

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA
CONSEJO DE INVESTIGACIÓN
CIUNSA

**“EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL DE 0-2 AÑOS.
ACTIVIDADES REALIZADA POR EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA. AREA OPERATIVA XLV. REGIÓN NORTE.
PROVINCIA DE SALTA-CAPITAL”**

Investigación ejecutada por: *Enf.* **VIVEROS, GABRIELA IRENE**

Directora: *Lic.* **RAMOS, ALCIRA MARTA**

Salta, Agosto 2006.

“El desarrollo integral de las potencialidad genética de la infancia es la gran oportunidad que tiene una sociedad para mejorarse, en lo biológico, en los afectos, en lo cultural, en lo económico e incluso en lo político.

Un país que victimiza a sus niños, se condena a si mismo”

MORLACCHETTI, A.

Año 2002

RESUMEN

VIVEROS G. I. Universidad Nacional de Salta -C.I.U.N.Sa. – Argentina. Año 2006.

“EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL DE 0-2 AÑOS. ACTIVIDADES REALIZADA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. REGIÓN NORTE DEL ÁREA OPERATIVA XLV. PROVINCIA DE SALTA”

Estudio realizado en el año 2006 en nueve consultorios del Servicio de Primer Nivel de Atención de la región Norte del Área Operativa XLV. El objetivo fue determinar las actividades que el personal de Enfermería realiza en la Evaluación del Desarrollo en niños de 0 a 2 años.

Se concluyó que en esos consultorios no se realiza la Evaluación del Desarrollo Infantil; si bien la enfermera dedica tiempo dentro del Control Nutricional a la realización de actividades relacionadas con el Desarrollo Infantil, éstas actividades no permiten la pesquisa precoz de las alteraciones del mismo, por lo que se considera necesario que Enfermería reflexione sobre la necesidad de asumir su rol preventivo dentro del Primer Nivel de Atención para garantizar la salud de los niños y contribuir a la prevención de los retrasos en el Desarrollo Infantil.

INDICE

Portada.....	1
Autoridades.....	2
Índice.....	3
Índice de Tablas y Grafico.....	4
Introducción.....	5
Marco Teórico.....	6
Objetivos.....	18
Población y Muestra.....	18
Metodología.....	19
Resultado y Discusión.....	23
Conclusiones.....	35
Recomendaciones.....	36
Citas Bibliográficas.....	37
Bibliografía.....	38
Anexos.....	40

ÍNDICE DE CUADROS Y GRAFICO

CUADROS

Cuadro N° 1.....	23
Cuadro N° 2.....	24
Cuadro N° 3.....	24
Cuadro N° 4.....	25
Cuadro N° 5.....	26
Cuadro N° 6.....	26
Cuadro N° 7.....	27
Cuadro N° 8.....	28
Cuadro N° 9.....	30
Cuadro N° 10.....	30
Cuadro N° 11.....	31
Cuadro N° 12.....	31
Cuadro N° 13.....	32
Cuadro N° 14.....	33

GRAFICOS

Grafico N° 1.....	27
-------------------	----

INTRODUCCIÓN

“El desarrollo integral de una persona, es un proceso de cambio evolutivo determinado por múltiples factores, que se expresa en manifestaciones corporales, psicológicas y sociales que varían a lo largo del tiempo, posibilitando la integración y diferenciación del ser humano”. (1)

Ante el nacimiento de un niño, son muchas las expectativas que se presentan tanto en el ámbito personal, familiar e instituciones de salud, de que todos los niños alcancen un buen estado de salud. Para poder así llegar a su mayoría de edad fuerte, saludable y ser un individuo con capacidad productiva.

En el área Materno Infantil, el Programa de Atención Primaria de la Salud del M.S.P., realiza actividades relacionadas a la “evaluación del crecimiento y desarrollo en el niño sano”. Estas acciones constituyen uno de los componentes importantes de sus actividades.

Enfermería, como integrante del equipo de salud del Primer Nivel de Atención, brinda cuidados en forma integral, integrada e interdisciplinaria cuando realiza actividades relacionadas a la evaluación del crecimiento y desarrollo en el niño. Esta actividad es esencial para valorar la salud de los niños, por cuanto permite actuar en la prevención primaria; que abarca la participación en el control de las enfermedades y otros factores ambientales que pueda afectar a los niños.

Es responsable de la “Evaluación del Desarrollo Infantil de 0-2 años” actividad fundamental para conocer como progresa el niño/a en su Desarrollo.

En este contexto resalta el quehacer de enfermería por el protagonismo social, que desempeña por los servicios que brinda a la familia y a la comunidad en el autocuidado del niño. Autocuidado referido a la estimulación necesaria, que potencia el desarrollo progresivo de las habilidades cognitivas, establece vínculos afectivos y estrechos con los integrantes de su entorno inmediato para así adaptarse al medio social, con el que esta en constante interacción.

El presente trabajo intentó indagar sobre el conocimiento y actividades referidas a la evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños por el personal de enfermería en los Centros de Salud de Región Norte de la ciudad de Salta.

Pretende además despertar en el personal de enfermería intereses e inquietudes que permitan enriquecer esta actividad y favorecer la realización de estas actividades en forma integral dado que son funciones específicas de enfermería en la Atención de la Salud de los Niños.

MARCO TEORICO

1- DESARROLLO INFANTIL

“El desarrollo integral es un proceso de cambio evolutivo determinado por múltiples factores, que se expresa en manifestaciones corporales, psicológicas y sociales que varían a lo largo del tiempo, posibilitando la integración y diferenciación del ser humano”. (2)

2- Se define el Desarrollo como un proceso multidimensional que incluye cambios continuos como los de la conducta sensorio motriz en el plano físico o motor (capacidad para coordinar movimientos), un plano Intelectual (capacidad de pensamiento e inteligencia), un plano emocional (capacidad para sentir) y un plano social (capacidad para relacionarse con los demás y de personalidad) y el aprendizaje (Myers R. 1993).

Todos estos planos funcionan en interrelación y deben ser considerados como un conjunto indisoluble.

El Desarrollo Infantil esta integrado por diferentes etapas evolutivas las cuales poseen características propias:

La 1ª y 2ª etapa corresponden a la Impulsividad Motriz y Estadio Emotivo (0-2 años), las que se inician en los primeros meses de vida. El bebé depende totalmente de los cuidados y atenciones de un adulto, idealmente de la madre. Son los reflejos los que le permiten que reaccione automáticamente y de forma involuntaria ante ciertos estímulos los que le ayudan a cubrir sus necesidades básicas. Su evolución está ligada a sus necesidades alimentarias y de confort, las que serán expresadas mediante el movimiento, los gestos incontrolados, el llanto, e interpretados por los adultos, cubriendo así las necesidades que tuvieren.

A los pocos meses responderá con una sonrisa comunicativa, de tipo social, e irá enriqueciendo las relaciones afectivas con el medio, las cuales jugarán un importante papel en esta etapa, ya que implican un inicio de vida de relación y contactos indispensables para conocer el entorno que le rodea y permitiéndole sentirse seguro y confiado en ese medio en el que crece.

Progresivamente el bebé va adquiriendo una serie de ritmos, marcados principalmente, por el sueño y la alimentación. Estos ritmos serán los que posteriormente constituirán la base de la adquisición de hábitos básicos, tales como las horas de descanso y de vigilia,

horarios y cualidades de las diferentes comidas la higiene personal la educación para el control de esfínteres.

El desarrollo motor posibilita al niño el progreso de sus movimientos, el hecho de gatear, poder estar de pie y desplazarse erguido le otorga tal independencia que le permite dar un salto en su conciencia cognitiva, se abren nuevas dimensiones en la interacción entre padres e hijos. Además esta movilidad no solo lleva la visión del niño de una forma figurada, sino que el niño adquiere literalmente una nueva perspectiva de su mundo desde su nueva altura. Esto también deja libre las manos, la que facilita el desarrollo de las habilidades motoras finas.

Simultáneamente va desarrollando el lenguaje, generalmente al inicio con una sola palabra brinda significado a toda una situación, esta aptitud rudimentaria para comunicarse evoluciona hasta alcanzar un dominio impresionante de las estructuras del lenguaje, es decir, de palabras y las normas particulares de la lengua materna del bebe.

