



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA EN LA SALUD DEL NIÑO SANO DE 1
A 24 MESES DE EDAD A TRAVÉS DEL TRABAJO DE EQUIPOS
INTERDISCIPLINARIOS

Tesina

Que se presenta para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta

Graciela Hernández Álvarez

Director: Dra. Irma Rosa Alvarado Guerrero

Dictaminadores: Dra. Blanca Estela Huitrón Vázquez
Mtra. Martha Elba Alarcón Armendáriz



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Este trabajo va dedicado a toda la gente que estuvo, está y estará en mi vida.
Gracias por contribuir a lo que soy.

Mil Gracias a la Dra. Irma, a la Dra. Blanca y a la Mtra. Martha por tiempo y su apoyo.
Gracias Moni por tu amistad. Gracias a la gente del CIETEP

Gracias a la vida y a Dios por darme la oportunidad de caer y de levantarme una y mil veces.

A mi familia por su lealtad en las buenas y en las malas.

A mis pacientes, por haberme enseñado a ser profesional.

INDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Capítulo 1 Prevención primaria, secundaria y terciaria en salud: definición de los niveles de intervención en el trabajo del área de la salud.	
¿Por qué es necesario implementar programas de salud para niños de 1 a 24 meses?.....	5
Factores de riesgo que podrían limitar el desarrollo y crecimiento de los niños sanos de 1 a 24 meses	6
Importancia de la prevención en la salud de los niños de 1 a 24 meses.....	8
Crecimiento y Desarrollo: términos que se complementan.....	10
Desarrollo del Sistema Nervioso Central	13
¿Qué es Atención Temprana?	16
¿Qué es la valoración en el desarrollo?	18
La importancia del desarrollo psicomotor en el desarrollo del niño sano de 1 a 24 meses.....	22
La interdisciplina en el trabajo de la salud	25
Perfil de los profesionales que trabajan en la valoración del desarrollo del niño sano de 1 a 24 meses	26
Capitulo 2 Situación actual de los equipos interdisciplinarios	
Trabajo interdisciplinario con el niño sano de 1 a 24 meses	31
El trabajo en la sala de neonatología	33
Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).....	36
El concepto de visita programada como estrategia de trabajo para los profesionales de la salud.....	40
Conductas personales que favorecen el cumplimiento de los objetivos en la salud:	
El autocuidado.....	44
Situación actual de equipos interdisciplinarios que trabajan con niños sanos de 1 a 24 meses de edad.....	48
Situación de los equipos interdisciplinarios en México.....	50
¿Cómo se puede favorecer la creación de equipos interdisciplinarios que trabajan con niños sanos de 1 a 24 meses de edad?	53
Ventajas del trabajo interdisciplinario en la salud del niño sano	56
Conclusiones.....	59
Referencias.....	62

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, ha cobrado mayor interés el estudio del desarrollo de bebés y niños pequeños, diversos investigadores (González, De la Morena y Barajas, 1995) consideran que el conocimiento precoz de las pautas y parámetros del desarrollo favorece la atención temprana, conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención asistencial de los niños que se encuentran en situaciones de riesgo o que presentan alguna discapacidad (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT, 2005). Las áreas de investigación más importantes en el desarrollo infantil son desarrollo cognitivo, aprendizaje, desarrollo moral, desarrollo perceptivo y adaptación social. (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1990).

Bronfenbrenner (1979; citado en Papalia, op. cit.) propuso un enfoque ecológico para explicar el desarrollo humano, su premisa es comprender a una persona en un contexto múltiple de ambientes. Lo anterior está relacionado con la noción del desarrollo infantil como un proceso dinámico y complejo, sustentado en la evolución biológica, psicológica y social, caracterizado por la progresiva adquisición de funciones como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT, 2005); este proceso está estrechamente ligado al proceso de maduración del sistema nervioso (iniciado durante la vida intrauterina) y a la organización emocional y mental.

Durante los primeros años de vida, se configuran las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas afectivas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción entre el individuo y el mundo circundante, por ello, la infancia representa una oportunidad para iniciar tareas preventivas enmarcadas dentro de la Psicología Evolutiva y del Desarrollo.

Por ello, la evaluación de comportamientos psicológicos en bebés es considerado un proceso facilitador de información para la realización de diversos instrumentos de diagnóstico y de estudios comportamentales. Desde la Psicología Evolutiva, se ha demostrado a través de los trabajos de Piaget, Bower, Bruner, Kaye, entre otros autores, que los niños pequeños son fuente

de conocimiento sobre el origen de comportamientos habituales en los adultos (González, De la Morena y Barajas, 1995).

Considerando los tres niveles preventivos de salud, la prevención primaria es la más adecuada para dirigir acciones orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias; además, existe un concepto dentro de la prevención secundaria que describe el objetivo de la valoración del desarrollo, la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT, 2005). *La detección temprana es fundamental para poder incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia.*

Sin embargo, los antecedentes de un programa de prevención primaria se dirigen sobre todo, hacia la prevención de la discapacidad (Verdugo, 1995). En un inicio, las acciones de estimulación fueron diseñadas como intentos aislados para beneficiar a los niños que se encontrarán en situaciones de riesgo (cultural, biológico, etc.); las primeras experiencias relativas al riesgo ambiental (niños pobres de origen latino o de color) se llevaron a cabo principalmente en los Estados Unidos.

Schapira, et. Al. (1998) e Ibarra (2007) coinciden en que el control del niño sano es una actividad reciente, cuyos orígenes datan a principios del siglo XX. Por lo regular, se labora con recién nacidos y se hace de manera interdisciplinaria, sobre todo médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales (Pallás, 2006). Verdugo (op. cit.) justifica esta forma de trabajo, porque en la planificación y ejecución de programas de cada disciplina, se deben establecer objetivos, factores de riesgo, competencia y medidas preventivas oportunas, considerando, en el área de la psicología los medios necesarios para el cambio actitudinal y comportamental.

Sin embargo, el énfasis en el seguimiento del desarrollo de los niños de 1 a 24 meses, decae hasta que este sector ingresa a nivel preescolar y se desarrolla, en su mayoría desde la perspectiva médica, controlando sobre todo, peso y talla y seguimiento de aplicación de vacunas; olvidando temas cómo adquisición de habilidades, y estrategias para establecer

limites que los padres necesitan saber y que corresponden al conocimiento psicológico. El pediatra, frecuentemente, puede efectuar una detección precoz en alteraciones del desarrollo, pero debe existir un equipo que le dé apoyo y orientación para facilitar su observación (Roy, 2003).

Aunque se ha comprobado que el intercambio mutuo de información entre los profesionales y la transmisión de ésta a los padres, favorece la obtención de mejores resultados a la hora de vigilar el desarrollo de los niños (Robaina y Rodríguez, 2000), en el año 2004, al realizarse el estudio previo a la XIV Reunión Interdisciplinar con sede en España, se evidenció la ausencia de cursos relacionados con la Atención Temprana (Arizcun, Gútiérrez, Ruiz, 2006).

Respecto a nuestro país, la situación es similar, Sánchez, Islas y Crespo (2005) reconocen que a pesar de existir literatura sobre el tema, no hay datos confiables y la mayoría pertenecen al sector público de salud, no considerando la práctica privada.

El siguiente trabajo es una investigación acerca de la situación actual del trabajo de los equipos interdisciplinarios en salud del niño sano en México.

En el capítulo 1 *“Prevención primaria, secundaria y terciaria en salud: definición de los niveles de intervención en el trabajo del área de la salud”*, se discute la importancia del trabajo preventivo con niños sanos de 1 a 24 meses, factores de riesgo en el desarrollo infantil, desarrollo y crecimiento, S N C, atención temprana, evaluación del desarrollo, desarrollo psicomotor, la interdisciplina en la salud y el perfil de los profesionales que valoran el desarrollo.

Estos temas ofrecen las bases para abordar lo que se abordará en el capítulo 2, *“Situación actual de los equipos interdisciplinarios”*, cuyo objetivo es describir los antecedentes en el desarrollo de estrategias para trabajar con los niños que padecían alguna discapacidad, que habían nacido de forma prematura o dentro de una situación familiar y social adversa, se abordan aspectos como: trabajo interdisciplinario, labores en la sala de neonatología,

descripción de la estrategia AIEPI como ejemplo del trabajo preventivo en salud, la estrategia de “visita programada”, autocuidado, situación del trabajo interdisciplinario en México, condiciones que favorecen la creación de estos equipos y las ventajas de constituirlos.

Capítulo 1

Prevención primaria, secundaria y terciaria en salud: definición de los niveles de intervención en el trabajo del área de la salud

En este capítulo se definen aspectos clave que permiten describir la evolución en el proceso de valoración del desarrollo en los niños sanos de 1 a 24 meses, el objetivo es proporcionar la información básica para entender el trabajo de los equipos interdisciplinarios en esta área.

¿Por qué es necesario implementar programas de salud para niños de 1 a 24 meses?

El 90% del desarrollo físico y psíquico, ocurre durante los primeros años de vida; por ello es necesario la prevención y control de los factores de riesgo, para lograr así, el mejoramiento de la salud, el bienestar y la calidad de vida de los niños pequeños (Servicio de Salud Colombiano, 2006).

Los primeros reportes realizados por etólogos, sobre los cambios cerebrales provocados por el aprendizaje y la experiencia datan de principios de siglo XX, quienes estudiaron patrones conductuales innatos que median la supervivencia de especies. La impronta, uno de esos patrones que ha comprobado que el establecimiento de lazos de apego de las crías hacia la figura materna puede alterarse por distintas circunstancias del ambiente es un ejemplo de que aún las conductas genéticamente determinadas pueden modificarse de acuerdo a la experiencia temprana. (Escobar y Salas, 1991).

Así, la razón que justifica el planeamiento e implementación de programas integrales para niños menores de seis años pueden entenderse de esta manera: la tendencia actual concede prioridad al fortalecimiento de programas de 0 a 5 años porque la inversión oportuna permite ahorrar en término de costos económicos al reducir gastos escolares relacionados a problemas de aprendizaje, bienestar social y a procesos judiciales, rehabilitación y permanencia en prisión y disminución del índice de criminalidad y delincuencia juvenil (Evaluación de la educación inicial, 2000).

Además, en las últimas décadas el desarrollo de los bebés y niños pequeños es una de las áreas más importantes de la Psicología evolutiva; porque los investigadores consideran que la intervención durante los primeros meses de vida de una persona permite acceder más temprana y sencillamente al conocimiento de los sistemas de acción e interacción con el medio ambiente característicos de los seres humanos; así, el conocimiento precoz de las pautas y parámetros del desarrollo conforma el conocimiento del origen de los fenómenos psíquicos y la posibilidad de acceder precozmente a posibles problemas evolutivos (González, De la Morena y Barajas, 1995).

Factores de riesgo que podrían limitar el desarrollo y crecimiento de los niños sanos de 1 a 24 meses

Atkin, Supervielle y Cantón (1987) definen como *factores de riesgo* aquellos factores que pueden limitar el desarrollo o crecimiento; si un niño está expuesto a uno o varios factores de riesgo durante sus primeros años de vida puede ser más probable que enfrente problemas en su crecimiento que si no estuviera expuesto a ellos. A continuación se expone un cuadro comparativo de aquellos factores que se pueden considerar como causantes de riesgo para el desarrollo de los niños sanos.

Niño	Madre	Familia	Comunidad
Anomalías genéticas	Desnutrición	Condiciones socioeconómicas insuficientes	Aislamiento
Bajo peso al nacer. Nutrición	Enfermedades	Numerosos niños nacidos a corto plazo	Condiciones ecológicas adversas
Ausencia de lactancia materna	Edad muy joven o mayor de 35 años	Inestabilidad familiar	Suministro inadecuado de agua
Destete precoz	Bajo nivel de escolaridad	Factores socio-culturales negativos	Falta de saneamiento
Carencias afectivas			Vivienda inadecuada
Enfermedades			

Tomado de Atkin, Supervielle y Cantón (1987) Paso a Paso: como evaluar el crecimiento y desarrollo del niño. Pág. 72

Retomar el concepto de factores de riesgo, permite entender por qué aunque las personas atraviesan por las mismas secuencias generales del desarrollo, existen numerosas diferencias individuales en la duración y presentación de los cambios.

Las influencias internas en el desarrollo provienen de la herencia, el legado genético que se recibe de los padres; las influencias externas, se originan en la experiencia personal frente al mundo exterior.

