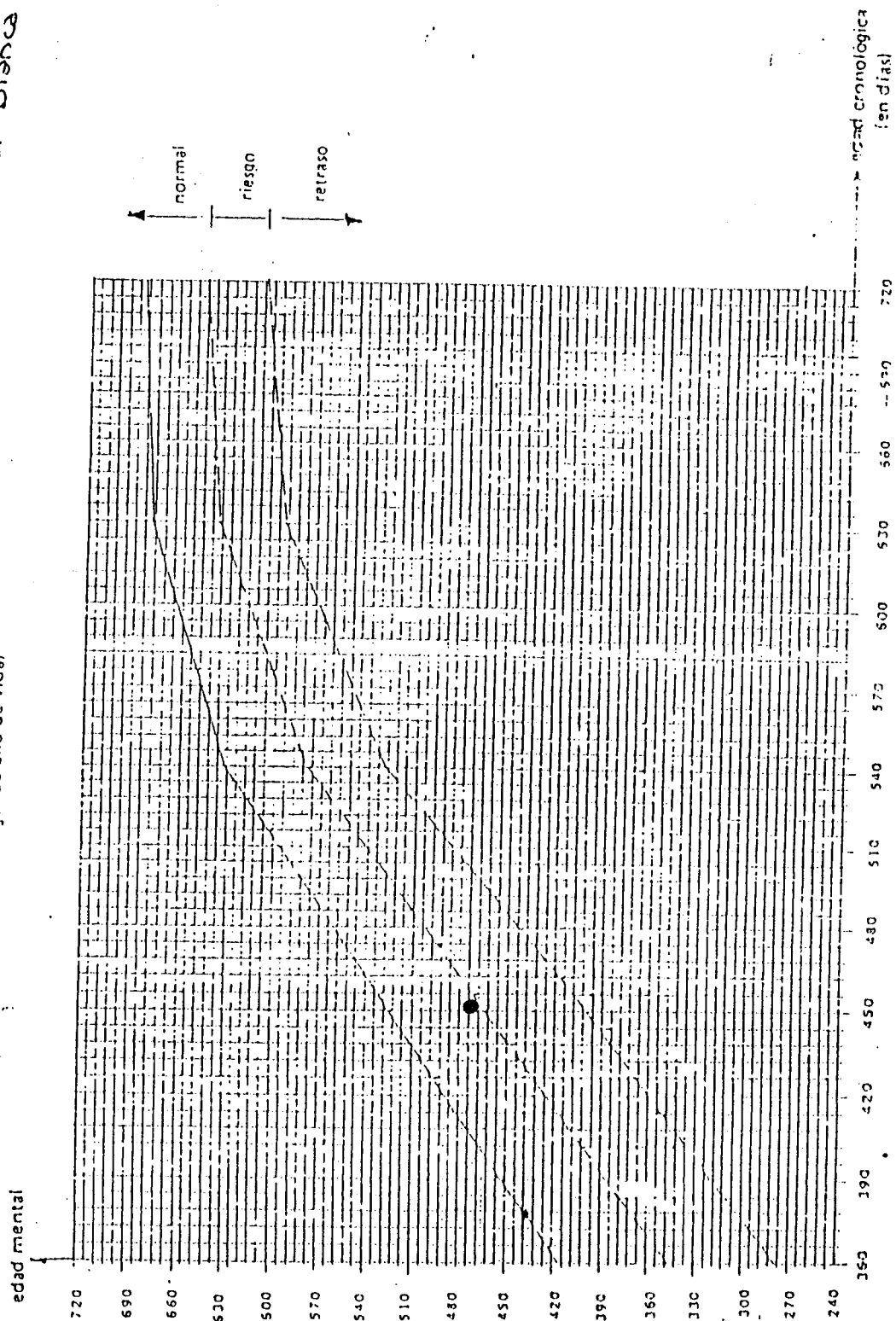
Dieciocho	61	(LS)	Muestra sus zapatos	0.....	18 c/u	.....
	62	(M)	Camina varios pasos hacia el lado	0.....		.....
	63	(M)	Camina varios pasos hacia atrás	0.....		.....
Meses	64	(C)	Retira inmediatamente la pastilla de la botella	18.....		.....
	65	(C)	Atrae el cubo con un palo	0.....		.....
Veintiun	66	(L)	Nombra un objeto de los cuatro presentados	.....	18 c/u	.....
	67	(L)	Imita tres palabras en el momento del exámen	.....		.....
	68	(C)	Construye una torre con tres cubos	.....		.....
Meses	69 *	(L)	Dice al menos seis palabras	.....		.....
	70 *	(LS)	Usa palabras para comunicar deseos	.....		.....
Veinticuatro	71	(M)	Se para en un pie con ayuda	.....	18 c/u	.....
	72	(L)	Nombra dos objetos de los cuatro presentados	.....		.....
	73 *	(S)	Ayuda en tareas simples	.....		.....
Meses	74	(L)	Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca	.....		.....
	75	(C)	Construye una torre con cinco cubos	.....		.....