En definitiva, en los primeros años de vida, el desarrollo del niño/a influye en lo intelectual, afectivo, social; está ligado a su desarrollo físico y a su capacidad cada vez más autónoma de movimiento; en esta etapa, lo más característico es que acción y pensamiento son una misma cosa, se dan simultáneamente y se aprenden y estimulan al entrar en contacto con las personas y los objetos que le rodean.

La 3a etapa corresponde al Estadio Sensoriomotor (2-3 años). Esta etapa se caracteriza por la acción y el pensamiento los cuales son la base del conocimiento y lo que permite el desplazamiento y la palabra.

El niño va descubriendo las posibilidades y limitaciones de acción de su cuerpo y al mismo tiempo conociéndolo a éste, es decir descubriendo sus partes. Las manos son muy importantes por cuanto les permite tomar y soltar objetos, manipular, desmontar y reconstruir; y paralelamente, al ir ampliando su relación con otros niños y adultos, aumenta su necesidad de comunicación y expresión. En esta etapa, la imitación a los adultos está relacionada con el conocimiento del propio cuerpo y la organización del esquema corporal. Hacia los dos años y medio se inicia el control de esfínteres urinario e intestinal, los cuales en algunos casos pueden ser largos y complicados, ya que implica el control de la voluntad y de mecanismos automáticos. (3)

1.1.- Característica del desarrollo motor del lactante.

El recién nacido tiene una organización biológica que posee los mecanismos básicos que le permiten adaptarse a cambios del ambiente luego del nacimiento, pero es totalmente dependiente de lo que el contexto proporciona para su subsistencia.

El desarrollo neurológico, que ocurre en el niño en los 2 primeros años de vida, cumple fielmente los principios generales del desarrollo. La integración y especialización de funciones que ocurren están programadas genéticamente y no son nunca absolutamente independientes de factores del ambiente, los que actúan como agentes de estimulación. Para que el niño recién nacido logre cumplir los hitos fundamentales de esta etapa (la manipulación, la marcha e inicio del lenguaje), deben ocurrir una serie de cambios en la estructura subyacente, es decir el sistema nervioso central y periférico. Cuando el niño nace, funciona desde el punto de vista neurológico, como una estructura predominantemente refleja y con un sistema nervioso que definimos como inmaduro. Está íntimamente relacionado con cambios en el sustrato anatómico del SNC y ocurre su desarrollo en sentido céfalo-caudal y de proximal a distal en las extremidades (axo-riзомiélíco). Los cambios que se presentan van desde un movimiento predominantemente reflejo y generalizado a una mayor diferenciación, especialización e integración del movimiento, que posibilita disociar movimientos y respuestas motoras más específicas. Esto se logra a través del control hemisférico cada vez más progresivo y completo sobre reflejos propios del recién nacido, llamados reflejos arcaicos, integrados a nivel de estructuras del tronco cerebral. (4)

Los reflejos arcaicos en el recién nacido son de reacción automática y de forma involuntaria ante ciertos estímulos. Estas respuestas involuntarias a estímulos concretos desaparecen a los pocos meses, dando paso, progresivamente, al aprendizaje de pautas de comportamiento que irá adquiriendo mediante la relación que establezca con el entorno más inmediato (entorno familiar). Los reflejos juegan un papel muy importante durante los primeros días y semanas de vida del bebé, ya que cumplen una función de supervivencia, de respuesta automática a los estímulos externos y son importantes como signos de salud neurológica y de competencia conductual. Entre los que se destacan:

- Reflejo de succión: si le acercamos un objeto y se lo introducimos en la boca succionará como si le diéramos de mamar.
- Reflejo de prensión: al poner un dedo en la palma de la mano y ésta se cerrará fuertemente, incluso hasta puede quedarse colgado con sus piernas en el aire.
- Reflejo de orientación: si le tocamos una mejilla se girará hacia el mismo lado -esto le permite encontrar el pezón o tetina para mamar.
- Reflejo de Moro: si se le incorpora sentado y le dejamos «caer» de espaldas, todo el cuerpo se convulsionará, estirando fuertemente todas las extremidades y abriendo las palmas de las manos.

- Reflejo de marcha automática: al colocarlo de pie en una superficie plana, el niño/a avanza sobre ambos pies alternativamente.(5)

Un cambio fundamental en el desarrollo motor del lactante es la desaparición progresiva de la hipertonía fisiológica del recién nacido y su reemplazo por hipotonía, que se hace máxima hacia los 10 meses de vida. El tono muscular es evaluado mediante la observación de la postura que adopta el niño en decúbito prono y supino y en suspensión ventral y dorsal. También puede ser evaluado por el rango de movimientos que permiten las articulaciones y la palpación de la consistencia de las masas musculares. En el control motor grueso los logros desde el nacimiento a los dos años se destacan los siguientes progresos

- De la postura fetal a ser capaz de erguir y sostener la cabeza y girarla, posteriormente los hombros y el tronco, brazos y manos;
- podrá darse vuelta y girar sobre sí mismo.
- postura sentada sin apoyo (sedestación), que se logra entre los 6 y 8 meses.
- Más adelante, gateará, se pondrá erguido con ayuda de algún objeto (mueble, etc.).
- La marcha, finalmente a los doce meses camina. (6)

Para que esto suceda, no sólo deben ocurrir cambios en el tono muscular y desaparecer los reflejos arcaicos (Ej. reflejo de prensión plantar), sino que deben adquirirse reflejos de madurez (Ej. reflejo de paracaídas). Una vez que han adquirido seguridad suficiente, irán probando y accediendo a espacios diferentes como subir por una escalera, primero a gatas y luego sujetados. Correr será otro de sus logros y; finalmente, el salto y el dominio de la altura será para los pequeños/as una gran conquista.

En el control motor fino, el logro fundamental es la manipulación. Para que ésta se inicie, a los tres meses, debe perderse el reflejo de prensión palmar. Esta función sigue con la exploración visual de las manos en la línea media que el niño realiza a los cuatro meses, y termina con la adquisición de la pinza índice-pulgar madura a los doce meses. (7)

1-2- DESARROLLO PSICOLOGICO

El desarrollo psicológico es un proceso gradual y progresivo, que se caracteriza por una serie de transformaciones de la conducta, de la forma de pensar y de sentir, de la forma de interactuar con los demás y de la forma de relacionarse con el ambiente. Estas transformaciones surgen por la aparición de nuevas necesidades, intereses y motivaciones, con la adquisición de habilidades y conocimientos y con el uso cada vez más

efectivo de la experiencia. Los cambios se presentan en una secuencia ordenada y predecible, existe cierta relación entre edad cronológica y aparición de los cambios, conocer esta relación es útil,

Permite observar la conducta esperada y así detectar eventuales problemas. La exploración de la secuencia individual es esencial para comprender el problema y decidir las medidas de intervención y el manejo de la alteración.

1-3- DESARROLLO PSICOMOTOR DEL LACTANTE

Piaget plantea que el período que va desde el nacimiento hasta la aparición del lenguaje, es el período de la inteligencia sensoriomotriz. En este período, el niño va conociendo el mundo que lo rodea a través de percepciones y de movimientos o acciones. Las principales adquisiciones del período sensoriomotriz son:

- 1- Capacidad de coordinar e integrar la información de los cinco sentidos para comprender que los datos se relacionan con el mismo objeto. Tiene que aprender que puede ver, escuchar y también tocar el mismo objeto.
- 2- Capacidad de reconocer que el mundo es un lugar permanente, cuya existencia no depende del hecho de que el niño la perciba. Noción de permanencia del objeto.
- 3- Capacidad de presentar un comportamiento encaminado hacia objetivos. (8)

El período comprendido desde el nacimiento hasta el mes, se caracteriza por:

- Adaptaciones vitales inestables.
- Ejercicio de los reflejos (Piaget). El niño tiene la tarea de consolidar, organizar estas estructuras que hereda para que le sean más funcionales.
- Estabilidad fisiológica al finalizar este período se establece regularidad en la función respiratoria, constancia en la temperatura, mayor claridad en el ciclo sueño-vigilia.
- Principio de la vida psíquica; muy ligada a lo fisiológico en la que discrimina entre placer-displacer. Establecido cierto equilibrio se logra la capacidad de fijar la mirada.