Los efectos que ciertos eventos producen en la vida de las personas han llevado a diferenciar entre influencias normativas y no normativas en el desarrollo (Baltes, Reese y Lipsitt, 1980; citados en Papalia, 1997). Un “suceso normativo” ocurre cuando de manera similar afecta a la mayoría de los miembros de un grupo. Las *influencias normativas clasificadas según la edad* son influencias biológicas y ambientales que actúan de manera similar sobre el desarrollo de personas de un grupo de edad específico, sin importar la época y lugar donde vivan. Las *influencias normativas clasificadas históricamente* son biológicas y ambientales comunes a una generación particular o cohorte (personas que crecen al mismo tiempo en el mismo lugar). Los *eventos no normativos de la vida* son acontecimientos esporádicos que impactan la vida individual, sucesos que le ocurren a una persona en un periodo atípico o que sólo le ocurre a unos pocos (por ejemplo, la muerte de los padres cuando se es muy joven, una enfermedad que amenaza la vida). Con frecuencia las personas ayudan a crear sus propios sucesos al realizar actividades en su beneficio.

Las influencias normativas y no normativas ocurren en niveles particulares del ambiente. Urie Bronfenbrenner (1979; citado en Papalia, op. cit.) en su enfoque ecológico del desarrollo identifica cuatro niveles que influyen en el desarrollo humano, propone que es necesario comprender a una persona en un contexto múltiple de ambientes. Así, el enfoque ecológico ayuda a describir la variedad de influencias que intervienen en el desarrollo humano.

- ❖ **Microsistema:** ambiente diario inmediato del hogar, escuela o trabajo.
Incluye las relaciones con padres, hermanos, compañeros, cuidadores.
Son relaciones bidireccionales y se afectan entre sí.

- ❖ Mesosistema: interconexión de varios microsistemas en que una persona está inmersa (el encadenamiento hogar-escuela, hogar-trabajo).
- ❖ Exosistema: grandes ambientes de instituciones como la escuela, iglesia la participación de estos sistemas influyen en la experiencia de la persona.
- ❖ Macrosistema: abarca patrones culturales, religiosos, educativos.

Importancia de la prevención en la salud de los niños de 1 a 24 meses

La infancia y adolescencia son sectores poblacionales a los que se dirige todo programa de prevención, identificando riesgos, prediciendo sucesos indeseables y desarrollando actividades o acciones que eviten, pospongan o aminoren los efectos de dichos factores; a partir de este tipo de condicionantes se han creado niveles de prevención que tradicionalmente se han clasificado de lo primario a lo terciario (Caplan, 1964; Bloom, 1985; Zax y Spector, 1974; Rickel y Allen, 1987; citados en García, 1993)

Además, desde el punto de vista psicológico, la infancia es una etapa que representa una oportunidad importante para prevenir diversos problemas, para ello, es necesario favorecer por medio de la capacitación de los padres o cuidadores conductas prosociales, el debilitamiento mediante de procedimientos no coercitivos de conductas antisociales, el empleo de recursos de enseñanza incidental, etc. (Patterson, 1976; Patterson y Forgatch, 1976; Forgatch y Patterson, 1989; citados en García, op. cit.)

Así, corresponde a la *prevención primaria* las actuaciones y protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias. Se define como “Prevención primaria: todas aquellas medidas de carácter universal destinadas a toda la población y tiene por objetivo evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil” (Pág. 15, Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT, 2005).

El concepto de prevención primaria es fundamental en el desarrollo de este análisis porque al ser el nivel dirigido a la población en general resulta el más económico, y el que tiene mayor alcance al proporcionar información básica sobre cualquier tema, también es necesario definir prevención secundaria y prevención terciaria para delimitar el alcance que tiene cada una dentro del trabajo en salud y así desarrollar estrategias basadas en el alcance de cada nivel de prevención.

Se define como “Prevención Secundaria aquellas acciones cuyo objetivo es la *detección y el diagnóstico precoz* de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo”. La *detección temprana* es fundamental para poder incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia (Pág. 16, Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT, 2005).

Por último, se define como “Prevención Terciaria a aquellas actividades que corresponden con las actuaciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifican como de crisis biopsicosocial” (Pág. 22 GAT, op. cit.).

Así, el trabajo que influye con mayor impacto dado su alcance y sus objetivos son los encaminados a la prevención primaria (dado que se dirige y a la población en general) y la prevención secundaria, encargada en aprovechar la etapa fundamental en el desarrollo; considerando que la prevención terciaria busca remediar los problemas existentes podría tomarse como parte de la rehabilitación.

Delimitar los niveles de prevención, aprueba concertar una idea: detectar precozmente trastornos del desarrollo, permite implementar planes de intervención oportuna y adecuada; así cabe también diferenciar entre crecimiento y desarrollo, porque ambos conceptos se complementan, sin embargo, no significan lo mismo

Crecimiento y Desarrollo: términos que se complementan

Papalia (1997) define el *desarrollo* como un proceso progresivo y ordenado que está caracterizado por el incremento de funciones y su mayor coordinación y la transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social pues todos en conjunto originan la personalidad.

Crecimiento se define (Papalia, op. cit.) como el proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia, consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales.

Crecimiento, desarrollo y maduración son tres conceptos afines dentro de la ontogenia, pero que presentan diferencias importantes (Diccionario de las ciencias de la educación, 1997). El término crecimiento pertenece principalmente al ámbito biológico y se refiere a aquellos aspectos cuantitativos relacionados con el aumento de la masa corporal en las diferentes etapas del ciclo vital de un organismo. Este aumento está determinado por la herencia y el código genético, por un lado y por las influencias del ambiente de otro (siendo factor primordial, la nutrición); es un proceso regular, que sigue un ritmo prácticamente continuo hasta llegar a la adultez con ligeras variaciones estacionales o semestrales (curva de crecimiento).

El desarrollo, hace referencia a aspectos más cualitativos, aunque basados y ligados al crecimiento físico (Diccionario de las ciencias de la educación, op. cit.). Por desarrollo suele entenderse la evolución progresiva de las estructuras de un organismo y de las funciones por ellas realizadas, hacia conductas de mayor calidad o consideradas superiores. Un concepto estrechamente ligado al de *desarrollo* es el de *diferenciación funcional* (a mayor desarrollo, mayor diversificación y complejidad de las funciones que posee el individuo). A la par de la diferenciación y especialización funcional se produce un proceso de integración y coordinación de los diferentes aspectos o componentes parciales del desarrollo.

En el ser humano, los cambios que constituyen el desarrollo se organizan secuencialmente en períodos, fases o estadios descritos por la psicología evolutiva. Desde el punto de vista filogenético, la especie humana es la que posee un mayor período relativo de desarrollo lo que origina una gran plasticidad y capacidad adaptativa. Por otro lado, los períodos críticos para el desarrollo, presentes en todas las especies, tienen efectos menos irreversibles en el hombre, siendo éste capaz de compensar o reestructurar, mediante su actividad personal, experiencias carenciales de la infancia. El desarrollo es considerado así como un proceso de construcción y no como algo dado; otra característica diferencial de la especie humana es la gran incidencia de los factores afectivos, especialmente en los primeros años, en el desarrollo psíquico e incluso en el crecimiento físico.

El último concepto afín, es la maduración, definida como la aparición de cambios morfológicos y de conductas específicas determinadas biológicamente y sin la ayuda de ningún aprendizaje (Diccionario de las ciencias de la educación, 1997). La maduración así entendida es componente necesario pero no suficiente para el desarrollo. Ha de asociarse a lo adquirido a través del aprendizaje, del ejercicio. Esta interacción de la maduración y el aprendizaje da lugar al desarrollo; las pautas y techos de la maduración (consecuencias del bagaje genético de la especie del individuo) imponen a su vez determinadas pautas y techos al desarrollo. A través del ejercicio oportuno del aprendizaje se puede influir en el desarrollo y mover los límites o fronteras de esos techos, fronteras que en el hombre poseen una considerable elasticidad.

Por tanto, el desarrollo infantil es un proceso dinámico y complejo, sustentado en la evolución biológica, psicológica y social. Los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas afectivas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante. Se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Esta evolución está estrechamente ligada al proceso de maduración del sistema nervioso, ya iniciado en la vida intrauterina y a la organización emocional y mental. Requiere una estructura genética adecuada y la satisfacción de los requerimientos básicos para el ser humano a nivel

biológico y a nivel psicoafectivo (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT, 2005).

Resumiendo, el desarrollo infantil es producto de la interacción de factores genéticos y factores ambientales, la siguiente clasificación explica la diferencia entre ambos:

- La base genética específica de cada persona, establece capacidades propias de desarrollo y hasta el momento no nos es posible modificarla.
- Los factores ambientales van a modular o incluso a determinar la posibilidad de expresión o de latencia de algunas de las características genéticas. Estos factores son de orden biológico y de orden psicológico y social.

Son factores ambientales de orden biológico: el mantenimiento de la homeostasis, el estado de salud, la ausencia de factores de agresión al Sistema Nervioso, y todo aquello que proporciona las condiciones necesarias para una adecuada maduración; son factores ambientales de orden psicológico y social: la interacción del niño con su medio ambiental, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento, etc.) (GAT, op. cit.).

Las condiciones anteriores, son básicas del ser humano y muy importantes en el desarrollo emocional, las funciones comunicativas, conductas adaptativas y en la actitud ante el aprendizaje que desarrollan las personas durante su vida. (GAT, op. cit).

Así, el desarrollo de un niño está regulado por la herencia y el ambiente; los factores genéticos o estructurales proporcionan las pautas de comportamiento genético, más importantes cuanto más pequeño es el niño, por ejemplo, el automatismo de succión. Por otra parte, los factores ambientales posibilitarán el correcto aprendizaje del niño y la adquisición de las pautas de conducta propias del grupo social al que pertenece. Es decir, el potencial innato del niño sólo se desarrolla si recibe desde el nacimiento un aporte de estímulos ambientales, intelectuales y emocionales apropiados (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1990).

En la actualidad, las áreas de investigación más importantes en el desarrollo de la conducta del niño son desarrollo cognitivo, aprendizaje, desarrollo moral, desarrollo perceptivo y adaptación social. Los profesionales en psicología del desarrollo estudian los cambios sistemáticos que se producen en un organismo vivo a lo largo de su ciclo vital; el desarrollo de teorías y modelos que permitan dicho estudio es uno de los principales objetivos, sea cual sea la orientación científica del investigador, existen ciertos puntos básicos de acuerdo:

- El desarrollo ocurre a lo largo de toda la vida y no sólo en las primeras décadas de la misma.
- El cambio de conducta puede ser estudiado como una variable intraindividual.
- El estudio del desarrollo de la conducta requiere la investigación no sólo de las similitudes entre los individuos, sino también de las diferencias. (Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1990).

Desarrollo del Sistema Nervioso Central

Para lograr un desarrollo adecuado los estímulos deben estar presentes en cantidad, calidad y momento adecuado. La estimulación fluctuante, a destiempo o la hiperestimulación son tan nocivos para los sistemas funcionales como demasiada estimulación (Schapira, Roy, Coritgiani, Aspres, Benítez, Galindo, Panrisi y Acosta, 1998).

Al nacer, la mayoría de los mamíferos están provistos de un conjunto variado de mecanismos adaptativos, para lograr el desarrollo completo de las capacidades funcionales se requiere de experiencia sensorial temprana (Escobar y Salas, 1991). El desarrollo del Sistema Nervioso Central no depende sólo de su propio mecanismo de crecimiento y maduración, intervienen muchísimos otros factores (biológicos o determinados por el medio ambiente), este período crítico o vulnerable se extiende desde el momento de la concepción hasta varios meses del primer año de vida; en el desarrollo, los períodos críticos resultan determinantes para el funcionamiento adecuado de los sistemas sensoriales y la

ejecución de patrones de conducta compleja. Estos períodos de maduración han merecido una enorme atención ya que aportan información útil para entender las futuras alteraciones del desarrollo del niño, sobre todo los primeros doce meses, intervalo de tiempo que constituye el mejor momento para la indicación de la estimulación psicomotora y afectiva, al considerar la plasticidad cerebral en el primer año de vida (Olhweiler y cols. 2002; citados en: Saavedra y Saavedra, 2005). Por ello, la alteración de alguna de las modalidades sensoriales o de la experiencia social podría provocar daños irreversibles (Escobar y Salas, 1991).