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

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 24 meses (Rodríguez, S., et al.)
 Stgo. - Chile

Gráfico de Desarrollo Psicomotor*
 (Segundo año de vida)

Nombre: **Bianca**



* frecuencias buildas. 18 meses y en adelante según baremo nivel 100. es. medio-alto

අනුමැතිය: 2019

PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR

area	edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
coordinación	1				16	22	27	32		43	46			57						54	56				75
	2		3		17	23	28	35	39	44	49		52	58						55					75
social	3		5																						
	4		7		20	21	30	34		45	47		54							51	70				73
lenguaje	5		7		17																				
	6		10		20	21	30	33	40	45	50		52	60						61	55 59				72
materna	7												55												
	8		9		18	24	25	31	36	41			51							52					74
	9				19	25			37	42			53							53					71

área	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
coordinación	4	3	12	16	22	27 28 29	32	39	43	45 48 49	52	57 58 59	64	68	75
social	1	5 7 3	11	20	21	30	34		45	47 50	54		61	70	73
lingüística	2	7 10	12 15	17 20	21	30	33	40	45	50	54	60	61	66 69	72 74
motora	3	9	14	18	24	26	31	36 37 38	41		51	56	62		71
	5			19	25			38	42		53		63		

ENTREVISTA: DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

1) Datos del niño

Apellido y Nombre: Gonzalo

Informa: madre

Fecha de nacimiento: 16/4/2001

Edad: 15 meses

Edad gestacional: < de 37 semanas

> de 41 semanas

Peso al nacer: < de 2500gr.

Peso actual: 10. 680 grs.

> de 2500gr. X

Vacunación completa: Si X No

Concurre a guardería/comedor SI NO X

Hábitos

<u>Alimentación</u>	uso de chupete	Si	No	X	Observaciones.....
	uso de mamadera	Si	No	X	Observaciones.....
	pecho	Si	X	No	Observaciones 7-8 v. por día
<u>Sueño</u>	co-habitación	Si	X	No	Observaciones.....
	co-lecho	Si	X	No	Observaciones.....
	horas día: 2 hs	noche	10 hs		Observaciones.....
<u>Higiene</u>	entrenam. de esfinteres	Si	No	X	Observaciones.....
	baño	diario			frecuencia: día por medio

2) Información de los padres:

Nombre y Apellido:

Madre: Olga

Edad: 29

Padre: Jorge

Edad: 41

Estado civil: casado soltero

unión de hecho X separado viudo

Nivel de instrucción

	Prim. C.	Prim. Inc	Sec. C.	Sec. Inc.	Superior	Sin Instrucción
Madre	X					
Padre	X					

Ocupación Laboral:

Madre Si estable temporario
Con quién permanece el niño durante las horas de trabajo?
No trabaja X

Padre Si X estable X temporario
No trabaja

3) Vivienda

propia X N° de ambientes: 1
alquilada
cedida N° de habitantes: 6 personas
usurpada
individual
compartida

Materiales de construcción:

paredes: ladrillo
pisos: mosaico
techo: tejas

4) Servicios y Sanitarios

Baño:

inodoro: X interno: X externo:
letrina: interno: X externo:

Luz:

eléctrica: Si X No Otros

Agua:

 Si No
pozo
red X
otros:.....