El período comprendido desde el mes hasta los cuatro meses se caracteriza por:

- Necesidad de contacto social
- Sonrisa y vocalizaciones como respuesta a los gestos o conversación de la madre u otra persona.

- Origen de la afectividad (Freud): el incremento de interacción social aumenta la dependencia emocional del mundo que lo rodea. La emoción aparece ligada a otras personas y con carácter expresivo.
- Nuevo poder de explicación: Sigue objetos con la mirada al mes. Intenta controlar la cabeza al ser sentado a los 2 meses. Mantiene la cabeza erguida en los 3 meses. Sigue objetos con la cabeza y levanta la cabeza y los hombros al ser sentado a los 4 meses.
- Comienza a desarrollar la capacidad de atención
- Reacciones circulares primarias (Piaget): El niño comienza a ejercitar y coordinar conductas que en un principio eran reflejas, repite acciones relativas al propio cuerpo que descubre por casualidad.

La etapa que va desde cinco a ocho meses de transición:

- Intenta y se ejercita para lograr la coordinación entre la prehensión y la visión, función de gran importancia, pues permite al niño actuar sobre los objetos.
- A los 5 meses: Vuelve la cabeza hacia quien le habla Se sienta con leve apoyo
- Reacciones circulares secundarias (Piaget): repite conductas sobre objetos que en un principio descubre por casualidad.
- Al final de esta etapa de 7 meses el niño logra según Gesell cierta estabilidad afectivo-motora:
- Controla el movimiento de la cabeza, del tronco, se sienta solo, combina el control de sus ojos y sus manos.
- Aprende a interpretar las expresiones faciales, los gestos; juega solo por momentos o coopera en juegos

El desarrollo psicomotor del lactante se caracteriza por avances importantes en el periodo comprendido entre los ocho a doce meses.

- El niño aprende a Sentarse solo (8 meses)
- Pararse con apoyo (9 meses)
- Utilizar el pulgar (9 meses)
- Tomar con pinza (10 meses)
- Dar pasos de la mano (12 meses)

Y avances importantes en el desarrollo del lenguaje

- De 6 a 8 meses la comunicación es con balbuceo, sonidos vocálicos y consonánticos repetidos en sílaba (DA-DA)
- De 8 a 10 meses existe comprensión de palabras sencillas: entonaciones simples, vocalizaciones específicas que tienen significados para los que conocen bien al niño. Reacciona al NO. Utilizan gestos específicos (por ejemplo, señalar) para comunicarse.
- A los 12 meses dice al menos dos palabras reconocibles como parte de la lengua materna. Puede dar respuesta a una orden (como ejemplo, entrega un objeto)
- Entrega como respuesta a una orden. (12 meses)
- En la medida que recibe respuesta, se refuerza su conducta; el niño repite y así perfecciona su aprendizaje.

Lenguaje expresivo

- Según Piaget, en esta etapa: aparece la intencionalidad. El niño expresa aún con única palabra, amplificada por la entonación y los gestos, una idea completa, que expresa su intención. También se despierta una cierta conciencia de objeto y el niño empieza a buscar el objeto escondido.
- Formación del sentimiento de confianza básica. Hacia los 10 meses, el niño comienza a diferenciar claramente los conocidos y los desconocidos. Los niños se vinculan mucho emocionalmente a sus cuidadores y teme a los extraños. Aparece la timidez frente a situaciones nuevas. Hacia el año el miedo disminuye, cuando la estabilidad familiar le da confianza

En el primer semestre del segundo año de vida (doce a dieciocho meses), las características principales del desarrollo son:

- Exploración del medio ambiente
- El niño mantiene su figura de apego como base segura. En esta etapa en la que el niño puede alejarse, tanto el apego como el miedo desencadena conductas dependientes en el niño, como mirar regularmente en dirección del cuidador para confirmar su presencia, y aumentar su motivación para quedarse cerca del adulto.
- Las reacciones circulares terciarias son típicas de la exploración y de la experimentación que tienen lugar en esta etapa y en ellas el niño descubre las diferentes acciones que son posibles realizar con un objeto, se ejercita en juegos donde los instrumentos van y vuelven produciendo diferentes efectos,

repite juegos introduciendo variaciones, experimentan para descubrir, aprender por el método de ensayo y error, buscando nuevos medios de alcanzar sus objetivos.

- El niño puede ejercitar sus poderes, a afirmar su independencia.

Estas acciones intencionadas que los bebés inician en anticipación de acontecimientos que satisfarán sus necesidades y deseos, necesitan ayuda, límites, vigilancia y de la protección del cuidador.

Al finalizar esta etapa el niño camina bien, corre, tira objetos.

Las características principales del período comprendido entre los dieciocho y veinticuatro meses son:

- Etapa de la representación mental (Piaget): La inteligencia sensoriomotora empieza a anticipar y resolver problemas sencillos inventando nuevos métodos a través de combinaciones mentales o procesos mentales internos. Logrando así a fines de esta etapa la noción de permanencia del objeto.
- Lenguaje comunicativo: aparece una eclosión del vocabulario para comunicar deseos y relatar hechos. En la primera etapa utiliza palabras sueltas sucesivas y luego frases de dos o varias palabras. Puede nombrar partes de su cuerpo
- Juego simbólico: el niño puede usar un objeto como significado de otro.

En esta etapa se forma un sentimiento de autonomía (Erickson). La conciencia de sí mismo y del otro que lleva a diferenciarse. Es por esto una etapa en que los niños tienden a angustiarse cuando los separan de su madre. (9)

1-4- DESARROLLO DEL LENGUAJE

La adquisición del lenguaje implica el aprendizaje de un repertorio de sonidos y de palabras, así como la progresiva utilización, de forma cada vez más compleja, de las reglas para su uso. Es un área de aprendizaje muy importante, denominada «instrumental», ya que forma parte del resto de ellas.

El proceso de evolución que realizan los niños y niñas para adquirir y desarrollar el lenguaje son:

1- 0-6 meses: Es un estadio de pre-lenguaje. El bebé llora, grita, y el adulto aprende a diferenciar el tipo de gritos y llores para cubrir las necesidades que demanda. Se espanta ante sonidos fuertes y súbitos.

Se inicia el balbuceo, es decir, «juega», emitiendo sonidos. Mantiene una actitud de escucha y responde con una sonrisa ante el adulto (comunicación social).

2- 7-11 meses: Es un periodo caracterizado por la atención que presta al lenguaje. Respecto a la expresión, el niño/a responderá a su nombre con sonidos, gritos o exclamaciones y gestos con todo el cuerpo. Empieza a discriminar los sonidos a los que presta atención y a los que no (por ejemplo, estará atento a la voz de la madre aunque escuche otros sonidos, indicador de que se avanza en la comprensión).

3- 12-24 meses: Es el estadio denominado como palabra-frase. Con una sola palabra está expresando toda una idea (12-18 meses). Entre los 18 y 24 meses el uso de las frases es de dos palabras, e imita sonidos y ruidos, se nombra a sí mismo con su nombre y repite el final de las frases que oye. A nivel de expresión, se entiende aproximadamente el 50% de lo que dice, y respecto a la comprensión, es capaz de cumplir órdenes sencillas.

1-5- DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA Y EL COMPORTAMIENTO SOCIAL

La incorporación del niño/a al medio social en que vive tiene dos vertientes, la adaptación al mundo y la autonomía progresiva frente a ese entorno que le rodea y a las necesidades de la vida diaria; esta asociado a los elementos más próximos al niño en relación a la adquisición de hábitos básicos.