La particularidad del cerebro reside en que, aunque en su mayor parte está programado genéticamente, pueden producirse cambios funcionales o estructurales por influencias endógenas y exógenas (Magallanes, 1997; citado en: Saavedra y Saavedra, op.cit.). El transcurso de esta evolución está determinado por modelos genéticos de desarrollo y por la estimulación del medio ambiente. El cerebro, como órgano de integración y de coordinación, responde con reacciones automáticas y complejas a los estímulos percibidos por los órganos sensoriales (Flehmig 1999; citado en Saavedra y Saavedra, op. cit.), estas reacciones varían con la edad del niño, pero desde el nacimiento se suceden en un orden establecido (Bobath 1976; citado en Saavedra y Saavedra, op. cit.) y se caracterizan por el desarrollo de los mecanismos de reflejo de la postura y del mantenimiento de ésta, así, la motricidad permite al ser humano confrontarse con el medio ambiente. La constante mejoría de las capacidades motrices significa independencia y la posibilidad de adaptación.

Hoy en día existen cada vez más evidencias que avalan la importancia de un desarrollo psicomotor adecuado, para que no interfiera en las tareas de un individuo a lo largo de su crecimiento. Se ha visto que cada etapa del desarrollo es requisito de la siguiente y que anomalías en algunas de estas tendrán repercusiones a futuro (Bobath y cols. 1976; Brand y cols. 1989; Flehmig 1999; Holsti and cols. 2002; Mick and cols. 2002; citados en: Saavedra y Saavedra, 2005).

Por ello, la evaluación de comportamientos psicológicos en bebés se considera como un proceso que ha facilitado la obtención de numerosos datos necesarios para la realización de diversos instrumentos de diagnóstico que permiten evaluar niveles de desarrollo en cualquier edad y sobre algunos comportamientos, desde el punto de vista de la psicología evolutiva se ha

demostrado a través de los trabajos de Piaget, Bower, Bruner, Kaye, entre otros, que los niños pequeños son fuente de conocimiento sobre el origen de comportamientos habituales en los adultos (González, De la Morena y Barajas, 1995).

El desarrollo del cerebro en los primeros años de la infancia es más rápido, extenso y más sensible a factores en el medio ambiente que lo que antes se sospechaba, la influencia del medio ambiente exterior deja huellas para siempre, no sólo afecta al número de células cerebrales y el número de conexión entre ellas sino también la manera en que esas conexiones se afirman (Saavedra y Saavedra, 2005).

La explicación neurológica es la siguiente: la actividad del desarrollo cerebral recae en una elevada actividad de los procesos metabólicos predeterminados genéticamente, durante el primer año de vida. En este periodo, las conexiones sinápticas se hayan incrementadas exponencialmente, y se encuentran en pleno desarrollo las arborizaciones dendríticas, este proceso de maduración no sólo depende de lo que el medio le entrega sino que también de lo que el niño pequeño trae cuando nace. Cuando alguno de estos dos elementos no influye de manera favorable en la maduración del ser humano se produce una alteración en su desarrollo que debe ser tratada precozmente (Hesse 1998; Nazar 2003; Saavedra y Saavedra, op. cit.).

Los primeros estímulos que intervienen sobre la madurez del niño son la presencia de la figura materna y la gravedad, y la respuesta a ellos es el movimiento que se convierte en el primer parámetro de valoración clínica del niño (Doménech y cols. 2002; citados en: Saavedra y Saavedra, 2005).

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en una etapa de maduración y de importante plasticidad; la situación de maduración condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio y las agresiones, por lo que cualquier causa que provoque una alteración en la normal adquisición de los hitos que son propios de los primeros estadios evolutivos puede poner en peligro el desarrollo armónico posterior, pero la plasticidad también dota al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores (GAT, 2005).

A partir de la detección temprana, la educación temprana trata de brindar al niño de primera infancia discapacitado o con riesgo en su desarrollo una educación que se instale tempranamente, sea planificada y considere el daño existente o amenazante, por ello, se fundamenta en que el cerebro es el órgano de la elaboración perceptual, de los sentimientos, aprendizaje, pensamientos, receptor y emisor de la comunicación. (Heese, 1990).

¿Qué es la Atención Temprana?

La capacidad de plasticidad cerebral es crucial para la *Atención Temprana* reconocida como un conjunto de acciones que se orientan hacia la prevención y la intervención asistencial de los niños que se encuentran en situaciones de riesgo o que presentan alguna discapacidad, y a la vez, es un conjunto de intervenciones con el que se actúa para poder garantizar las condiciones y la respuesta familiar ante estas circunstancias en los diferentes entornos vitales (GAT, op, cit.).

En sus comienzos, la Atención Temprana (“estimulación precoz”, como se la denominaba comúnmente) atendía principalmente a un grupo de niños con patología instaurada y tenía un carácter rehabilitador y asistencial (Botana del Arco, 2006.). En la actualidad, los objetivos de la intervención se abren a la población de riesgo, dando prioridad a la atención preventiva y el tratamiento global (familiar, social y educativo; además, del sanitario); se busca evitar futuras discapacidades en aquellos problemas del desarrollo que puedan ser transitorios o derivados de una situación de riesgo y/o atenuarlas en aquellas situaciones de trastornos permanentes, desarrollando al máximo las capacidades del niño que le permitan autonomía personal y una integración familiar, escolar y social (Botana del Arco, op. cit.). Se considera niño de alto riesgo, aquel que presenta coincidencia de factores biológicos y sociales que hacen prever la posibilidad, de que en un futuro más o menos próximo, padezca trastornos de conducta, retrasos en el desarrollo y enfermedad en mayor proporción y frecuencia que el resto de la población (Botana del Arco, 2006).

Así, *la detección temprana* de los trastornos en el desarrollo infantil constituye el paso imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica, es fundamental para poder

incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia. Es evidente la importancia de la detección en los trastornos del desarrollo infantil desde que aparecen los primeros signos indicadores de los mismos, antes de que los diferentes síndromes se estructuren de forma completa y estable. La detección de *signos de alerta*, que constituyen posibles indicadores de trastornos en el desarrollo infantil, debe estar presente en el trabajo cotidiano de todos aquellos que trabajan con poblaciones infantiles (GAT, 2005).

La detección debe ir seguida del inicio del proceso diagnóstico y de la intervención terapéutica, pero hay una serie de circunstancias que a menudo impiden o evitan la detección y el diagnóstico de los trastornos en el desarrollo, especialmente los psicopatológicos, del ámbito emocional y cognitivo, en los primeros años de la vida:

- Las tendencias banalizadoras que dejan en manos del "ya se le pasará" la responsabilidad terapéutica ante problemas que bien merecen una atención y evaluación serias.
- Las tendencias reduccionistas, que llevan a interpretar incorrectamente numerosos comportamientos atípicos de los niños, al atribuirlos de forma exclusiva a deficiencias o inadecuaciones educativas de los padres o por el contrario, a factores físicos o biológicos aislados.
- El temor o la resistencia a iniciar un proceso diagnóstico y terapéutico para evitar "etiquetar" de forma precoz, aun reconociendo la existencia de "problemas".
- El desconocimiento u olvido de la existencia de problemas durante el parto.
- La necesidad de creación de programas específicos de detección y eliminación de las condiciones de riesgo.

En la medida que los factores anteriores se reduzcan, será más sencillo fortalecer la realización de la valoración en el desarrollo de los niños sanos de 1 a 24 meses.

¿Qué es la valoración en el desarrollo?

La valoración cognitiva en la infancia es multiaxial, y no se centra exclusivamente en la capacidad intelectual del niño. Actualmente, existe el consenso de que la inteligencia es un concepto más amplio que una valoración de coeficiente intelectual o C.I., porque el niño está en constante evolución (Ibáñez, 1999).

Schapira, Roy, Coritgiani, Aspres, Benítez, Galindo, Panrisi, Acosta, (1998) definen el proceso en la evaluación del desarrollo y proponen los objetivos que debe tener:

La evaluación del desarrollo, es una medición de la integridad del SNC (Sistema Nervioso Central) en términos de capacidad o habilidad del desempeño dentro del rango de edad y el medio.

Para hacer esto posible, sugieren realizar pruebas de tamizaje a todos los niños de Alto Riesgo en forma regular hasta el ingreso a la escuela primaria, los *contenidos* de toda evaluación deben comprender:

- *Resumen* de toda información relevante, incluyendo la Historia Clínica Pre, Peri y Post-Natal; el estado del desarrollo previo al alta y estado de salud actual.
- *Perfil del desarrollo*, relacionado a su Edad Post Concepcional o Edad Corregida
- *Batería empleada y tiempo de duración del examen apropiado* para evitar irritabilidad o cambios en la organización y estabilidad del bebé estudiado. Se determinará con precisión signos de fatiga, sobrestimulación o cambios cardiovasculares.
- *Sensibilidad*: para identificar a quienes sufren un trastorno.
- *Especificidad*: suficiente para evitar falsas detecciones.
- *Tarea inter o transdisciplinaria* que permita el intercambio de experiencia y hallazgos, logrando un diagnóstico unificado y las recomendaciones adecuadas a las prioridades individualizadas.

Schapira (2007) divide en tres categorías los instrumentos utilizados para evaluar el desarrollo, las categorías que considera son:

- ❖ **Test de screening, tamizaje o pesquisa:** identifican o detectan individuos presuntamente enfermos, con defectos o patologías no reconocidos en una población aparentemente sana mediante la aplicación de exámenes u otros procedimientos de aplicación rápida y sencilla, el objetivo de estos instrumentos no es hacer diagnóstico. Los niños detectados como “positivos” deben ser referidos para confirmar o rechazar la sospecha. Ejemplo de estos instrumentos: Prueba de Escrutinio del Desarrollo de Denver II (Frankenburg, Dodds, Fandal, Kazuk y Cohrs, 1975).

- ❖ **Test Diagnósticos:** confirman y/o caracterizan una enfermedad a fin de efectuar un tratamiento. Ejemplo: Escalas Bayley de Desarrollo Infantil (Bayley, 1991), Escala de Inteligencia de Weschler.

- ❖ **Test de Supervisión:** permiten detectar trastornos sutiles, supervisar la evolución de los niños y la eficacia o no de los tratamientos en niños con alteraciones neuromotoras. Ejemplo: AIMS (Alberta Infant Motor Scale) Motor Assessment of Developing Infant.

Los objetivos que tiene la evaluación del desarrollo son:

- Detección temprana de trastornos o déficits global y/o en algunas de las áreas.
- Derivación a especialistas para precisar el diagnóstico (neurólogo, psicólogo, etc.).
- Implementación de programas de intervención oportuna.
- Iniciar la terapéutica adecuada.
- Favorecer el pleno desarrollo de las potencialidades del niño facilitando la interacción y participación de la familia.
- Conocer las características de la población estudiada (Schapira, Roy, Coritgiani, Aspres, Benítez, Galindo, Panrisi, Acosta, 1998).

Los anteriores objetivos se completan con los que propone el gobierno colombiano para realizar la evaluación del desarrollo en niños menores de 10 años (Servicio de Salud Colombiano, 2006) que se describen a continuación:

- Valorar el progreso en las conductas motora gruesa y fina, auditiva y del lenguaje y personal social.
- Potenciar los factores protectores de la salud de la infancia, y prevenir y controlar los factores de riesgo de enfermar y morir en esta etapa de la vida.
- Detectar precozmente factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño(a), para una intervención oportuna y adecuada.
- Promover el vínculo afectivo padres, madres hijos e hijas y prevenir el maltrato.
- Promover el autocuidado, los factores protectores y el control de los factores de riesgo a través de la educación en salud.
- Garantizar a la población menor de 10 años el esquema completo de vacunación (en el caso de Colombia, de acuerdo con las normas técnicas establecidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud)
- Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años.
- Vigilar y controlar la buena nutrición de los niños(as).
- Orientar a los padres sobre los métodos de crianza y alimentación de sus hijos(as).
- Impulsar los componentes de salud oral y visual, para mantener a la población infantil libre de patologías orales y visuales.
- Respetar y promover los derechos de los niños(as).