Gas:

 Si No
natural
envasado X
otros:.....

Observaciones: control pediátrico, registro: maduración adecuada

CUESTIONARIO A LA MADRE

Apellido y Nombre del niño: Gonzalo

Edad: 15 meses

	SI	NO
El niño/a permanece durante algún momento del día con otras personas?		X
Llora o se angustia cuando usted está ausente?		X
Disminuye la angustia o el llanto ante su presencia?		
El niño/a se relaciona con personas que no pertenezcan al núcleo familiar (vecinos, amigos, etc.)?	X	
El niño/a llora, se retrae o angustia frente a la presencia de extraños?	X	
El niño/a busca reiteradamente el contacto corporal con usted?	X	
Usted responde al contacto corporal rapidamente?		X
El niño/a expresa sus deseos gestualizando o verbalizando?	X	
Usted se anticipa a las demandas de su hijo?	X	

		Situación	CONDUCTA		Si	No	No Aparece
Comunicación visual	Hijo	a	Le mira		X		
		b	Responde a la mirada de su madre		X		
	Madre	e	Responde a la mirada de hijo		X		
		b	Lo mira		X		
Comunicación verbal	Hijo	c	Verbaliza		X		
		c	Responde verbalizando a las palabras de la madre				X
	Madre	c	Responde a la verbalización de su hijo				X
		c	Le habla				X
Comunicación gestual		e	Le sonríe				X
		f	Responde a la sonrisa de su madre		X		
	Hijo	g	Expresa su alegría por medio de gestos y movimientos		X		
		h	Imita gestos de su madre				
		i	Expresa sus deseos				X
		e	Responde a la sonrisa de su hijo				X
		f	Le sonríe		X		
	Madre	g	Repite expresiones de alegría de su hijo		X		
		h	Se expresa gestualmente		X		
		i	Interpreta y responde a los deseos de su hijo				X
		j	Busca contacto cuerpo a cuerpo				X
	Hijo	k	La abraza		X		
Contacto corporal		l	Acepta el contacto de su madre		X		
		j	Acepta el contacto del niño cuerpo a cuerpo		X		
	Madre	k	Responde al abrazo de su hijo		X		
		l	Toca y acaricia el cuerpo de su hijo		X		
Interacción emocional		m	Demanda insistentemente la presencia de su madre		X		X
	Hijo	n	Responde a la demanda de su madre				
		o	Llora		X		
		p	Se tranquiliza cuando su madre se acerca o le habla				X
		q	Se desplaza o trata de desplazarse hacia su madre				X
		r	No demanda sus necesidades		X		
		m	Responde a la demanda de su hijo				X
	Madre	n	Demanda la atención de su hijo				X
		o	Calma el llanto de su hijo		X		
		p	Se acaricia o habla a su hijo cuando se angustia				X
		q	Anticipa el acercamiento de su hijo				X
		r	Se anticipa a las demandas de su hijo		X		X

ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0-24 MESES

Nombre de la madre: Olga
 Nombre del niño: Gonzalo
 Fecha de evaluación: 29/07/02
 Fecha de nacimiento: 16/04/01
 Establecimiento: Unidad Sanitaria Las Heras

Edad mental: 414
 E. Cronológica: 463 (días)
 Em/Ec: 0.89
 PE = C.D = 0.72
 Peso:
 Talla:

Desarrollo
 Psicomotor

normal
 de riesgo
 con retraso

Edad		Ítem	Puntaje	Ponderación	Observaciones
Nueve	41	(M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble	.....	6 c/u	.....
	42	(M) Camina sostenido bajo los brazos	.....		.....
	43	(C) Toma la pastilla con participación del pulgar	.....		.....
	44	(C) Encuentra el cubo bajo el pañal	.....		.....
	45 *	(LS) Reacciona a comentarios verbales	.....		.....
Diez	46	(C) Toma la pastilla con pulgar e índice	.....	6 c/u	.....
	47	(S) Imita gestos simples	.....		.....
	48	(C) Toma el tercer cubo dejando uno de los dos primeros	.....		.....
	49	(C) Junta cubos en la línea media	.....		.....
	50	(SL) Reacciona al no - no	.....		.....
Doce	51	(M) Camina algunos pasos de la mano	12.....	12 c/u	.....
	52	(C) Junta las manos en la línea media	12.....		.....
	53 *	(M) Se pone de pie solo	12.....		.....
	54	(LS) Entrega como respuesta a una orden	12.....		.....
	55 *	(L) Dice al menos dos palabras	12.....		.....
Quince	56	(M) Camina solo	18.....	18 c/u	.....
	57	(C) Introduce pastilla en la botella	18.....		.....
	58	(C) Espontáneamente garabatea	0.....		.....
Meses	59	(C) Toma el tercer cubo conservando los dos primeros	18.....		.....
	60 *	(L) Dice al menos tres palabras	0.....		mamá - papá

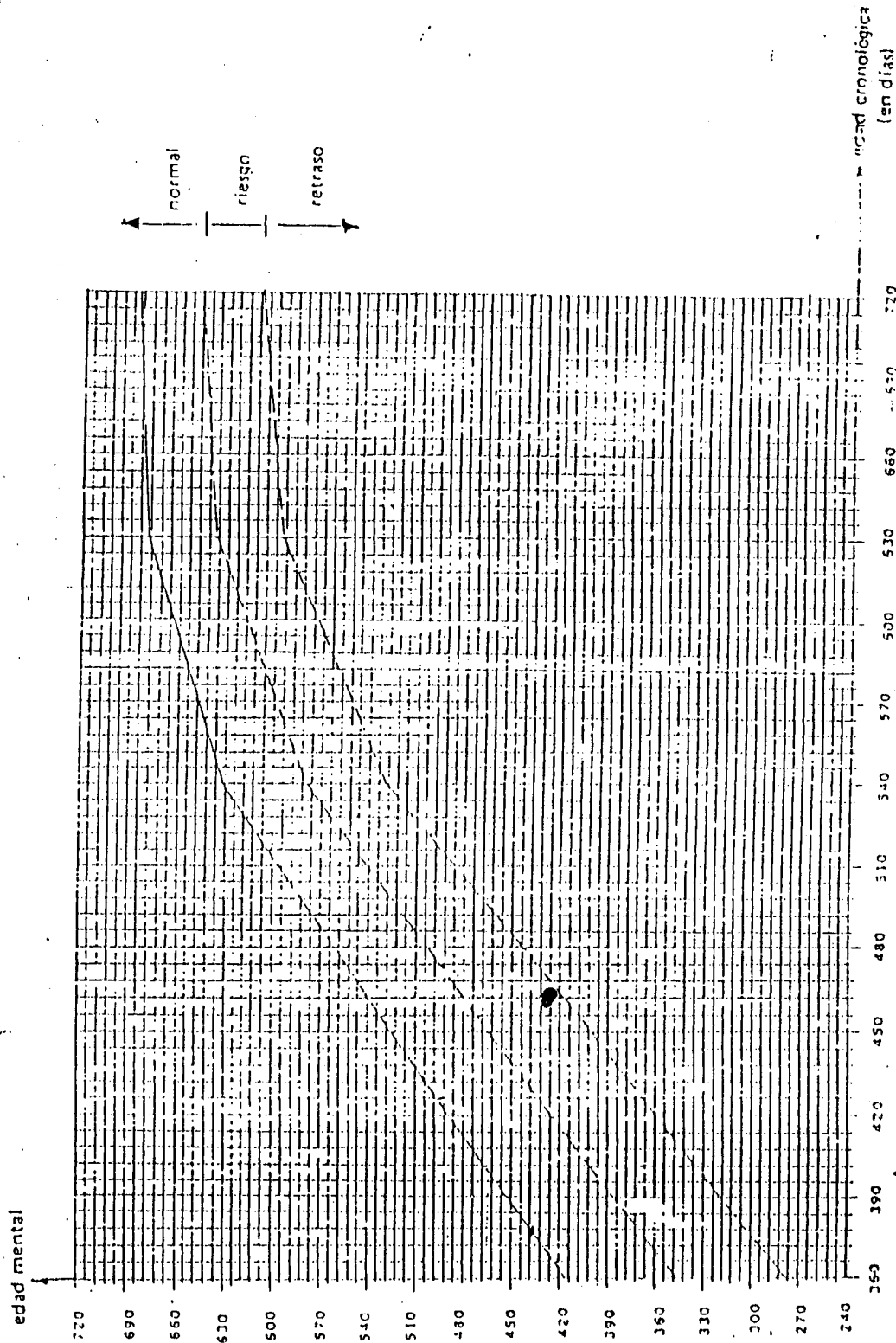
Dieciocho	61	(LS) Muestra sus zapatos	0.....	18 c/u	.....
	62	(M) Camina varios pasos hacia el lado	0.....		.....
	63	(M) Camina varios pasos hacia atrás	0.....		.....
Meses	64	(C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella	0.....		.....
	65	(C) Atrae el cubo con un palo	0.....		.....
Veintiun	66	(L) Nombra un objeto de los cuatro presentados	.....	18 c/u	.....
	67	(L) Limita tres palabras en el momento del exámen	.....		.....
	68	(C) Construye una torre con tres cubos	.....		.....
Meses	69 *	(L) Dice al menos seis palabras	.....		.....
	70 *	(LS) Usa palabras para comunicar deseos	.....		.....
Veinticuatro	71	(M) Se para en un pie con ayuda	.....	18 c/u	.....
	72	(L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados	.....		.....
	73 *	(S) Ayuda en tareas simples	.....		.....
Meses	74	(L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca	.....		.....
	75	(C) Construye una torre con cinco cubos	.....		.....