A la edad de 2 años conquista los siguientes hábitos:

- De Alimentación: mastica antes de tragar, bebe en vaso y usa la cuchara.
- De vestimenta: se descalza intencionadamente, cierra una cremallera y participa en vestirse
- De Higiene: Participa en el lavado y peinado, inicia el control de esfínteres (pipí y caca)
- De Dependencia: deambula solo por la casa (con vigilancia), abre y cierra puertas, cajones, se sube a la silla, sofá y corre.
- De Juego: busca y recoge objetos que se le piden, juega al lado de otros niños solo. (10)

1-7- EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD CREADORA. EL JUEGO

El juego representa para el ser humano, en su carrera hacia el conocimiento, la oportunidad de conocerse primero a sí mismo, luego de conocer el espacio en que se desenvuelve y, más tarde, a las personas que habitan en su mismo espacio donde al final, interactuara para manejar el mismo espacio en busca de la obtención de un logro en particular. El juego estimula el cuerpo y cerebro tiene estrecha relación con la maduración

que vincula, el desarrollo de la creatividad, de la competencia intelectual, del equilibrio emocional y del desarrollo general.

Etapas:

- Al inicio los niños pequeños comienzan a jugar con personas y objetos que se les presenta, explorando su alrededor y repitiendo incansablemente lo que es interesante.
- A los 10 meses: aunque prefiere compañía, es capaz de jugar sólo largo rato.
- Al año y medio: le gustan los juegos espontáneos. Es independiente, pero le molesta y puede llorar si le deja el compañero.
- A los 2 años: juega con otros niños pero son juegos solitarios o paralelos. Su contacto y proximidad es meramente física, pues no existe diálogo ni reciprocidad. (11)

2- 1- CONTROL DE SALUD EN PEDIATRIA AMBULATORIA.

El control de salud constituye una herramienta fundamental en el seguimiento del crecimiento y desarrollo de un niño en edad pediátrica. Esta instancia ha ido cambiando su enfoque a lo largo de los años, viéndose hoy al niño como parte integral de una familia y un medio ambiente que lo rodean, y que ejercerán necesariamente una poderosa interacción con él y modelarán la expresión de su potencial genético. Las visitas de control de Salud permiten al trabajador de salud vigilar la salud física, el desarrollo del niño y la relación padres-hijo. Ofrece una excelente oportunidad para facilitar la competencia, confianza y participación activa de niños, adolescentes y sus familias. En forma ideal, permiten optimizar el funcionamiento, mejorar el bienestar, aclarar equivocaciones y promover la realización de los potenciales de la familia. Además permite observar y detectar muchos factores de riesgo involucrados en el desarrollo de futuras enfermedades crónicas del adulto que están presentes desde edades tempranas y pueden ser modificados con mayor facilidad en los niños que en los adultos.

Al realizarse la supervisión de salud en un espacio de tiempo limitado, el equipo de salud enfrenta el desafío de formular un diagnóstico biopsicosocial del niño y su familia lo más certero posible y exponerlo de modo tal a sus padres o cuidadores satisfagan las expectativas que ellos traen a la consulta. Es fundamental, por lo tanto, adiestrarse en la obtención de una adecuada anamnesis, con preguntas abiertas, pero a su vez con un propósito y dirección claros, que nos permitan construir una impresión clínica lo más cercana a la realidad. Crear una relación óptima con el niño es fundamental para lograr motivar a los padres a participar en forma activa en el adecuado cuidado su hijo. En este aspecto cobra especial importancia la educación que pueda realizar el equipo de salud con

respecto a temas de salud y enfermedad, entregándoles a los padres herramientas básicas que les permitan evaluar al niño y adoptar conductas acordes a cada situación. Mediante esta educación, se pretenderá lograr que los padres adquieran confianza en el cuidado de su hijo, evitando consultas innecesarias a los sistemas de salud. (12)

2-2- "Evaluación del desarrollo psicomotor"

El desarrollo psicomotor se debe evaluar en todo niño que acude a supervisión de salud o control sano. Se recomienda registrar el progreso del niño, detallando los logros observados desde el último control. Éste es también el mejor momento para revisar con los padres la estimulación que recibe el niño y hacer las recomendaciones pertinentes.

Anamnesis

En la primera consulta se deben averiguar los antecedentes de la madre, del embarazo y de las patologías perinatales que pudieran alterar el desarrollo. Historia obstétrica, Historia materna, Antecedentes del embarazo, Antecedentes del parto, Antecedentes neonatales, Patología postnatal, Estimulación.

Examen Físico

En el examen del niño se deben corroborar aquellos hitos que debieran estar presentes para la edad y también para las edades inmediatas.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Dra. Rosario Moore V.

Tabla 1

Hitos del desarrollo psicomotor

Recién nacido:	tono muscular y postura flexora, reflejos arcaicos presentes y simétricos, levanta la mejilla en posición prona
1 mes:	fija la mirada en el examinador y sigue a 90 grados, alerta al sonido, se sobresalta, vocaliza en suspensión ventral y mantiene cabeza a nivel del tronco
2 meses:	sonríe en respuesta al examinador, vocaliza levanta cabeza por varios segundos en posición prona, mantiene manos empuñadas gran parte del tiempo, se sobresalta con sonidos fuertes
3 meses:	abre sus manos y las observa con atención, mantiene levantada la cabeza en prono, sigue objetos en plano vertical y horizontal, observa los rostros, afirma por segundos un objeto puesto en su mano, incorpora sonido de consonante "G" (agú)
4 meses:	se ríe fuerte, a carcajadas mantiene la cabeza firme al mantenerlo sentado, alcanza un objeto, lo coge con la palma y lo lleva a la boca, gira la cabeza en busca del sonido, se sonríe espontáneamente

5-6 meses	en supino levanta la cabeza e intenta sentarse en prono, levanta cabeza y tronco y se gira a supino, manotea objetos, los agarra y transfiere de una mano a la otra, balbucea y localiza el origen del sonido, se sienta con apoyo y mantiene el tronco firme
7-8 meses	se mantiene sentado solo, apoyando sus manos adelante (trípode) apoya su peso en los pies y flexiona sus piernas con energía golpea fuertemente objetos contra la mesa, los lleva a la boca se gira de supino a prono e intenta gatear, dice disílabos (da-da, ba-ba), estira los brazos para ser tomado
9-10 meses:	se sienta solo por largo rato, sin ningún apoyo, se pone de pie afirmado de muebles, hace adiós con la mano, aplaude, como con los dedos, desconoce a extraños, dice "papa" o "mama", busca el objeto caído (permanencia del objeto)
11-12 meses:	camina con poco apoyo, usa pinza fina índice pulgar, dice 3-4 palabras con significado, gatea bien, ayuda al vestirse, comprende ordenes simples
13-15 meses:	camina sin apoyo, se agacha en cuclillas, dice varias palabras (mucho jergón), hace rayas con un lápiz, apunta con el índice para pedir lo que necesita
18 meses	sube las escaleras gateando con ayuda, se sube a una silla, ayuda a desvestirse, comienza a comer solo, hace torre de 4 cubos, tira una pelota, apunta a 3 partes de su cuerpo, pide cosas por el nombre, dice varias palabras en forma incorrecta
24 meses:	sube y baja escaleras de pie solo (ambos pies en un peldaño), corre e intenta saltar con los dos pies juntos, se comunica diciendo dos o tres palabras formando frases simples hace torre de 6 cubos, pateo una pelota, dice su nombre

Además de ello, se deben examinar los reflejos arcaicos; y arcaicos y reacciones de maduración, los cuales son referentes del estado de salud del niño. Su persistencia mas allá del tiempo esperado de desaparición puede corresponder a una alteración. La aparición de las reacciones de defensa como el reflejo de paracaídas, constituye un signo positivo de maduración del SNC. El reflejo de Landau, que aparece alrededor de los 3 meses, es también un signo de madurez neurológica.