Así, la evaluación en el desarrollo requiere de un equipo de diversos profesionales que consideren el momento evolutivo y las necesidades del niño en todos los ámbitos, teniendo en cuenta los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos, propios de cada individuo, y los interpersonales, relacionados con su propio entorno, familia, escuela, cultura y contexto social (GAT, 2005)

Schapira, Roy, Coritgiani y cols, (1998) hacen una revisión histórica de este proceso, coincidiendo con Ibarra (2007) en que el control del niño sano es una actividad reciente, pues sus orígenes están a principios del siglo XX, a continuación un breve resumen de las ideas de ambos autores:

Un breve recuento de la valoración del desarrollo

En 1920 se comenzaron a realizar evaluaciones más formales con pruebas estandarizadas, como los test de Binet y de Gessell, en 1930 Mohr y Barthelme introdujeron el concepto de evaluación de la prematurez empleando “*Edad Post-Concepcional*” más que *Edad Cronológica* (E.Cr.) Drillien y Blegen consideraron la importancia de *factores ambientales* en el desarrollo (del hogar y del sector social en que vivían los bebés), además de los perinatales en el resultado a largo plazo. A partir de la década de los ‘50 se comprobó que los Recién Nacidos Pretermino (RN Pret) tenían mayor incidencia de mortalidad infantil, trastornos del Sistema Nervioso Central, alteraciones sensoriales, de conducta, atención y lenguaje al compararlos con Recién Nacidos a Término (RNT) a la misma edad. André-Thomas y Prechtl definieron cuáles eran las conductas y el desarrollo normales en RNT; Dargassies estudió la evolución del tono muscular y los reflejos en RN Pret y RNT. Brazelton elaboró un examen neurológico y de comportamiento en RNT y remarcó la existencia de complejos patrones de conducta que pueden ser evaluados objetivamente. Recientemente (1990) H. Als elaboró un método de observación sistemática de las conductas en RN Pret y describió la organización del desarrollo de las mismas desde la semana 26 a la 44 de vida extrauterina. Numerosos test fueron desarrollados en los últimos años en todo el mundo; también en América Latina, como por ejemplo en Brasil y Chile, varios autores como Dubowitz, Roy y Amiel-Tison elaboraron métodos de determinación de la Edad Gestacional por el examen neuromotor para RN Pret y/o realizar su seguimiento longitudinal usando E.Co., complementándose con tests de desarrollo psicomotor y evaluaciones más específicas en aspectos sensoriales.

La importancia del desarrollo psicomotor en el desarrollo del niño sano de 1 a 24 meses

Uno de los aspectos del desarrollo más importante y rápido durante los primeros años de vida es el desarrollo motor, el desarrollo del control de los diferentes músculos del cuerpo. El desarrollo motor comienza antes del nacimiento. Durante el tercer mes de vida prenatal los músculos fetales están lo bastante bien desarrollados como para permitir al feto mover los brazos y las piernas espontáneamente. Desde el final del cuarto mes la madre puede sentir los movimientos fetales, distinguiéndose variaciones de frecuencia e intensidad en momentos distintos. La actividad fetal es especialmente pronunciada entre el sexto y noveno mes de embarazo. En la mayoría de los fetos, la actividad disminuye durante el último mes antes del nacimiento, debido en parte al aumento de presión sobre la cabeza fetal y en parte a la falta de espacio del saco amniótico (Hurlock, 1998).

Es evidente después de analizar la historia de la evaluación del desarrollo, el papel predominante del desarrollo psicomotor, esto no resulta fortuito pues Ibarra (2006) define el *desarrollo psicomotor como la progresiva adquisición de habilidades en el niño*, además, considera al igual que Sánchez-Ventura (2005) que es *la manifestación externa de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC)*, se explica esto en términos fisiológicos por la proliferación de las dendritas y la mielinización de los axones que son los responsables fisiológicos de los progresos observados en el niño, por lo tanto, la maduración del SNC tiene un orden preestablecido y por esto el desarrollo tiene una secuencia clara y predecible: el progreso es en sentido céfalo-caudal y próximo-distal (Palacios, Marchesi, Coll, 2002).

Si un niño nace antes de término, la maduración del cerebro continúa su progreso casi igual que en el útero, por esto, al prematuro menor de 36 semanas de edad gestacional se le "corrige" su edad, restándole a la edad cronológica aquellas semanas que le faltaron para llegar a término (Ibarra, 2007.).

Así, existen factores que favorecen un adecuado progreso psicomotor; estos son una buena nutrición, un sólido vínculo madre-hijo y una estimulación sensorial adecuada y oportuna.

En animales de experimentación se ha demostrado el efecto positivo de la estimulación sensorial tanto en el desarrollo de las neuronas como en desempeño motor y social (Ibarra, 2007) y en niños institucionalizados se ha demostrado el efecto positivo de la estimulación en el progreso de las habilidades, logrando incrementar el coeficiente intelectual en forma significativa al mejorar la estimulación (Saavedra y Saavedra, 2005).

El primer año de vida es una etapa caracterizada por grandes cambios: crecimiento, diferenciación, adquisición y perfeccionamiento de funciones, estas están sometidas desde el nacimiento a la acción de factores biológicos y sociales que pueden alterar el desarrollo, e incluso retrasarlo; durante el primer semestre el niño mantiene un vínculo mucho más directo con la madre, la que satisface sus necesidades, y por lo que raramente se evidencian trastornos de su desarrollo, a no ser que exista algún daño orgánico (Suárez y Rodríguez, 2000)

Alrededor de los 6 meses, el bebé comienza la etapa de socialización, donde mantienen el vínculo materno, pero la familia adquiere mayor importancia en la colaboración del desarrollo de habilidades, fundamentalmente el lenguaje. Esta es la esfera más afectada en niños normales con influencias externas negativas, porque frente a un manejo familiar inadecuado, menos de la mitad de los niños logran un Desarrollo Psicomotor Normal (DPN), lo que se evidenció en el estudio realizado por Suárez y Rodríguez en el 2000: ningún niño con un manejo adecuado presenta retardo en su desarrollo psicomotor, lo que da a la familia una importante función. Es bueno recordar que el manejo inadecuado no solo es que no satisfagan las necesidades primarias, o sea maltratado, o que incumplan sus horarios; sino también que es necesario que estimulen las habilidades que le permitan tener patrones adecuados a imitar.

Durante los primeros cuatro o cinco años de vida el niño adquiere control sobre sus movimientos, al ingresar a preescolar él es capaz de controlar su propio cuerpo tan bien o mejor que sus compañeros, esto es importante por ciertas razones; en primer lugar, la buena salud vital para el desarrollo depende del ejercicio, además, un buen control motor motiva al niño en participar en actividades físicas que le servirán para fomentar la salud y la interacción social y por último, un buen control motor es que capacita al niño para

entretenerse. El desarrollo motor tiene importancia para el concepto de sí mismo, pues cuando adquiere habilidades motoras, surge un sentimiento de seguridad física que pronto se convierte en seguridad (Hurlock, 1998).

Se considera por las razones anteriores, que el nivel para desarrollar acciones encaminadas al cuidado y seguimiento del crecimiento y el desarrollo del niño, es el primer nivel de atención, porque es a través de evaluaciones periódicas del niño sano, solicitudes de atención para padecimientos agudos frecuentes como las infecciones respiratorias agudas y la gastroenteritis agudas como se puede plantear tratamientos de enfermedades intercurrentes y proveer educación a la madre o a los cuidadores en la detección de los signos de mala evolución de enfermedades comunes, y de ser necesario, realizar la referencia al segundo nivel de atención para el diagnóstico y tratamiento de padecimientos que requieren de los recursos hospitalarios (Trejo y Pérez, et. al., 2006).

Además, los autores anteriores están a favor del seguimiento del desarrollo psicomotor del niño normal y escriben que en los últimos veinte años se identifica un creciente interés por la vigilancia longitudinal del desarrollo de los niños, así como por la detección temprana del retraso en cualquiera de sus esferas, pues las evidencias apoyan la eficacia de diversos programas de intervención o estimulación temprana se ha llevado a cabo en grupos de niños con riesgo para retraso psicomotor como son: los prematuros, los que tienen bajo peso al nacimiento y aquellos con asfixia neonatal.

Considerando la información que proporciona la realización de una valoración del desarrollo, es necesario revisar las observaciones que proporciona el Servicio de Salud Colombiano (2006) para llevarla a cabo de forma cómoda para el niño y así favorecer la obtención de información confiable.

- El sitio de trabajo debe ser tranquilo, iluminado, ventilado, cómodo
- Se debe preparar y acondicionar el sitio de trabajo con los elementos necesarios para la valoración de los niños(as) de acuerdo a la edad.

- Es necesario propiciar la adaptación de los niños(as) antes de iniciar la evaluación de su desarrollo y estimular la participación del padre y la madre o del cuidador que acompaña al niño (a).
- Valoración del desarrollo de acuerdo con la edad del niño(a)
- En todos los controles, indicar a las madres y los padres la forma de estimular el desarrollo del niño y las conductas a observar de acuerdo a su edad.
- Es indispensable registrar inmediatamente la información de lo observado para evitar olvidos o confusiones.
- En caso de que el niño(a) se encuentre enfermo o su estado emocional sea de miedo o rechazo extremos, no deberá hacerse la valoración de su desarrollo. Es preferible dar una nueva cita dentro de su mismo rango de edad.

La interdisciplina en el trabajo de la salud

Según GAT (2005) un equipo interdisciplinar es definido como aquel formado por profesionales de distintas disciplinas, en el que existe un espacio formal para compartir la información, las decisiones se toman a partir del mismo y se tienen objetivos comunes (Pág. 13).

Considerando la relación que existe entre las variables biopsicosociales y la intervención que se da en el campo de la salud, es preciso trabajar en equipo porque de este modo, se diseñan alternativas donde cada disciplina determina factores de riesgo de su competencia y expondrá las medidas preventivas oportunas en relación a los diferentes comportamientos, donde la Psicología debe aportar los medios necesarios para el cambio actitudinal y comportamental de los integrantes del equipo. Además, en la intervención propiamente dicha, cada disciplina realizará las actuaciones preventivas de su competencia, en este caso, la Psicología debe actuar potenciando la actividad de los demás profesionales de las disciplinas biomédicas y sociales incrementando la mejora en la relación usuario-profesional, incremento a la adherencia al tratamiento médico, etc. (Verdugo, 1995).

Una gran mayoría de trastornos como pueden ser la hiperactividad con déficit de atención (TDAH), retrasos del lenguaje y del habla, trastornos de motrices, irritabilidad, encopresis o enuresis pueden presentarse asociados a déficits cognitivos en forma de “trastorno generalizado del desarrollo” en el niño de edad temprana o más tarde en forma de dificultades escolares en la primera infancia (Ibáñez, 1999). Frecuentemente, los padres llevan a sus hijos menores de 3 años a consulta con el pediatra por cuestiones como:

- ❖ Sentir que su hijo es “lento” comparado con otros niños de su edad.
- ❖ Preocupaciones sobre problemas de audición.
- ❖ Preocupación sobre las habilidades sociales de sus hijos alrededor de los 18 meses (son muy tímidos, inquietos, no les pueden poner límites).
- ❖ Dudas sobre el lenguaje receptivo entre los 18 y 36 meses.
- ❖ Preocupación sobre el desarrollo de motricidad fina (entre los 3 y 4 años).

Estas preocupaciones representan el 75% de los niños que asisten a revisiones pediátricas periódicas (Ibáñez, 1999). Al analizarse, puede concluirse que la mayoría de las problemáticas, tiene un origen de manejo familiar, donde el pediatra tiene un campo reducido al, probablemente, no conocer de teorías del desarrollo cognitivo y estrategias para facilitar a los padres la imposición de reglas a sus hijos.

Perfil de los profesionales que trabajan en la valoración del desarrollo del niño sano de 1 a 24 meses

Al reflexionar sobre todo lo que se necesita para valorar el desarrollo infantil es necesario delimitar la preparación de los profesionales que intervienen en este proceso, Arizcun, Gútiez y Ruiz (2006) elaboraron un documento donde se hace una revisión del estado de la formación en Atención Temprana con el objeto de determinar el perfil necesario para el desarrollo profesional en este campo, su investigación está basada sobre todo, en los programas de estudio de las universidades españolas, la similitud de contenidos se puede aplicar a la formación profesional de los profesionales que no radican en España.