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

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 24 meses (Rodríguez, S., et al.)
Stgo. - Chile

Gráfico de Desarrollo Psicomotor*
(Segundo año de vida)

Nombre: Gonzalo



* frecuencias buildas. 13 meses y en adelante según baremo nivel soc. ec. medio-alto

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

PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR

Nombre: Gonzalo

área	edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
coordinación	4			12	16	22	27	32		43	46	57	64			
			3	13	17	23	28	35	39	44	49	58	65	75		
social			6	11	20	21	30	34		45	47			61	70	73
			7	12	17	21	30	33	40	45	50	54				
lenguaje	2		7	10	15	20	24	30	33	40	50	54	60	66	72	
			10	15	20	24	30	33	40	45	50	54	60	66	72	
motora	3		9	14	18	24	26	31	36	41		51	56	62		71
			9	14	18	24	26	31	36	41		51	56	62		71

área	edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
coordinación	4			12	16	22	27	32	39	43	48	57	64			
			5	13	17	23	29	35	40	44	49	58	65	75		
social	1		5	11	20	21	30	34		45	47			61	70	73
			7	12	17	21	30	33	40	45	50	54				
lenguaje	2		7	10	15	20	24	30	33	40	50	54	60	66	72	
			10	15	20	24	30	33	40	45	50	54	60	66	72	
motora	3		9	14	18	24	26	31	36	41		51	56	62		71
			9	14	18	24	26	31	36	41		51	56	62		71

ENTREVISTA: DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

1) Datos del niño

Apellido y Nombre: Ivana

Informa: madre

Fecha de nacimiento: 24/3/2001

Edad: 15 meses

Edad gestacional: < de 37 semanas X (36 s)

> de 41 semanas

Peso al nacer: < de 2500gr. X (2430 grs)

Peso actual: 7.840 grs.

> de 2500gr.

Vacunación completa: Si X No

Concurre a guardería/comedor SI NO X

Hábitos

Alimentación uso de chupete Si No X Observaciones.....
uso de mamadera Si No X Observaciones
pecho Si X No Observaciones 3 v. por día

Sueño co-habitación Si X No Observaciones.....
co-lecho Si X No Observaciones.....
horas día: 2 hs noche 10 hs Observaciones.....