Tabla 2

Reflejos arcaicos y reacciones de maduración

Reflejo arcaico	Edad aparición	Edad desaparición
Moro	RN	4 a 6 meses

Marcha automática	RN	2 a 3 meses
Preensión palmar	RN	3 meses
Preensión plantar	RN	9 a 10 meses
Tónico-nucal	RN	4 a 6 meses
Búsqueda	RN	3 meses
Reacciones de maduración	Edad aparición	Edad desaparición
Paracaídas lateral	6 meses	persiste
Paracaídas horizontal	9 a 10 meses	persiste
Landau	3 a 4 meses	12 a 24 meses

El tono muscular, la postura y los reflejos osteotendinosos son también importantes de evaluar, por cuanto a medida que el niño crece, éstos se modifican en función de la edad

Tabla 3

Evolución del tono muscular y reflejos osteotendíneos

Niño	Tono	Reflejos arcaicos
< 3 meses	hipertonía N (difícil de producir)	presentes
> 4 meses	N N	ausentes
Parálisis Cerebral	hipertonía aumentados	persistentes

Durante el examen del niño es necesario evaluar la estimulación que recibe y es el momento de hacer de modelo ante los padres cómo se debe estimular al niño en las diferentes áreas, como así también explicarles cuanto tiempo deben hacerlo al día. (13)

Los fundamentos de la Supervisión del Desarrollo infantil justifican plenamente la evaluación por el personal de salud, por cuanto el Desarrollo es un proceso de cambios evolutivo determinado por múltiples factores los que se expresan con manifestaciones corporales, psicológicas y sociales que trascienden en las capacidades a lo largo del tiempo para alcanzar su plena potencialidad. Es por ello que se pretende analizar la situación actual de las prácticas de Enfermería en el Evaluación del Desarrollo Infantil.

OBJETIVO GENERAL

Determinar las Actividades de la "Evaluación del Desarrollo" en niños de 0 a 2 años que realiza el personal de enfermería en Primer Nivel de Atención. Área XLV; Región Norte.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

*Establecer el conocimiento que tiene el personal de enfermería para el desempeño de las actividades de "Evaluación del desarrollo Infantil".

*Examinar las actividades que realiza enfermería en la Evaluación del Desarrollo Infantil.

* Establecer la correlación entre las actividades de Evaluación del Desarrollo Infantil realizadas con conocimiento y características sociodemográficas.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio quedo constituido por todo el personal de enfermería (61) que trabajan en los distintos "Centros de Salud de Región Norte" del Área XLV de la Provincia de Salta que están integrados al Programa de Atención Primaria de la Salud.

La Muestra quedó conformada por 34 personas (71 % de la población) que se desempeñan en los distintos "Centros de Salud de la Región Norte" del Área XLV de la Provincia de Salta, que realizan actividades en el Desarrollo Infantil.

La Unidad de Análisis fueron las actividades realizadas por el personal de enfermería.

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

La presente investigación es de carácter Observacional, Descriptivo, Transversal y Cuantitativa, se desarrolló desde Agosto de 2005 a Julio de 2006.

La Muestra fue intencional donde se estableció el siguiente criterio de inclusión:

- Ser personal de enfermería con un año de permanencia en la institución.
- Desempeñarse en los turnos mañana o tarde y de lunes a viernes.
- Realicen actividades de Enfermería Pediátrica.
- Acepten voluntariamente a participar del estudio.

Quedaron excluidos de la muestra el personal que se desempeña en los horarios nocturnos y las guardias de sábado y Domingos y que tengan menos de un año de antigüedad en la institución, Licencia por Enfermedad, Anual reglamentaria y Tareas Livianas.

Las variables fueron definidas de la siguiente manera:

- Características sociodemográficas estarán integradas por Edad, Sexo, Lugar de Residencia, Nivel de formación, Capacitación en Desarrollo infantil; Antigüedad en el ejercicio Profesional y en la institución.
- Conocimiento del Desarrollo Infantil del personal de enfermería, el cual integrará los siguientes aspectos: Clima de cordialidad y confianza, conductas motrices del niño, cuidados que recibe el niño y temas de educación a brindar a las madres.
- Cumplimiento de las actividades de Evaluación del Desarrollo en los niños de 0-36 meses.

Para la recolección de la información se aplicó técnicas de Observación directa y una Encuesta al personal de enfermería del Área Operativa XLV, región Norte.

Para la Observación directa, se utilizó una hoja cotejos a partir de una planilla adaptada de la Norma-Guía para el equipo de Salud “**CUIDANDO EL BEBE**” emitida por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y en vigencia en Primer Nivel de Atención. El trabajo aborda la evaluación del niño hasta los 36 meses, por lo que fue necesario para una mejor observación de las actividades que realiza el personal, dividir la guía por períodos en meses para identificar las capacidades relevantes del niño que son evaluadas. Se realizó cuatro observaciones de las actividades que desempeña el personal de enfermería en el lugar de trabajo. ANEXO 01

Mediante entrevista se realizó una encuesta al personal de enfermería en el último día de observación; para identificar las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento. El instrumento será un Cuestionario semiestructurado integrado con dos ítems “A” para las características sociodemográficas de once preguntas. Y en relación al nivel de conocimiento “B” se estableció 14 Preguntas, indagando aspectos generales y específico. ANEXO 02

Operacionalización de Variables

- Para definir el Conocimiento del desarrollo infantil se determinó

Conocimiento óptimo superar el 81 % de las respuestas satisfactoriamente.

Conocimiento adecuado alcanzar desde 70 a 80 % de las respuesta satisfactoriamente.

Conocimiento aceptable Alcanzar desde 51 a 69% de las respuestas satisfactoriamente.

Déficit de conocimiento alcanzar hasta el 50% de las respuestas satisfactoriamente.

- Para examinar el cumplimiento por el personal de enfermería de las actividades en la Evaluación del Desarrollo en los niños de 0-36 meses, se elaboraron cinco planillas considerando los períodos en meses de edad para identificar las capacidades relevantes del niño evaluado: aspectos observados, indagados y educados durante las consultas en los distintos meses de vida.

Planilla 1: Del Nacimiento al Segundo mes.

Planilla 2: Del tercero al cuarto mes.

Planilla 3: Del Quinto al octavo mes.

Planilla 4: Del noveno a los diecisiete meses.

Planilla 5: De los dieciocho a los treinta y seis meses.

Cada planilla fue organizada en cinco ítems codificados, según edad y con actividades consideradas básicas a ser Evaluadas durante el control

000 GENERA UN CLIMA DE CORDIALIDAD Y CONFIANZA, cuatro actividades.

001 PARA OBSERVAR (Planilla 1: 11 actividades – Planilla 2: 9 actividades – Planilla 3: 5 actividades – Planilla 4: 4 actividades y Planilla 5: 6 actividades)

002 PARA PREGUNTAR, (Planilla 1: 7 actividades – Planilla 2: 3 actividades – Planilla 3: 8 actividades – Planilla 4: 5 actividades y Planilla 5: 7 actividades)

003 PARA CONVERSAR, (planilla 1: 11 actividades – planilla 2: 6 actividades – planilla 3: 8 actividades – planilla 4; 7 actividades y planilla 5: 7 actividades)

004 REGISTRO DE ACTIVIDAD cuatro actividades.

- Para definir que el personal de enfermería realiza

Un cumplimiento *Muy Positivo* de las actividades en la Evaluación del Niño deberá alcanzar el 90% de las actividades.

Un cumplimiento *positivo* será del 80 % de las actividades

Un cumplimiento *medianamente positivo* será 60 al 79 % de las actividades

Un cumplimiento *regular* será del 40 al 59 % de las actividades.

PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto de los instrumentos en población similar en los Centro de Salud N° 45 B° Provipo y N° 52 B° “Santa Cecilia” A. O. XLV Región Sur en el mes de Noviembre y no surgieron cambios significativos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se aplicó el método estadístico descriptivo. Presentándose los resultados mediante distribución de frecuencias y porcentajes. Para el análisis de datos se utilizó el programa Excel XP.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

El presente trabajo se desarrolló en la Región Norte del área Operativa XLV de la Provincia de Salta correspondiente al Primer Nivel de Atención, el que se encuentra dividido en las regiones Norte, Sur, Este y Oeste. La Región Norte se encuentra integrada por 11 Centros de Salud de los cuales el 36% (n= 4) tiene atención de lunes a viernes con jornadas diurnas de 7 a 19 horas. Atención permanente de lunes a domingo, el 27% de 7 a 19 horas y el 36% las 24 horas del día. Posee una dotación de 59 personal de Enfermería de planta permanente y con 2 becarias –Licenciadas- del Post-grado de Salud Social y Comunitaria, quienes dependen del Ministerio de la Nación.