Para la formación de médicos pediatras, los temas que sugieren son:

- Neuro – desarrollo.
- Estudio psicosomático y emocional.
- En relación con los principales trastornos neonatales hay una gran variedad: desde la encefalopatía, hasta el estudio audio – visual
- Encefalitis y la hipertensión intracraneal.
- Parálisis cerebral infantil, oligofrenia y el retraso mental.
- Déficit de atención e hiperactividad.

Para los pedagogos, sugieren lo siguiente:

- Psicología evolutiva.
- Educación Especial.
- Diagnóstico en educación.
- Programas de intervención, sobre todo en Dificultades de Aprendizaje y alumnos con necesidades educativas especiales (N. E. E).
- Atención a la diversidad e Integración de niños con N. E. E.
- Asesoramiento educativo en los problemas afectivos y de relación en la infancia y en la adolescencia.
- Técnicas de asesoramiento personal en la infancia y adolescencia.
- Biopatología de las deficiencias.
- Pedagogía Hospitalaria.
- Intervención con la familia y bases neurológicas del desarrollo y de la Atención Temprana.

Para los psicopedagogos, se sugiere estén formados o familiarizados en los siguientes temas:

- Formación más vinculada con la infancia y la discapacidad.
- Intervención psicopedagógica en dificultades de aprendizaje.
- Educación Especial.
- Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo.
- Diagnóstico en educación.

- Modelos de orientación e intervención psicopedagógica.
- La intervención en trastornos del lenguaje, de la conducta e intervención en deficiencias psíquica, física y sensorial.
- Modificación de conducta en contextos escolares.
- Intervención didáctica en Educación Especial.
- Asesoramiento educativo.
- Intervención en niños con NEE.
- Integración de alumnos con NEE.
- Diagnóstico pedagógico y adaptaciones curriculares.
- Intervención en trastornos de conducta escolar.
- Técnicas de Intervención Temprana y Atención Temprana.
- Necesidades y derechos de la infancia en Situaciones de Riesgo.
- Evaluación de sujetos de Alto Riesgo.
- Psicobiología de las deficiencias.
- Pedagogía hospitalaria.
- Intervención psicopedagógica familia y entorno social.
- Alteraciones del desarrollo.
- Riesgos psicosociales en la infancia y la adolescencia.
- Desarrollo psicomotor, psicolingüístico y cognitivo.
- Relación de las NEE con las nuevas tecnologías.

Y para los psicólogos, su formación básica debe consistir en los temas siguientes:

- Psicología del desarrollo.
- Psicología de la personalidad.
- Motivación y emoción.
- Psicología de la Memoria.
- Psicología de la Educación.
- Evaluación Psicológica y Psicopatología.

Al revisar la información básica que debe manejar cada uno de los profesionales que trabajan en un grupo interdisciplinario, es pertinente llegar a una conclusión tomada del Libro Blanco de Atención Temprana, publicado por el GAT en 2005.

El concepto de interdisciplinariedad para profesionales que participan en la Atención Temprana implica tanto la formación en una disciplina específica como en un marco conceptual común a todas ellas que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo. Para este marco común pueden identificarse cuatro áreas:

- La especialización en desarrollo psicomotor infantil: comprender los procesos típicos y atípicos, las claves evolutivas de las distintas edades, las formas de relación en cada una de ellas.
- La profundización en psicología de la dinámica familiar: comprender el sistema familiar, sus peculiaridades culturales, económicas, organizativas, los ciclos vitales, etc.
- El conocimiento de la realidad legislativa, institucional, normativa, características sociales y antropológicas, hábitat y entorno geográfico de la comunidad.
- Una formación y experiencia suficientes sobre el trabajo en equipo, dinámicas de grupos, distribución de roles, estrategias de toma de decisiones, etc. (Pág. 47)

Trabajar de forma interdisciplinaria requiere además de alta especialización, de características personales como: alta tolerancia a la frustración, capacidad para trabajar bajo presión, asertividad al exponer aquello en lo que no esté de acuerdo, empatía, capacidad de negociación y sobre todo, deseos de trabajar en equipo. Considerando que la mayor parte de la comunicación se desarrolla de manera no verbal es vital, enseñar a los profesionales que trabajen en equipo estrategias donde puedan automonitorearse y reconocer cuando su lenguaje corporal no sea relajado o su volumen de voz, sea demasiado elevado porque ello es un factor para llegar a una acalorada discusión.

Lo anterior puede escucharse sencillo, pero no es así, pues factores como el nivel socioeconómico y cultural pueden ser barreras difíciles de superar a la hora de intentar

llegar a un acuerdo. Es innegable que hay personas con las que se pueden dialogar y otras con las que cuesta más trabajo llegar siquiera a una tregua. Por ello, además, de la formación profesional, es necesario el empleo de estrategias que permitan conocer el clima laboral y así, diseñar cursos de capacitación que facilite la adquisición de conductas sociales que faciliten las competencias personales en el trabajo dado que el profesional que transmite la información diagnóstica a los padres asume una importante responsabilidad y debe tener una adecuada formación y experiencia en este tema, estando preparado para entender, tolerar y contener los diversos sentimientos que se puedan producir en los padres, así como hacerse cargo de sus propios sentimientos (ansiedad del propio profesional ante un diagnóstico de patología), con la finalidad de poder mantener la distancia emocional necesaria para transmitir a los padres una información ponderada y real al mismo tiempo que se les ofrece comprensión y apoyo (GAT, 2005).

Para concluir este capítulo, es evidente, después de analizar lo complejo que resulta el diseño de estrategias para prevenir algún tipo de retraso en el desarrollo, que la alternativa más adecuada es trabajar con distintos profesionales de la salud porque el crecimiento y desarrollo conllevan factores donde intervienen conocimientos de distintas áreas.

En el próximo capítulo, analizaremos a partir de esta breve revisión, la situación de los profesionales que trabajan en equipos interdisciplinarios, evidentemente conocen de manera más extensa la información anterior pero lo más probable es que se enfrenten a situaciones de tipo socio-cultural que pueden limitar su margen de trabajo y con ello, limitar su alcance a la población meta, los niños sanos de 1 a 24 meses.

Capítulo 2

Situación actual de los equipos interdisciplinarios

A lo largo de este segundo capítulo se hará una descripción de la situación actual del trabajo interdisciplinario orientado a la salud del niño sano, los antecedentes de esta actividad se localizan en el desarrollo de estrategias para trabajar con los niños que padecían alguna discapacidad, que habían nacido de forma prematura o dentro de una situación familiar y social adversa. En la actualidad, en muchos países se están creando programas dirigidos exclusivamente a la atención de la población de 1 a 24 meses de edad para detectar cualquier posible retraso y así, favorecer su desarrollo.

Trabajo interdisciplinario con el niño sano de 1 a 24 meses

Los antecedentes de un programa de prevención primaria se dirigen sobre todo, hacia la prevención de la discapacidad, para lograr que éstos tuvieran éxito, se requería de la colaboración interdisciplinaria. Verdugo (1995) justifica esta forma de trabajo, porque en la planificación y ejecución de programas de cada disciplina, se deben establecer sus objetivos, factores de riesgo, competencia y medidas preventivas oportunas, considerando, en el área de la psicología los medios necesarios para el cambio actitudinal y comportamental.

En las últimas décadas, el trabajo de todas las ciencias se está desarrollando, sobre todo, de forma multidisciplinaria, interdisciplinaria e incluso, transdisciplinaria; trabajar de manera cada vez más conjunta resulta provechoso, considerando que las funciones de detección y evaluación de necesidades, planeación y desarrollo de estrategias de trabajo, prevención, rehabilitación e investigación son básicas para los profesionales que trabajan en el área de la salud.

Sin embargo, con respecto a la salud del niño sano, no se habían diseñado estrategias preventivas porque se concebía que la educación preescolar debía iniciar a partir de los

cuatro años de edad, así, se desarrollaron sistemas para alcanzar determinados logros encaminados a la adquisición de conductas escolares.

Situaciones como el desarrollo de la psicología, los avances en biología y neurología demostraron la importancia de los primeros años de vida iniciando la planeación de actividades que facilitarían estimular el desarrollo. Se comienza trabajar con niños y niñas que por diversas situaciones (físicas, culturales, económicas, etc.) no pueden acceder a una estimulación adecuada por parte de su medio (Martínez, 2001).

Las acciones de estimulación, diseñadas en un inicio como intentos aislados para beneficiar a los niños que se encontrarán en situaciones de riesgo (cultural, biológico, etc.), se han ido transformando a partir de los años 60' en programas experimentales o asistenciales. Las primeras experiencias relativas al riesgo ambiental (niños pobres de origen latino o de color) se llevaron a cabo principalmente en los Estados Unidos con programas como el Head Start.

Se pueden agrupar en dos categorías los diversos programas:

- Los programas para niños de alto riesgo biológico: se interesan por tratar precozmente alteraciones detectadas y a favorecer el desarrollo.
- Los programas para niños de alto riesgo ambiental: destinados a prevenir retardo en el desarrollo psicológico de niños sometidos a la influencia desfavorable del medio en el que viven (Damián, 1990).

Desde la década de 1970 se han realizado diversas acciones de manera sistemática encaminadas a desarrollar estrategias dirigidas a la atención de la salud de los niños menores de seis años, considerando que los niños representan la oportunidad de lograr mejoras en la calidad de vida de las nuevas generaciones. En América Latina se introducen algunos programas de estimulación para mitigar las secuelas de las lesiones cerebrales (Montenegro, 1990). No significa que antes de 1970 no hubiera interés en el tema, pero sí aumentó el interés por lograr mejoras en la atención a la salud de los niños; prueba de ello es el término de “estimulación temprana” que aparece en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño (1959) enfocado como una forma especializada de atención a los

niños y niñas que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, este concepto fundamentó la necesidad de trabajar con los niños discapacitados (Martínez, op. cit.).

En 1981, se celebró una reunión en Santiago de Chile auspiciada por la CEPAL – UNICEF donde se plantea a la “intervención temprana” como acciones deliberadas e intencionales dirigidas hacia grupos específicos de la población identificados por sus condiciones de riesgo para prevenir problemas específicos. Los resultados de las experiencias e investigaciones de la intervención temprana en niños y niñas de alto riesgo contribuyó a enfocar estos programas a otros niños y niñas estuvieran o no en situación de riesgo o desventaja social (Martínez, op. cit.). Así surgen los programas de estimulación temprana.

En las últimas décadas se han desarrollado programas donde se hacen evidentes los beneficios de las actividades que estimulan a los niños menores de seis años y cuyo objetivo es promover su desarrollo integral. La información proviene de programas de tipo cuasi experimental realizados en México, Guatemala y Colombia y con programas de intervención en comunidades de Chile, Colombia y Perú (Politt, 1982; citado en Montenegro, op. cit.).

El trabajo en la sala de neonatología

El trabajo con el niño sano o con capacidades educativas especiales inicia desde su nacimiento, bajo la premisa de que al detectar de forma temprana cualquier indicio de posible retraso se puede reducir los efectos negativos en el futuro del niño. Dentro de los hospitales existe un área especial para realizar esta labor, a continuación, una breve revisión histórica del desarrollo de la sala de neonatología basada en la investigación de Ibarra (2006).

La neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo. Sus inicios datan de 1892, con las observaciones de Pierre Budin, médico de origen francés, considerado el padre de la Neonatología quien escribió un libro para lactantes con problemas nacidos de un parto prematuro y diferenció a los lactantes en

pequeños y grandes para la edad gestacional. Para 1914 el Dr. Julius Hess en Chicago, inició unidades de cuidados para recién nacidos prematuros en el Hospital Michael Reese.

En 1924 Albert Peiper se interesó en la maduración neurofisiológica de los recién nacidos prematuros, en la década de 1940 comenzó la unificación de criterios para el manejo de estos pequeños, aparecieron las primeras incubadoras para estabilización térmica. En 1953, la Dra. Virginia Apgar contribuyó con la escala para evaluación del grado de asfixia perinatal y de adaptación a la vida extrauterina.

El libro “El Prematuro” escrito en 1957 por Ethel Dunham hace evidente el interés por el cuidado de los niños prematuros, desde 1960 la cirugía neonatal ha sido cada día más precisa, basándose en la actualidad hacer cirugía intrauterina. En 1967 el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia reconoció la necesidad de la estrecha relación entre el obstetra y el neonatólogo para disminuir la mortalidad perinatal, iniciándose en 1973 el primer Servicio de Cuidados Perinatales en Estados Unidos, hacia la década de los 70’ hubo progresos importantes en la nutrición, la alimentación por sondas, la alimentación parenteral.