Higiene entrenam. de esfinteres Si No X Observaciones.....
baño diario frecuencia: día por medio

2) Información de los padres:

Nombre y Apellido:

Madre: Carolina

Edad: 19

Padre: Marcos

Edad: 25

Estado civil: casado soltero

unión de hecho X separado viudo

Nivel de instrucción

	Prim. C.	Prim. Inc	Sec. C.	Sec. Inc.	Superior	Sin Instrucción
Madre				X		
Padre		X				

Ocupación Laboral:

Madre Si estable temporario
Con quién permanece el niño durante las horas de trabajo?
No trabaja X

Padre Si X estable temporario X
No trabaja

3) Vivienda

propia N° de ambientes: 1
alquilada
cedida N° de habitantes: 3 personas
usurpada X
individual
compartida

Materiales de construcción:

paredes: cemento y chapa
pisos: cemento
techo: chapa

4) Servicios y Sanitarios

Baño:

inodoro: X interno: X externo:
letrina: interno: externo:

Luz:

eléctrica: Si X No Otros

Agua:

Si No

pozo

red X

otros:.....

Gas:

Si No

natural

envasado X

otros:.....

Observaciones: control pediátrico, registro: maduración acorde.

CUESTIONARIO A LA MADRE

Apellido y Nombre del niño: Ivana

Edad: 15 meses

	SI	NO
El niño/a permanece durante algún momento del día con otras personas?	X	
Llora o se angustia cuando usted está ausente?	X	
Disminuye la angustia o el llanto ante su presencia?	X	
El niño/a se relaciona con personas que no pertenezcan al núcleo familiar (vecinos, amigos, etc.)?		X
El niño/a llora, se retrae o angustia frente a la presencia de extraños?	X	
El niño/a busca reiteradamente el contacto corporal con usted?	X	
Usted responde al contacto corporal rápidamente?	X	
El niño/a expresa sus deseos gestualizando o verbalizando?		X
Usted se anticipa a las demandas de su hijo?		X

AREA	Situación	CONDUCTA	Si	No	No Aparece
Comunicación visual	Hijo	a | La mira	X		
	Madre	b | Responde a la mirada de sumadre	X		
		a | Responde a la mirada de hijo	X		
		b | Lo mira	X		
Comunicación verbal	Hijo	c | Verbaliza	X		
	Madre	c | Responde verbalizando a las palabras de la madre			
		c | Responde a la verbalización de su hijo	X		X
		c | Le habla			
Comunicación gestual	Hijo	e | Le sonríe	X		X
		f | Responde a la sonrisa de su madre		X	
		g | Expresa su alegría por medio de gestos y movimientos			X
		h | Imita gestos de su madre			X
		i | Expresa sus deseos			X
		e | Responde a la sonrisa de su hijo	X		X
	Madre	f | Le sonríe	X		
		g | Repite expresiones de alegría de su hijo			
		h | Se expresa gestualmente			X
		i | Interpreta y responde a los deseos de su hijo			X
		j | Busca contacto cuerpo a cuerpo	X		X
		k | La abraza	X		
Contacto corporal	Hijo	l | Acepta el contacto de su madre	X		
	Madre	j | Acepta el contacto del niño cuerpo a cuerpo	X		
		k | Responde al abrazo de su hijo	X		
		l | Toca y acaricia el cuerpo de su hijo	X		
Interacción emocional	Hijo	m | Demanda insistentemente la presencia de su madre			
		n | Responde a la demanda de su madre			X
		o | Llora			X
		p | Se tranquiliza cuando su madre se acerca o le habla			X
		q | Se desplaza o trata de desplazarse hacia su madre			X
		r | No demanda sus necesidades			X
		m | Responde a la demanda de su hijo			X
		n | Demanda la atención de su hijo			X
	Madre	o | Calma el llanto de su hijo			X
		p | Se acaricia o habla a su hijo cuando se angustia			X
		q | Anticipa el acercamiento de su hijo			X
		r | Se anticipa a las demandas de su hijo			X

ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0-24 MESES

Nombre de la madre: Carolina

Nombre del niño: Ivana

Fecha de evaluación: 08/07/02

Fecha de nacimiento: 24/03/01

Establecimiento: Unidad Sanitaria Las Heras

Edad mental: 402

E. Cronológica: 464 (días)

Em/Ec: 0.86

PE = C.D = 0.69

15 (meses)

Peso:

Talla:

Desarrollo

Psicomotor

normal

de riesgo

con retraso

Edad	Item	Puntaje	Ponderación	Observaciones
Nueve	41 (M) Logra llegar a posición de pie, apoyado en un mueble	.....	6 c/u	.....
	42 (M) Camina sostenido bajo los brazos	.....		.....
	43 (C) Toma la pastilla con participación del pulgar	.....		.....
	44 (C) Encuentra el cubo bajo el pañal	.....		.....
	45 * (LS) Reacciona a comentarios verbales	.....		.....
Diez	46 (C) Toma la pastilla con pulgar e índice	6.....	6 c/u	.....
	47 (S) Imita gestos simples	6.....		.....
	48 (C) Toma el tercer cubo dejando uno de los dos primeros	6.....		.....
	49 (C) Junta cubos en la línea media	6.....		.....
	50 (SL) Reacciona al no - no	6.....		.....
Doce	51 (M) Camina algunos pasos de la mano	12.....	12 c/u	.....
	52 (C) Junta las manos en la línea media	12.....		.....
	53 * (M) Se pone de pie solo	12.....		.....
	54 (LS) Entrega como respuesta a una orden	0.....		.....
	55 * (L) Dice al menos dos palabras	12.....		.....
Quince	56 (M) Camina solo	18.....	18 c/u	.....
	57 (C) Introduce pastilla en la botella	0.....		.....
	58 (C) Espontáneamente garabatea	18.....		.....
	59 (C) Toma el tercer cubo conservando los dos primeros	18.....		.....
	60 * (L) Dice al menos tres palabras	0.....		.....