CUADRO N° 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICO	PERSONAL DE ENFERMERÍA	
	N°	%
EDAD EN AÑOS		
30-39	5	16
40-49	11	34
50-60	16	50
SEXO	N°	%
MASCULINO	5	16
FEMENINO	27	84
Nivel de Formación	N°	%
Auxiliares	22	69%
Profesionales	7	22%
Licenciados	3	9%

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. AÑO 2006.

El 50% del Personal de Enfermería se encuentra entre 50-60 años de edad y el 34% entre 40-49 años. Este resultado permite observar que existe déficit de personal joven para el recambio generacional.

El sexo femenino es predominante alcanzando un 84% del personal frente a un 16% del sexo masculino.

Los Auxiliares de Enfermería constituyen el 69% de la muestra, representando a los Profesionales el 31%.

CUADRO N° 2

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL SEGÚN ANTIGÜEDAD LABORAL EN ENFERMERÍA. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006.

ANTIGÜEDAD	N°	%
1-9 años	4	13%
10-19 años	7	22%
20-29 años	14	44%
30y + años	7	22%
TOTALES	32*	100%

* 2 personas no fueron entrevistados

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. AÑO 2006.

El 66 % del personal supera los 20 años de antigüedad laboral. El rango 20-29 años de antigüedad laboral es el más representativo logrando un 44% (N=32) y alcanza el 22% los rangos 10-19 años y 30-35 años. Se destaca que el 22 % del personal ya cumplió con los años de servicio y se encuentra en condiciones de jubilarse.

CUADRO N° 3

CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN AL NIÑO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA AL INGRESO LABORAL EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006.

RECIBIERON CAPACITACIÓN	TOTAL	%
SI	23	75
NO	9	25
TOTALES	32*	100

* 2 personas no fueron entrevistados

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. AÑO 2006

En relación a la capacitación del Personal de Enfermería al ingreso laboral, el 75% (N=32) refieren que han recibido capacitación para la atención general del niño y el 25% que no recibieron ninguna capacitación. Información relevante por cuanto el mayor porcentaje de actividades en los Centros de Atención Primaria de Salud (C.A.P.S) están referidas a la atención de la Salud del Niño.

La capacitación al ingreso laboral se realizó en el Hospital de Niños antes del inicio laboral en los C.A.P.S, mediante pasantías en las distintas especialidades en atención al niño. El personal que fue designado por Decreto ingresa directamente a los C.A.PS y no realizó capacitación en los hospitales, pero el Primer Nivel de Atención para estos agentes desarrolló cursos de capacitación en: Antropometría e inmunización, Atención Integral en Enfermedades Prevalerte de la Infancia, Orientación de Nuevo Ingreso y coordinó pasantías por otros Centros de Salud

CUADRO N° 4

ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A EVENTOS CIENTÍFICOS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006.

CAPACITACIÓN Nivel de Formación	Totales	Congreso y jornadas de Atención del Niño				Crecimiento y Desarrollo Infantil			
		SI		NO		SI		NO	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Auxiliares	22	4	12,5%	18	56%	4	12,5	18	56%
Profesionales/ Licenciados	10	3	9,5%	7	22%	3	9,5	7	22%
TOTALES	32	7	22%	25	78%	7	22%	25	78%

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Año 2006

En cuanto a la asistencia del personal (Auxiliar y Profesional) de enfermería a eventos científicos como “Congreso y Jornadas referidas a la Atención del Niño” y “Cursos sobre Crecimiento y Desarrollo Infantil” resultó que el 78% (N= 32) no tuvo participación, solo en el 22% expresa que si realizó. Este personal fundamenta su motivación para la asistencia a la actualización expresando: “Son importante porque sirven para intercambiar espacios de conversación, para sacar dudas y reflexionar sobre la práctica diaria”; “Despejan dudas y se ven alternativas para la asistencia diaria”; “Sirven para unificar criterios en el trabajo y para tener otras perspectivas; “Sirven, porque capacitan en la atención diaria de los pacientes”; “Sirven, porque se puede aplicar en terreno”.

CUADRO N° 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS CAUSAS DE NO PARTICIPACION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EVENTOS CIENTÍFICOS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006

Causas	N°	%
No se entera	11	44%
Económicos	4	16%
No le dan permiso	3	12%
No le gustan	3	12%
No tiene tiempo	2	8%
No puede	2	8%
TOTAL	25	100%

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. AÑO 2006

El 44% del personal que no participó en eventos científicos los dos últimos años, estuvo relacionado por no tener conocimientos de los cursos, debido a que la difusión no llega a tiempo ó esta es insuficiente, el 16% debido a que son arancelados, el 12% no le dan permiso porque son personal único y no consiguen reemplazo y un 8% no dispone de tiempo libre fuera del horario laboral.

CUADRO N° 6

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL DESARROLLO INFANTIL SEGÚN OBSERVACIÓN REALIZADA. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006

CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	N°	%
REALIZO	563	57
NO REALIZO	427	43
TOTAL DE ACTIVIDADES	990*	100

* 1 personal no fue observado, los datos corresponden a 33 personas observadas

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

OBSERVACIÓN DIRECTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. AÑO 2006

En cuanto al cumplimiento de las actividades previstas (N:990) relacionadas al Desarrollo Infantil, se observó que el personal alcanza el 57% del total. Son acciones que favorecen el desarrollo infantil y el 43%.no cumplen esas actividades.

CUADRO N° 7

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL AREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006

CONOCIMIENTO	TOTALES	PORCENTAJE
OPTIMO	4	13%
ADECUADO	7	23%
ACEPTABLE	11	35%
DEFICIT	9	29%
Totales	31*	100%

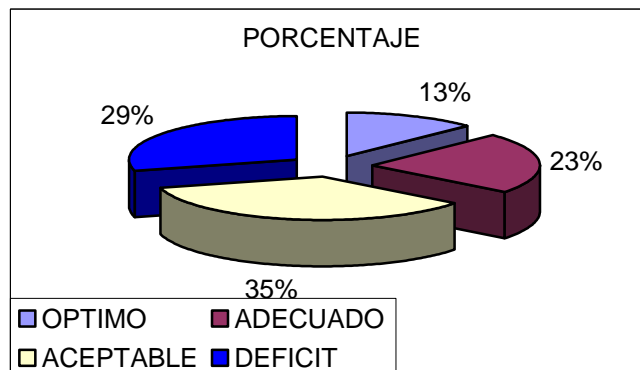
* 3 personas no realiza entrevista

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Año 2006

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006



FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. AÑO 2006

El 35 % del personal de Enfermería posee un nivel de conocimiento "ACEPTABLE" lo cual es determinado por poseer conocimientos generales del Desarrollo Infantil pero que no son suficientes para poder realizar la "Evaluación del Desarrollo Infantil". El 29% alcanza conocimiento Deficiente del tema definido así por poseer un conocimiento general regular del "Desarrollo Infantil"

Sobresale notoriamente que el 36% del personal de Enfermería posea un nivel de conocimientos Óptimo y Adecuado del Desarrollo Infantil, por cuanto es una de la actividad principal en los C.A.P.S. referida a la Salud del Niño.

CUADRO N° 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006

Conductas Realiza	Evaluación Del Desarrollo		Orienta sobre estimulación a la Madre		Comunica las actividades a la Madre		Observa relación/vínculo		Registro de actividades	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
SI	16	52%	20	64,5	23	74	28	90	13	42
NO	4	13	6	19,5	1	3	0	0	14	45
A VECES	11	35	5	16	7	23	3	10	4	13
TOTALES	31*	100	31*	100	31*	100	31*	100	31*	100

*3 personal no realiza entrevista

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. AÑO 2006



- El 52% del Personal que realiza evaluación del desarrollo en los niños, reconocen la importancia de la “Evaluación del Desarrollo Infantil”, como así la captación de grupos de riesgo y/o la derivación para la interconsulta al equipo de Salud. Reconocen su competencia y responsabilidad en este tema.
- El 64 % Orienta a la madre acerca de la estimulación que debe brindar al niño en las distintas Áreas del Desarrollo, como parte del cuidado diario. Algunos reconocen que: “hay que enseñarle a la mamá porque ellas son autoras de la conducta de aprendizaje de sus hijos”. El 20% del personal que no orienta a la madre justifica que: “Es por falta de tiempo”, “Vienen por la leche”; “La gente es irrespetuosa”, entre algunas de sus respuestas.
- El 74% responde afirmativamente que Informa a la madre acerca de las actividades que realiza en la evaluación del niño; por cuanto consideran que “la mamá debe saber todo de su Bebe”; “Para que sepa que debe hacer para estimularlo”, “Porque la mamá pregunta”, entre algunas de sus respuestas. El 23% reconoce que a veces realiza esta actividad.
- El 90% del Personal refiere que realiza observación de la relación/vínculo de la madre o adulto que lleva al niño/a a control. Considera que esta observación es necesaria “para saber si lo quieren”, “si lo cuidan”, “como lo tratan”. Esta

actividad se considera como destacable del personal de Enfermería, dado que informa de la adhesión hacia el programa vigente en los C.A.P.S. sobre la no violencia en los niños. Reconocen muy bien el factor Psico-afectivo como influyente en el Desarrollo Infantil.