Es importante destacar que el nacimiento prematuro no es el único factor de riesgo que existe para alcanzar un desarrollo sano. Ruiz Extremera, Lozano, Ocete, Puertas y Robles (1997) consideran a las siguientes poblaciones como posible riesgo durante los primeros años de vida:

- Riesgo social: pobreza, bajo nivel socioeconómico, ausencia de progenitores, madre adolescente, drogadicción, etc.
- Riesgo biológico: enfermedades de distintos órganos que de inmediato o en un futuro pueden afectar al desarrollo integral del niño (Broncodisplasia, SIDA de transmisión vertical, cardiopatía, intestino corto. La patología del sistema nervioso central y órganos de los sentidos (visión y audición fundamentalmente) son considerados dentro del riesgo biológico, pero por su importancia se denominan específicamente :

- Riesgo neurosensorial: Parmelle (1973; citado en, Ruiz Extremera, Lozano, Ocete, Puertas y Robles, op. cit.) define al recién nacido de riesgo como aquel que tiene una alta posibilidad de manifestar déficit motor, sensorial o cognitivo.

El concepto de *riesgo biológico* se relaciona con los niños que han experimentado un fenómeno o secuencia de acontecimientos desencadenantes de posibles lesiones crónicas a largo plazo; frecuentemente los nacidos con muy poca edad gestacional presentan en sus primeros meses de vida: problemas para alimentarse, hipertensión, displasia, broncopulmonar, falta de peso, anemia, hernias, displasia de cadera, entre otros (Ruiz Extremera, et al., op. cit.).

Se puede clasificar, de acuerdo con la población de riesgo que enfrentan, a los niños en tres categorías:

- Niños con riesgo psicológico: engloba la posibilidad de padecer alteraciones en el desarrollo psicológico, puede ser resultado de varios factores: aquellos que son propios del niño, de su familia y entorno social; situaciones de estrés, enfermedades, entre otras, producen reacciones y adaptaciones subjetivas. Se debe considerar que la adaptación del niño al medio se efectúa a través de procesos psicomotores, cognitivos y afectivos, así que todo proceso sigue más o menos una regularidad.
- Niños con lesiones establecidas: aquellos niños que desde su nacimiento presentan retrasos, desviaciones o discapacidades, se incluyen síndromes malformativos, cromosomopatías, mielomeningocele o enfermedades degenerativas.
- Niños con varios riesgos o lesiones asociadas: frecuentemente, los niños están expuestos a la asociación de las poblaciones de riesgo mencionadas anteriormente.

A partir de los avances en el área de la salud en la mayoría de los hospitales, el equipo que labora en servicios de neonatología está integrado por personal calificado y con experiencia en el tratamiento con los neonatos (Verdugo, 1997); los profesionales que lo forman son:

- Personal médico: Neonatólogos, Pediatras y Especialistas en Nutrición y Dietética (especialista opcional).

- Fisioterapeuta: orienta a los padres y enfermeras sobre el manejo postural y preventivo de las patologías más frecuentes en el niño (problemas respiratorios y ortopédicos).
- Personal de Enfermería.
- Personal de apoyo: Psicólogos (para los padres de niños que han nacido con alguna problemática o de forma prematura, realiza actividades de exploración, diagnóstico y valoración de las aptitudes, personalidad e inteligencia de los sujetos y elabora programas de intervención social). Trabajadores sociales (seguimiento de intervenciones, detección de voluntarios, favorece la integración de grupos de auto ayuda entre padres que enfrentan problemas similares con sus hijos).

Es evidente que el trabajo con los niños es muy importante para los especialistas. Pallás (2006) explica que los problemas que pueden aparecer durante la evolución de un niño prematuro son múltiples y de ámbitos muy diversos, por tanto, protocolizar la atención de los niños prematuros permite interpretar de forma adecuada los hallazgos que van surgiendo y anticiparse a muchos de los problemas, además, la asistencia al niño que ha nacido prematuramente puede contribuir en gran medida a mejorar la atención que recibe el niño y su familia y facilitar el proceso de aprendizaje de los profesionales que los atienden.

Trabajar con los niños que pueden estar en riesgo es vital, porque el desarrollo infantil sigue una secuencia ordenada, predecible e interrelacionada con las capacidades intelectuales y de aprendizaje del niño. Cada etapa de desarrollo asimila parte de la anterior, por tanto, el aprendizaje del niño puede ser afectado si alguna etapa fue mal lograda, allí lo importante del trabajo precoz y preventivo.

Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Es indudable la tendencia en los sistemas de salud mundial al desarrollo de estrategias encaminadas a la Atención Primaria (AP) dirigidas a la población en general y que proporciona información fundamental sobre prevención de situaciones que resultan

potencialmente peligrosas (por ejemplo, es frecuente el desarrollo de campañas preventivas con temas encaminados al cuidado de la salud) reduciendo así los costos que resultan de atender cada una de las enfermedades y sus probables consecuencias (Gorrotxategi, 2006). Al combinar el trabajo preventivo con acciones de Atención Secundaria (AS) aumenta la eficacia de las acciones desarrolladas encaminadas a preservar la salud porque se centra en la detección y diagnóstico precoz y con ello, el objetivo de favorecer el desarrollo sano de las personas se fortalece.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) está convencida de que la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) debe ser el principal mecanismo de atención primaria de salud para reducir la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas, y para mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años (Benguigui, Malvárez, Obregón, 2006. pp. 9).

Benguigui, Malvárez y Obregón (2006) consideran que la estrategia AIEPI posee el potencial necesario para disminuir la mortalidad infantil al complementar su contenido con otras intervenciones como son las destinadas a reducir las defunciones neonatales durante el parto y los primeros días de vida, así como las muertes relacionadas con accidentes, violencia y abuso del niño, que tomadas en conjunto representan más del 30% de las defunciones en los niños menores de cinco años en América.

Trabajar por el bien de la salud infantil no es algo reciente, desde la década de 1990, se estimaba que la población en la zona de América Latina y el Caribe había aumentado en aproximadamente 350 millones de personas, la mayoría eran niños y adolescentes, registrándose un incremento de más del doble en el número de personas considerando los datos poblaciones de las zonas de 1950. (Montenegro, 1990).

En la actualidad, considerando la tendencia de la globalización de la información y los programas desarrollados por las secretarías de salud de los diversos gobiernos, los recursos humanos constituyen un factor decisivo para la generación de cambios hacia sistemas de salud más acordes con los requerimientos de la población. El impulso a la iniciativa de AIEPI por parte de la OPS supone, entre otras estrategias, el análisis y generación de

procesos de transformación en el campo de los recursos humanos en salud, pues en su calidad de actores comprometidos y calificados, éstos constituyen uno de los determinantes centrales del progreso en la promoción de la salud infantil y la prevención y control de las enfermedades prevalentes de la infancia (Benguigui, Malvárez, Obregón, 2006. pp. 19).

Haciendo un recuento histórico, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); fue introducida en 1996 y se enfoca en la atención de los niños sanos menores de cinco años para prevenir enfermedades.

La estrategia AIEPI, concibe a la salud de los niños como algo integral, al tiempo que rescata el concepto de crecimiento y desarrollo sanos; de este modo se reduce la pérdida de oportunidades para la detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de que se agraven y presenten complicaciones (Langue, et. al., 2006. Pp. 14).

AIEPI incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de salud en la atención, favoreciendo el aumento de programas de vacunación infantil, la mejora del conocimiento y prácticas de cuidado y atención de menores de cinco años en el hogar, y el énfasis en un crecimiento y desarrollo saludable, entre otros beneficios. La estrategia tiene tres objetivos:

1. Reducir la mortalidad en la infancia: dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para prevenir y tratar enfermedades que sufren los niños
2. Disminuir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los menores: dirigido a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para garantizar una atención adecuada
3. Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida de los niños. Su implementación contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes: orientado a mejorar las prácticas familiares y comunitarias de cuidado y atención de

la niñez mediante el fortalecimiento de las habilidades de crianza, al tiempo que se concentra en aspectos del medio ambiente para identificar y actuar sobre entornos adversos y poco estimulantes (Benguigui, Malvárez, Obregón, 2006. pp. 20).

Al realizar la investigación bibliográfica, se encontró que la estrategia AIEPI integra medidas disponibles para la prevención de enfermedades y problemas de salud durante la niñez, para su detección precoz y tratamiento efectivo, y para la promoción de hábitos de vida saludables en la familia y la comunidad, además, puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos los padres pues brinda conocimientos para evaluar en forma secuencial e integrada la condición de salud de los menores, y de esta manera detectar las enfermedades o problemas que más frecuentemente los afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar. A partir de esta evaluación, AIEPI brinda instrucciones claras sobre la clasificación de las enfermedades y problemas, y establece el tratamiento que debe administrarse para cada una de ellas.

Un elemento básico para fomentar el cuidado de la salud a través de la AIEPI, es que la estrategia considera indicaciones para identificar la necesidad de aplicar medidas de prevención y cómo favorecer su puesta en práctica, para informar y educar a los padres sobre la prevención y promoción de la salud infantil.

Por ese motivo ha sido incluida como una herramienta clave para alcanzar las denominadas Metas de Desarrollo del Milenio (MDM), las cuales hacen hincapié en la importancia de continuar el trabajo orientado a disminuir la mortalidad infantil, prestando esta vez mayor atención a la reducción de la inequidad entre distintos grupos poblacionales. (Langue, et. al., 2006. Pp. 14).

Continuando con los datos que proporcionan Benguigui y cols (2006) la estrategia ha contribuido al descenso de la mortalidad infantil, que muestra una reducción del 50%, reflejado en los resultados previstos de la iniciativa *Niños sanos: la meta del 2002*, a través

de la cual se propuso reducir en 100.000 el número de muertes de menores de cinco años durante el período 1999-2002, principalmente con la aplicación de la estrategia AIEP.

A estos resultados se sumaron otros beneficios como el mejoramiento de la calidad y las prácticas de la familia para el cuidado de los menores, con el fin de prevenir aquellas muertes debidas principalmente al cuidado inadecuado en el hogar y a la consulta tardía. Se fortaleció así un enfoque orientado hacia la promoción de un crecimiento y desarrollo saludables, con fuerte apoyo a la familia y a la comunidad (Langue, Urrutia, Campos, y cols, 2006).

Parece que la estrategia AIEP es una alternativa adecuada y diseñada a partir de las necesidades que tienen la población latinoamericana, sin embargo, en los documentos encontrados en la red se reconoce su falta de difusión limitando su acceso a los interesados.

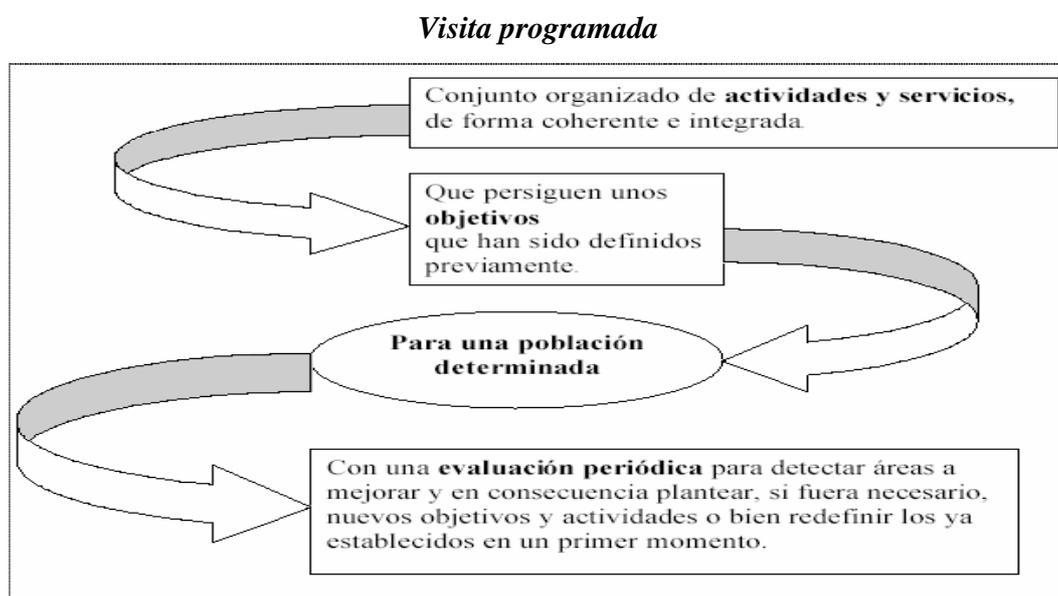
El concepto de visita programada como estrategia de trabajo para los profesionales de la salud

Es importante proporcionar a los profesionales herramientas metodológicas para desempeñar su labor, por ello, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año de 2004 desarrolló una guía de trabajo dirigido a los profesionales y técnicos de los servicios de salud (profesionistas como médicos pediatras, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, odontólogos, etc.) que se dedican a la atención de las personas, y que por su calificación profesional y técnica pueden hacerlo con procedimientos adecuados y de calidad.