ma - pa

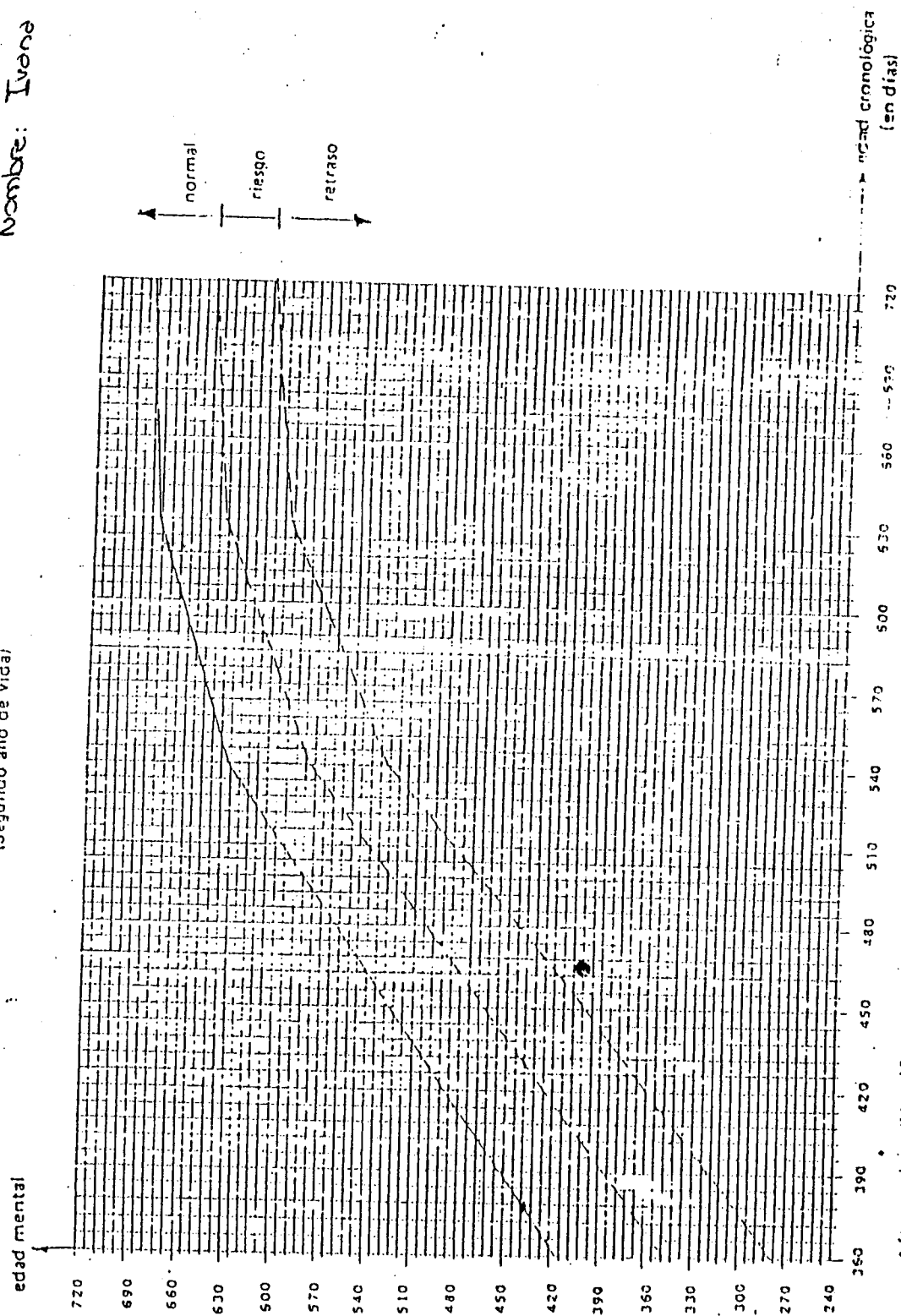
Dieciocho	61	(LS) Muestra sus zapatos	0.....	18 c/u	.....
	62	(M) Camina varios pasos hacia el lado	0.....		.....
	63	(M) Camina varios pasos hacia atrás	0.....		.....
	64	(C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella	0.....		.....
	65	(C) Atrae el cubo con un palo	0.....		.....
Veintiun	66	(L) Nombra un objeto de los cuatro presentados	.....	18 c/u	.....
	67	(L) Imita tres palabras en el momento del exámen	.....		.....
	68	(C) Construye una torre con tres cubos	.....		.....
	69 *	(L) Dice al menos seis palabras	.....		.....
	70 *	(LS) Usa palabras para comunicar deseos	.....		.....
Veinticuatro	71	(M) Se para en un pie con ayuda	.....	18 c/u	.....
	72	(L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados	.....		.....
	73 *	(S) Ayuda en tareas simples	.....		.....
	74	(L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca	.....		.....
	75	(C) Construye una torre con cinco cubos	.....		.....

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

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 24 meses (Rodríguez, S., et al.)
 Sigo. : Chile

Gráfico de Desarrollo Psicomotor*
 (Segundo año de vida)

Nombre: Ivana



* frecuencias bulbadas, 18 meses y en adelante según baremo nivel soc. eq. medio-alto

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

PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR

Nombre: Ivana

área	edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
coordinación	4	3	8	12	16	22	27	32	39	43	45	52	57	64		
				13	17	23	29	35		44	49		55	63	68	75
social	5	7	11	20	21	30	34	34		45	47	54		61	70	73
											50					
lenguaje	2	10	12	17	21	30	33	33	40	45	50	54	60	66	72	74
												55		67	70	
motora	3	9	14	18	24	25	25	31	36	41		51	55	62		71
												53				

área	edad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
coordinación	4	3	8	12	16	22	27	32	39	43	45	52	57	64	68	75
				13	17	23	29	35		44	49		53	65		
social	5	7	11	20	21	30	34	34		45	47	54		61	70	73
											50					
lenguaje	2	10	12	17	21	30	33	33	40	45	50	54	60	66	72	74
												55		67	70	
motora	3	9	14	18	24	25	26	31	36	41		51	55	62		71
												53				