- El 45 % del Personal “NO” registra las actividades luego de la Evaluación del Desarrollo. Justifica el incumplimiento de las normas “por falta de tiempo”, “por falta de conocimiento”; “No hay papel”; “No están contenidos en la grilla de la Hoja Enfermería”, “Porque nadie registra”; “Porque no lo exigen”; “No hace esa actividad”.

CUADRO N° 9

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE FORMACIÓN SEGÚN EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL REFERIDO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006

Realiza Evaluación del Desarrollo	Nivel de Formación del Personal de Enfermería						Total	
	Auxiliar		Profesional		Licenciados			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	10	32%	3	10%	3	10%	16	52%
NO	3	10%	1	3%	0	0%	4	13%
A VECES	8	25%	3	10%	0	0%	11	35%
Total	21	67%	7	23%	3	10%	31	100%

*3 personal no realiza entrevista

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.
ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Año 2006

El nivel de Formación del personal de enfermería pareciera no influir en la realización de la “Evaluación del Desarrollo infantil” debido a que son los Auxiliares los que más identifican realizarlos (32%).

CUADRO N° 10

ORIENTACIÓN QUE BRINDAN A LAS MADRES EN ESTIMULACIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006

Edad del Personal de Enfermería	Orienta a la madre						TOTAL	
	SI		NO		A veces			
	N	%	N	%	N	%	N	%
30-39 años	3	10	0	0%	2	6%	5	16%
40-49 años	8	26%	0	0%	3	10%	11	36%
50-59 años	12	39%	1	3%	2	6%	15	48%
Total	23	74%	1	3%	7	23%	31	100%

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Año 2006

De la actividad de orientación acerca de la estimulación cotidiana que se brinda a la madre surge que el rango de edad entre 50-59 años (39%) es el personal de enfermería que más orientan sobre esta actividad a las madres.

CUADRO N° 11

NIVEL DE FORMACIÓN E INFORMACIÓN A LAS MADRES DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006

Informa a la Madre	Nivel de Formación						Total	
	Auxiliar		Profesional		Licenciados			
	N	%	N	%	N	%	N	%
SI	17	55%	3	10%	2	6%	22	71%
NO	0	0%	2	6%	0	0%	2	6%
A VECES	4	13%	2	6%	1	3%	7	23%
Total	21	68%	7	23%	3	9%	31	100%

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. AÑO 2006

De la información que se brinda a la madre sobre las actividades de enfermería que se realiza al niño surge que son las Auxiliares de enfermería las que más brindan este tipo de información (55%).

CUADRO N° 12

REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO INFANTIL SEGÚN NIVEL DE FORMACIÓN. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006.

Nivel de Formación	Registra Actividades del Desarrollo						Total	
	SI		NO		A VECES			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Auxiliar	9	29%	10	32%	2	6%	21	68%
Profesional	3	10%	4	13%	0	0%	7	23%
Licenciados	1	3%	0	0%	2	6%	3	9%
Total	13	42%	14	45%	4	12%	31	100%

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Año 2006

El 19% (n=6) del personal profesional de Enfermería (enfermeros y licenciados) no siempre realizan los registros de la actividad del Desarrollo Infantil. Considerando sólo este grupo de formación es el 60 % que es inconstante en los registro.

Del personal Auxiliar de enfermería, el 38% (n=12) no siempre realizan ese registro. Analizando sólo este grupo de personal, resulta el 48 % que refieren no realizan esos registros de Enfermería.

CUADRO N° 13

ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN CONOCIMIENTO DEL DESARROLLO INFANTIL. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006

CONOCIMIENTO	Total Personal		ACTITUD ANTE EL DESARROLLO					
			SI		NO		A VECES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
OPTIMO	4	13%	4	13%	0	0%	0	0%
ADECUADO	7	23%	6	19,35	0	0%	1	3.22%
ACEPTABLE	11	35%	10	32%	1	3%	0	0%
DEFICIENTE	9	29%	3	10%	2	6%	4	13%
Total Personal	31	100%	23	74%	3	9%	5	16%

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA. Año 2006

En relación a la Actitud del personal hacia la Evaluación del Desarrollo Infantil, identificadas por: orientación sobre estimulación; información de las actividades que realizan a las madres; observación vínculo madre/hijo y registros de actividades, resulta que el 64% (n=20) del personal con conocimientos óptimo, adecuado y aceptable poseen actitud positiva hacia el Desarrollo Infantil.

Se identifica como alarma que el 25% (n=8) del total del personal surja que poseen actitudes sin compromiso hacia el Desarrollo Infantil, pilar básico de la atención que brindan los C.A.P.S..

CUADRO N° 14

ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN CONOCIMIENTO DEL DESARROLLO INFANTIL. ÁREA XLV REGIÓN NORTE DE LA PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2006

CONOCIMIENTOS	Total	%	Actividades de Enfermería en el Desarrollo Infantil									
			Muy Positivo		Positivo		Medianamente positivo		Regular		Insuficiente	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
OPTIMO	4	13%	0	0%	0	0%	2	7%	1	3	1	3%
ADECUADO	7	23%	1	3%	0	0%	2	7%	4	13	0	0
ACEPTABLE	11	36%	1	3%	1	3%	2	7%	7	23%	0	0
DEFICIENTE	8	27%	0	0%	1	3%	2	7%	4	13%	1	3%
Total Personal	30	100%	2	6%	2	6%	8	27%	16	53	2	6%

4 personas no realizan entrevista de conocimiento

FUENTE: DATOS PRIMARIOS.

ENTREVISTA Y OBSERVACIÓN DIRECTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
Año 2006

El 39% (n=16) del personal que poseen conocimientos -Óptimo, adecuado y aceptable- logran un cumplimiento "Regular" de estas actividades en el Desarrollo Infantil. Un 21% (n=6) del personal que posee conocimiento logra un cumplimiento "Medianamente Positivo". Surge necesario destacar que del 6% (n=2) del personal con insuficiente prestación de actividades en esta temática, hay personal con conocimiento óptimo y con conocimientos deficientes

El 6 % del personal con conocimientos aceptables y adecuados logran un cumplimiento "Muy Positivo".

CONCLUSIONES

Del análisis de los datos procesados en la presente investigación, se arriba a las siguientes conclusiones:

- El 50% del personal de enfermería tienen entre 50 y 60 años, de los cuales son más Auxiliares de enfermería que Profesionales.
- El sexo femenino predomina con más de 20 años de antigüedad laboral.
- No participan en eventos científicos referidas a la Atención del Niño” y de “Crecimiento y Desarrollo Infantil el 78% del Personal.
- El total del personal de enfermería no realiza la “Evaluación del Desarrollo Infantil”, siendo ésta una actividad principal en el control de la Salud del Niño.
- De las actividades observadas que el personal realiza como Desarrollo Infantil se destacan control antropométrico, inmunizaciones, educación para la salud (ED.SA.) y derivaciones al nutricionista y psicólogo.
- De las actividades incidentales de educación para la salud enfatizan en Inmunizaciones, potabilización del agua, prevención de accidentes y enfermedades de prevenibles referidas al autocuidado y su tratamiento.
- Poseen conocimientos del Desarrollo Infantil Óptimo y Adecuado el 36% del personal.
- Logra un nivel de conocimiento “ACEPTABLE” el 35% del personal el cual no es suficiente para realizar la “Evaluación del Desarrollo Infantil”.
- El 45% refiere que no registra las actividades realizadas en el Desarrollo Infantil en los C.A.P.S.
- El 25 % del personal posee conocimientos generales y resultó con actitudes sin compromiso hacia el Desarrollo Infantil.
- Logran un cumplimiento “Regular” de las actividades identificadas como Desarrollo Infantil el 40% del personal con conocimientos -Óptimo, Adecuado y Aceptable- sobre este tema.