Dirigir los esfuerzos hacia estos profesionales, es resultado de la experiencia obtenida por las condiciones en que desarrollan su trabajo y que les ha permitido conocer las problemáticas de la salud materna-infantil y por tanto, en su trabajo resalta la prioridad de conocer estrategias para enfrentarse a ellos.

Ofrecer oportunidades de mejora profesional a los trabajadores de la salud permite favorecer el avance en el trabajo que realizan con la población, objetivo principal de los servicios preventivos en salud de primer nivel y segundo nivel, existiendo así la responsabilidad de garantizar que llegue a mayor número de personas información protectora, fortaleciendo el vínculo de estos profesionales con las personas y repercutiendo después en la comunidad. A partir del concepto de “visita programada”, se ofrece una alternativa para planear su trabajo diario.

“Visita programada” es definida como un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios destinados a alcanzar unos objetivos concretos y previamente definidos de salud, en una población determinada y con una evaluación realizada en un periodo concreto (Pág. 15), Iglesias, Álvarez, et. al., (2006) proponen un esquema que posibilita la programación de la atención del niño sano, a continuación se reproduce el esquema:



Tomado de: Iglesias, Álvarez, Jiménez, Mira, M., y Suffo, (2006). Guía de consulta en atención primaria. Pp. 15

La estrategia anterior puede ejemplificarse en el cuidado de la salud del niño prematuro, Pallás (2006) considera que la protocolización radica en establecer el calendario de las revisiones necesarias para cumplir los objetivos propuestos, las revisiones se establecen en momentos precisos de modo que se pueda comprobar y comparar hallazgos. Así en el Programa del Niño Sano están protocolizadas las revisiones para realizar, en momentos determinados, valoraciones específicas de áreas concretas del desarrollo; valorar a los niños nacidos pretérmino según la edad cronológica, es un error porque se estará viendo a cada uno de ellos en un momento diferente del desarrollo perdiendo información para interpretar lo observado y con ello, dificultando la detección de posibles problemas de salud.

“Visita programada” no es la única estrategia que se utiliza en el área de la salud, sin embargo, es la más frecuente en los servicios médicos, dado que se trabaja a través de una calendarización previa, a menos que se presente alguna situación de emergencia que ponga en peligro la vida de una persona. Fue imposible encontrar la descripción de una estrategia adaptable al trabajo preventivo.

Es evidente que desarrollar una metodología de trabajo, proporciona a los profesionales la oportunidad de decidir de forma conjunta cómo llevar a cabo su labor con cada uno de sus pacientes, haciendo evidente como la evolución de los planteamientos científicos y de las necesidades asistenciales ha contribuido al desarrollo de los diferentes perfiles y de las competencias profesionales (Arizcun, Gútiez y Ruiz, 2006) generando nuevos modelos para la actuación y trabajo con niños exigiendo que la formación de los profesionales se transforme. Arizcun, Gútiez y Ruiz, (op. cit.) considerando lo anterior se preguntan ¿cómo debe diseñarse el perfil profesional de las personas que se interesen en el trabajo preventivo con niños sanos?, ¿es necesario crear nuevas profesiones?.

El planteamiento anterior es interesante, considerando que el equipo interdisciplinario trabaja abordando cada caso desde el punto vista físico, psíquico y social teniendo un enfoque global del niño, iniciando un seguimiento de éste durante un cierto tiempo, que va a depender del objetivo que busque el equipo. De acuerdo a la experiencia de Bellacasa, Carrasco, Languin y Mora (2005) un caso clínico concreto puede ayudar a explicar mejor

la complejidad del abordaje y tratamiento de niños en riesgo evolutivo por su entorno psicosocial pues la visión que aporta cada disciplina (medicina, enfermería, psicología, trabajo social, etc.) favorece con cierta frecuencia, durante el seguimiento de recién nacidos, hijos de madres toxicómanas o niños expuestos a cualquier otro tipo de riesgo, el abordaje y la planeación del trabajo para reducir aquellas situaciones potenciales de riesgo.

Para proponer lo anterior, Bellacasa, Carrasco, Languin y Mora (op. cit.) hacen un breve recuento de cómo pueden actuar los miembros de un equipo interdisciplinario considerando la edad del niño:

- Cuando el niño es un recién nacido, el objetivo principal es conseguir que se establezca el vínculo más fuerte posible entre la madre y su hijo con el apoyo del padre o de la familia del niño (abuelos, tíos, etc.) intentando que durante el período de cero a un mes de vida se produzca la simbiosis necesaria entre ambos para que el bebé comience su vida de la manera más segura posible, recibiendo el cariño de su madre y sus demás cuidadores. Así que proporcionando la información necesaria sobre cuidados diarios, y actividades que favorecen la interacción entre madre e hijo se puede cumplir el objetivo de esta etapa.
- A partir del segundo mes, el bebé comenzará a sonreír, a mirar, a abrir sus manos, a dormir bien o mal, a comer bien o mal, a tener cólicos, a relacionarse, esto se puede tomar como una muestra para observar si el afecto que recibe es suficiente para llevar un desarrollo físico y psíquico adecuado. En esta etapa, la madre agradece todo el apoyo y es adecuado hacerle saber todo lo que hace bien y escucharla para reconducir las alteraciones del desarrollo que pueda manifestar el bebé.

Es frecuente que las madres expongan sus dificultades con el sueño de sus bebés, con los cólicos, la alimentación, con sus parejas, con sus madres o suegras, se sugiere que dado lo diverso de los temas, se planeen la forma en que el especialista en cuestión exponga su opinión profesional haciendo énfasis en la influencia de estas problemáticas en el desarrollo del bebé y si es necesario, contar con la opción de canalizar si los problemas resultan más complejos.

- Durante el periodo que va de los primeros cinco meses, y posteriormente del noveno al doceavo mes, el bebé va a ir reconociendo a los extraños y distinguiéndolos de sus padres y su familia. Frecuentemente, en esta etapa, llora cuando llega a la consulta, le cuesta separarse de su madre y sufre intensamente si la separación se produce de una manera prolongada. Esta situación se está produciendo en diferentes grados de gravedad cuando los niños son separados de sus familias por motivos de desamparo o malos tratos en este período.
- Cuando el bebé comienza a gatear y luego a andar y se separa de su madre, ésta puede disfrutar con la nueva autonomía de su hijo. El niño siempre regresa y necesita del juego de alejarse y volver con su madre para que después de los 18 meses comience la etapa de decir “no” y hacia los 2-3 años de edad, se inicie el control de esfínteres (nueva función autónoma del hijo que éste debe conseguir sin interferencias maternas o paternas).

Pensando que el objetivo principal, independientemente de las demandas que se generen del área en que se labore, es que el centro de la acción profesional esté en un adecuado entendimiento entre los profesionales sean de la misma u otra disciplina, se cree adecuado describir qué profesionales trabajan frecuentemente en conjunto.

Conductas personales que favorecen el cumplimiento de los objetivos preventivos en la salud: el Autocuidado.

Langué, Urrutia, Campos, y cols, (2006) proponen el autocuidado como una manera para favorecer la preservación de la salud dentro de las familias, su propuesta es resultado de considerar que las actitudes son altamente influidas por el nivel de conocimiento de los padres situación cultural y económica. Además, las tres principales ramas que trabajan en el área de la salud consideran importante el autocuidado.

Para la medicina, el autocuidado tiene la posibilidad de modificar la naturaleza y frecuencia con que un paciente busca la consulta profesional, si el médico impulsa el autocuidado, es para

que el paciente realice acciones que él tradicionalmente ha realizado, es decir, transfiere responsabilidad al paciente para cierto nivel de cuidado (Gantz, 1990; citado en Langué, et.al., 2006).

La enfermería ha enseñado a las personas a cuidarse a sí mismas, modelo que hoy denominamos enfermería para el autocuidado. Conviene recordar que el autocuidado tiene una fuerte influencia del trabajo realizado por Dorothea Orem (2001; citado en Langué, Urrutia, Campos, y cols, op. cit.), quien “justifica” la participación profesional de la enfermería en situaciones en que la persona no puede cuidar su salud por sí misma, o no está motivada para hacerlo. Para la autora, el autocuidado es una función regulatoria que los individuos llevan a cabo deliberadamente para cubrir requerimientos vitales, mantener su desarrollo y funcionar integralmente. El modelo transcultural de Leininger (Alexander et al., 1989 citado en Langué, Urrutia, Campos, y cols, op. cit.) se centra en cómo las visiones, el conocimiento y las experiencias de una cultura influyen en la planificación e implementación del cuidado de enfermería; plantea que si las expresiones culturales no son reconocidas y comprendidas, los cuidados de enfermería pueden ser menos efectivos y tener consecuencias desfavorables. El modelo recalca que el único camino para que la enfermera pueda motivar al usuario para asumir su autocuidado es aprendiendo acerca de sus formas culturales (construcciones naturales o familiares acerca de las conductas propias de una cultura en particular) y planificando estrategias a partir de ellas (Steiger & Lipson, 1985; citados en Langué, Urrutia, Campos, y cols, op. cit.). En el análisis de la mayoría de los trabajos de enfermeras que han aportado al desarrollo del conocimiento teórico de la enfermería es posible identificar explícita o implícitamente el valor asignado al autocuidado en toda intervención profesional.

Por último, la psicología es una tercera disciplina que aporta conceptualizaciones sobre el autocuidado. Lo hace indirectamente a través del estudio de procesos psicológicos relacionados con el autocuidado tales como el concepto de sí mismo, la autoeficacia, el locus de control y, también, de manera más directa, a través del estudio de cómo las personas se mantienen sanas, por qué se enferman y cómo responden cuando esto sucede (Gantz, 1990; citado en Langué, Urrutia, Campos, y cols, op. cit.). Así, los psicólogos interesados en el área de la salud han

demostrado gran interés por desarrollar modelos teóricos que expliquen y ayuden a predecir los comportamientos que las personas tienen con relación a su salud.

Con lo anterior es evidente el esfuerzo por lograr un avance en las mejoras de salud de los niños sanos a partir de una integración de los conocimientos de las distintas disciplinas utilizando el apoyo de los padres como mediadores innatos de los niños y niñas, pues a partir de la calidad de la relación que establezcan con ellos las interacciones resultan más positivas en las destrezas que adquieran.

Ruiz Extremera, Vizcaíno, Salvatierra, et. al., (1997) proponen una manera de composición y funciones de los profesionales integrados a equipos multidisciplinarios de Atención Primaria, aunque la estructura está diseñada pensando en el cuidado de bebés prematuros, el modelo puede funcionar con niños sanos:

- Pediatra
- Neuropediatra
- Psicólogo
- Fisioterapeuta
- Trabajador Social
- Pediatra de atención primaria
- Especialistas oftalmólogo, audiólogo infantil
- Enfermera

A la par que plantean la composición del equipo interdisciplinario, describen qué funciones deben desarrollar cada uno, a partir de su marco de acción.

- El pediatra: debe valorar la situación clínica del niño en cada visita, considerando en su historial la evolución de los problemas biológicos. Es su responsabilidad el contacto con otros pediatras de atención primaria y a la par, ofrecer apoyo y orientación a las familias.
- El neuropediatra: debe coordinar la asistencia cuando los problemas de salud en el niño son neurosensoriales. Su labor consta de tres funciones: conocer de forma directa al niño desde su ingreso al hospital considerando riesgos antes de dar su

orden de alta, planificar el seguimiento a partir de la situación del niño y atender e informar a los padres sobre la situación neurológica del niño explicándola de forma clara, programar junto con el equipo el tratamiento a seguir para cada caso.