RECOMENDACIONES

- ✓ Posibilitar espacios de reflexión para concientizar al personal de Enfermería acerca de la importancia del Desarrollo Infantil y su implicancia en el futuro del niño.
- ✓ Coordinar con el Programa la capacitación en servicio del personal que resulta fundamental como estrategia para los procesos de transformación., no solo para el personal de enfermería sino para el equipo de salud, pues la planificación local es patrimonio de todos y no la responsabilidad de algunos.
- ✓ Promover el cumplimiento de las Normas de la “Evaluación del Desarrollo Infantil” como parte de la atención de salud integral del niño.
- ✓ Disponer de tecnología adecuada para la “Evaluación del Desarrollo Infantil” en niños sanos desde edades muy tempranas.
- ✓ Difundir los resultados de esta investigación para la toma de decisiones, que permita mejorar la calidad de atención que se brinda a la comunidad del área de responsabilidad.
- ✓ Dar a conocer los resultados al personal de los C.A.P.S. para reflexionar y elaborar propuestas alternativas.
- ✓ Realizar estudio en profundidad en algún Centro de Salud de la región, que permita el análisis e interpretación de la realidad actual de las Prácticas de enfermería en la “Evaluación del Desarrollo Infantil.
- ✓ Difundir el presente trabajo en las instituciones formadoras del Personal de Enfermería a fin de favorecer la reflexión sobre la importancia de la Salud del Niño en especial de la “Evaluación del Desarrollo Infantil”, función propia de la profesión.

CITAS BIBLIOGRAFICA

1-Berra y Cols. Iniquidad del desarrollo integral del niño de 0-2 años. . Capitulo 1 Pag 17. Ed. CLACYD y Fundación ARCOR año 2002

2- Berra y Cols. Iniquidad del desarrollo integral del niño de 0-2 años. . Capitulo 1 Pag 17. Ed. CLACYD y Fundación ARCOR año 2002

(3)MONTALBÁN R. Infancia y Educación Infantil. Cáp. 7. Características generales del desarrollo en la infancia. Disponible URL:
www.intec.edu.do/~cdp/docs/infanciaeducacion.html – Consultado en Junio 2006.

(4)- FOSTER, J. Manual de Enfermería Pediátrica. Capitulo Desarrollo neurológico del lactante. Escuela de medicina publicaciones. Disponible URL:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessNeuroILact.html>
Consultado en Agosto 2006.

(5)- MONTALBÁN R. Infancia y Educación Infantil. Cáp. 7. Características generales del desarrollo en la infancia. Disponible URL:
www.intec.edu.do/~cdp/docs/infanciaeducacion.html – Consultado en Junio 2006.

(6)- FOSTER, J. Manual de Enfermería Pediátrica. Capitulo Desarrollo neurológico del lactante. Escuela de medicina publicaciones Disponible URL:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessNeuroILact.html>
Consultado en Agosto 2006.

(7) - MONTALBÁN R. Infancia y Educación Infantil. Características generales del desarrollo en la infancia.
Disponible URL: www.intec.edu.do/~cdp/docs/infanciaeducacion.html - Consultado Agosto de 2006 –

(8)- FOSTER, J. Manual de Enfermería Pediátrica. Capitulo Desarrollo neurológico del lactante. Escuela de medicina publicaciones Disponible URL:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessNeuroILact.html>
Consultado en Agosto 2006.

(9)- VERGARÁ, M. de los Á. Manual de Enfermería Pediátrica. Capitulo: Desarrollo Psicológico del Lactante. Escuela de medicina publicaciones. Disponible URL:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessPsicLact.html>.
Consultado Agosto 2006

(10)- MONTALBÁN, R. Infancia y Educación Infantil. Cáp. 7. Características generales del desarrollo en la infancia. Disponible URL:
www.intec.edu.do/~cdp/docs/infanciaeducacion.html – Consultado en Junio 2006.

(¹⁰¹)- EL JUEGO Y EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD CREADORA. Disponible URL: WWW.inspeccion~uvmi3.espana.es/inde6823.html. Consultado Agosto de 2006

(¹²)- CIFUENTES AGUILAR, L.; FANTA NÚÑEZ, E. Manual de Enfermería Pediátrica capitulo Supervisión de salud en pediatría ambulatoria. Escuela de medicina publicaciones. Disponible URL: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/Supervic.html>. Consultado Agosto de 2006.

(¹³)- MOORE, R. V. Manual de Enfermería Pediátrica capitulo Evaluación del Desarrollo Psicomotor. Escuela de medicina publicaciones. Disponible URL: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/EvalDessPs.html>. Consultado Agosto de 2006.

BIBLIOGRAFÍA

- BASES DEL PLAN FEDERAL DE SALUD AÑO 2004-2007” Ministerio de Salud y Ambiente de la NACIÓN ARGENTINA. Mayo 2004
- CYCLAD Y FUNDACIÓN ARCOR. Iniquidad del desarrollo integral del niño de 0-2 años. Año 2002.
- CIFUENTES AGUILAR, LORENA; FANTA NUÑEZ, ENRIQUE. Manual de Enfermería Pediátrica capitulo: Supervisión de Salud en Pediatría Ambulatoria. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/Supervic.html>. Consultado 1° de Setiembre 2005.
- EL JUEGO Y EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD CREADORA. WWW.inspeccion~uvmi3.espana.es/inde6823.html. Consultado 3 de Octubre de 2005
- FOSTER M., JORGE, Manual de Enfermería Pediátrica. Capitulo: Desarrollo Neurológico del Lactante. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessNeurolLact.html>. Consultado 15 de Setiembre 2005.
- GUÍA PARA LA FAMILIA CUIDANDO EL BEBÉ. Ministerio de Salud y Ambiente de la NACIÓN ARGENTINA. Febrero de 2005
- GUÍA PARA LA SUPERVISIÓN DE LA SALUD DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. SAP. 2002.
- LEJARRAGA, HORACIO. Edad de cumplimiento de pautas de Desarrollo en niños Argentinos sanos menores de seis años. Archivo Argentino de Pediatría. Vol. 94 N° 6 1996.
- LEJARRAGA, HORACIO.. Guías para la evaluación del desarrollo en niños menores de seis años. Servicio de Crecimiento y Desarrollo Hosp. Garrahan Buenos Aires. 1996.
- LOWENFELD, VÍCTOR, “Desarrollo de la capacidad creadora”, editorial Kapeluz, España 1980.
- MARTÍNEZ, R NOVOA, J. La salud del niño y adolescente. Tomo II. México, Salvat 1981.
- MENEGHELLO, R. Manual de Pediatría. Tomo I Santiago. Mediterráneo, 1988.
- Montalbán Ricardo. Infancia y educación Infantil. Características Generales del Desarrollo en la Infancia.

www.intec.edu.do/~cdp/docs/infanciaeducacion.html. Consultado: 1° de Setiembre 2005.

- MOORE V., ROSARIO. Manual de Enfermería Pediátrica. Capítulo: Evaluación del Desarrollo Psicomotor.
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/EvalDessPs.html>. Consultado 30 de Agosto 2005.
- MYERS, ROBERT. Los doce que sobreviven. Fortalecimiento de los programas de Desarrollo para la Primera Infancia en el Tercer Mundo. Copublicación OPS/OMS. UNICEF: Publicación Científica N° 545, Washington, OPS 1993.
- PERSPECTIVAS. Informe Anual. Organización Mundial de la Salud. 2003.
- Vergara, Maria de los Ángeles. Manual de Enfermería Pediátrica. Capítulo: Desarrollo Psicológico del Lactante.:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ManualPed/DessPsicLact.html>. Consultado 30 de Agosto de 2005.