- Psicólogo: debe realizar la valoración del desarrollo del niño, con instrumentos de observación, entrevistas, pruebas diseñadas para tal fin (en el capítulo 1 se hizo una breve revisión de estos instrumentos). La información obtenida le permite dar su diagnóstico pensando en el niño como un sujeto en formación que interactúa en un medio social, considerando la etapa en el desarrollo que atraviesa diseñando estrategias para ayudar a sus padres y a él en este proceso. Debe trabajar en conjuntos para realizar su intervención lo más cercana a la realidad del niño.
- Fisioterapeuta: encargado de dar orientación al personal de enfermería sobre el manejo postural y preventivo en problemas respiratorios y deformidades ortopédicas. Además, transmite la misma información a los padres y si es necesario, trabaja con los niños de forma rehabilitatoria.
- Trabajador social: efectúa la valoración del riesgo social de los niños. Su objetivo es atender las problemáticas sociales de los niños, potencializando las iniciativas de las familias, orientándolos sobre qué alternativas y recursos hay en su comunidad.
- Pediatra de atención primaria: debe poseer conocimientos básicos del desarrollo neurosensorial normal, saber los criterios de selección de niños en situación de riesgo o con lesiones establecidas y participar en el control del niño según los medios de su centro, compartirá información con el equipo sobre temas que considere apropiados para el mejor desempeño de su trabajo.
- Enfermera: puede planificar las intervenciones de los distintos profesionales que tienen que valorar a un niño en concreto, sobre todo éste precisa en esa revisión muchas intervenciones o pruebas complementarias.

Enfatizar el trabajo que realiza el psicólogo es importante, porque la información disponible respecto a la mayoría de los temas en salud se centra en aspectos médicos, olvidando la importancia de la labor formativa que puede realizar hacia otros especialistas con respecto a temas como etapas del desarrollo y cómo favorece la adquisición de conocimientos desde edades tempranas.

Después de este pequeño análisis es evidente que hay esfuerzos importantes para impulsar el trabajo interdisciplinario con niños sanos, pero hace falta mayor difusión para poder acceder a esta información, además, existe relación entre la metodología a seguir, por ejemplo, el caso de la AIEP y la propuesta de composición y funciones de Ruiz Extremera, Vizcaíno, Salvatierra, et. al.

Situación actual de equipos interdisciplinarios que trabajan con niños sanos de 1 a 24 meses de edad

El pediatra frecuentemente puede efectuar una detección precoz en alteraciones del desarrollo, pero debe existir un equipo que le dé apoyo y orientación para facilitar su observación (Roy, 2003).

En el año 2004, al realizarse el estudio previo a la XIV Reunión Interdisciplinaria con sede en España, se evidenció la ausencia de cursos relacionados con la Atención Temprana (AT) (Arizcun, Gútiérrez, Ruiz, 2006).

Una problemática que preocupa en la formación del personal que labora en AT, es la creación de los perfiles profesionales, pues algunos apenas se están diseñando como resultado de las situaciones cotidianas de las consultas. En el caso europeo, se está considerando un modelo educativo que defiende la alta especialización y el trabajo interdisciplinario, enfoque resultado de la necesidad de mejorar a partir de cada una de las disciplinas el trabajo preventivo a realizarse en salud.

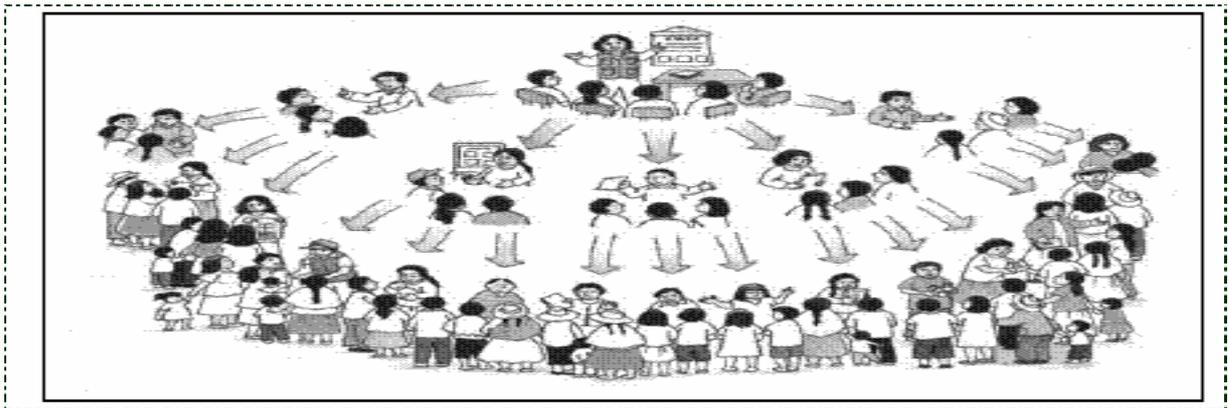
Así, los nuevos descubrimientos de la neurobiología cuestionan y pueden mejorar enormemente los métodos empleados en la educación y la psicología, además, el modelo

donde la familia protagoniza e interviene en el proceso de AT, hace indispensable incluir temas comunes (cuidados posnatales, nutrición saludable, etc.) sobre estas cuestiones en los planes de formación de los diferentes profesionales (Arizcun, y cols. op. cit.).

El intercambio mutuo de información entre los profesionales y la transmisión de ésta a los padres, favorece la obtención de mejores resultados cuando la tarea es beneficiar el desarrollo de los niños. Muestra de ello, es el estudio realizado por Robaina y Rodríguez (2000) sobre el comportamiento del desarrollo psicomotor (DSM) en niños menores de un año de edad y su relación con el manejo y funcionamiento familiar; concluyen que de una muestra de 51 niños nacidos sanos el 84.3 % de los niños presentó DSM normal al año, mientras que el 15.7 % restante, presentó retardo ligero en el desarrollo (siendo lenguaje, el área de desarrollo más problemática); respecto a la estructura familiar, el 75% de los niños detectados con retardo ligero en el desarrollo, vivían con familias disfuncionales y el 100% con un manejo inadecuado (definido por la no satisfacción de necesidades primarias, maltrato, incumplimiento de horarios y no estimulación de habilidades que permitan tener patrones adecuados a imitar). El estudio comprueba el papel vital que tiene la familia para lograr un desarrollo adecuado durante los primeros años de vida y la necesidad de que reciba información al respecto para favorecerlo y es ahí, donde los equipos de salud interdisciplinarios deben intervenir.

Otra investigación realizada para comprobar los beneficios del trabajo interdisciplinario preventivo fue hecha en el año de 1999, para evaluar los resultados de la estrategia AEIPI en Bolivia (Zamora, Dilbert y Mejía, 2002) el objetivo principal era conocer la calidad de la atención que recibían los niños. Se consideraron como actividades a evaluar: adaptación de los profesionales a los materiales informativos, acceso a esta información, capacitación y seguimiento a los profesionales de la salud, etc.; la evaluación se realizó a través de la aplicación de entrevistas al personal encargado de evaluar a los niños, observación directa en el área de trabajo al evaluador, re-evaluación del niño y entrevista de salida a los padres asistentes al servicio. Los resultados muestran una mejora en las habilidades clínicas del personal, además, se refleja un enfoque de consulta integral, que produce una mejora cualitativa en la atención al menor de cinco años. Aún falta mucho por hacer, pues la

información que manejan los profesionales en ocasiones no se transmite de forma clara a los padres, las instalaciones son deficientes en cuanto a servicios de luz eléctrica, espacio físico suficiente para realizar una evaluación etc., sin embargo, se considera que se está cubriendo el objetivo de la AEIPI representado en la siguiente ilustración: favorecer el desarrollo sano de los niños menores de cinco años a través de equipos interdisciplinarios.



Tomado de: Componente Comunitario de la Estrategia AEIPI. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. (2004). Pp. 14

Situación de los equipos interdisciplinarios en México

En nuestro país también se realizan actividades para favorecer el desarrollo de los niños pequeños, la principal institución pública encargada de proporcionar servicios de salud a la población, el Instituto Mexicano del Seguro Social con el programa PREVENIMSS consolida los programas de salud dirigidos al fomento de actividades preventivas. Antes del año 2000, las acciones preventivas se dirigían a evitar riesgos y daños a la salud a través de programas independientes, donde para medir su efectividad se consideraba el logro de metas de productividad establecidas con base poblacional (Silva, et. al., 2006).

Además, la Secretaria de Salud ha implementado el Programa de Atención a la Salud del niño (PASN) cuyo objetivo es promover la prevención y el control de los padecimientos más frecuentes en la infancia después de la etapa neonatal en los servicios de salud del primer nivel; PASN está basado en experiencias nacionales e internacionales con respecto

al manejo de enfermedades y prevención de retrasos en el desarrollo (Gutiérrez, et. al., 2001).

La estrategia básica del PASN, es la constante capacitación del personal que labora en primer nivel de salud considerando las enfermedades prevalentes, los principales motivos de consulta y la identificación de algunos factores de riesgo o mal pronóstico; la estructura que tiene una consulta basada en el PASN toma en cuenta aspectos como: atención al motivo de consulta, enfermedades, identificación de valores de mal pronóstico, vigilancia en la vacunación y alimentación, informar a la madre o cuidador sobre aspectos relacionados con el desarrollo de su hijo y atención a la salud de la madre; la estrategia para habilitar a los profesionales de la salud radica en impartir cursos de carácter activo-participativo en los centros docentes-asistenciales constituidos por unidades de atención primaria y hospitales con características similares a los sitios donde laboran (Gutiérrez y cols. Op. Cit.).

Para comprobar el impacto que tienen los programas preventivos en la población, frecuentemente se efectúan investigaciones, en el caso de PREVEIMSS se realizan encuestas dentro de las clínicas de primer nivel recolectando información sobre características socioeconómicas de los derechohabientes, uso de servicios de salud y coberturas, entre otras variables; los resultados del periodo 2003-2005 muestran un incremento en la cobertura de atención a niños pequeños con aumento en el número de vacunas, medición de peso y talla, además, impulsan las compañías de detección de defectos de agudeza visual y evaluación en el estado de nutrición (Gutiérrez, Guiscafré, Verver, Valdés, Rivas, Loyo, Clavery, 2001).

Sin embargo, la mayor información con respecto a la salud del niño se centra sólo en el aspecto médico y aún no es suficiente; Sánchez, Islas y Crespo (2005) reconocen que a pesar de existir literatura sobre el tema, no hay datos confiables sobre la atención primaria en México, y que los existentes corresponden a instituciones públicas, no considerando la práctica privada.

Diversos profesionales de la salud sobre todo, médicos, están impulsando las investigaciones acerca del niño sano, porque así se podrán desarrollar estrategias de evaluación más apegadas a la realidad de los pequeños mexicanos, instituciones de salud como el Instituto de Perinatología (InPer) además de dedicarse al cuidado de los bebés prematuros, desarrolla investigaciones para conocer cómo se está dando su evolución una vez dados de alta, a través de las visitas mensuales. De la Vega (2005) promueve este tipo de investigaciones porque así se podrían desenvolver los médicos en un área de especialización denominada “formación en una patología infantil nacional”.

Además, Arias, Garro y Huerta (2002) realizaron un estudio de la técnica “mamá canguro” dado su uso limitado en los hospitales, concluyendo que en nuestro país se ignoran sus beneficios en la salud de los niños prematuros y que es necesario capacitar al personal de salud para que transmitan a los padres, de forma interdisciplinaria, la información que permita difundir su uso.

En la investigación realizada por Sánchez, Islas y Crespo. (2005) para comparar los principales motivos de consulta pediátrica gubernamental y privada en una zona rural del Estado de Veracruz concluyeron que el grupo más vulnerable es el de menores entre los 0 y 4 años, afectados sobre todo, por problemas respiratorios y digestivos. Debe destacarse que la investigación sólo consideró el aspecto epidemiológico y no los problemas en el desarrollo que podrían detectar los médicos en sus consultorios gubernamentales o privados.

Existen instituciones de Educación Superior que impulsan programas preventivos dirigidos a niños de 1 a 24 meses, ejemplo de ello, es la Universidad Autónoma de México (UNAM) que en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I) dentro de la Clínica Universitaria de la Salud Integral (CUSI) desarrolla el Centro Interdisciplinario de Educación Temprana Personalizada CIETEP cuyo objetivo es proporcionar a los usuarios el servicio de evaluación del desarrollo de niños sanos y al terminó, sugieren actividades para impulsar que esté continúe de manera positiva.

Fue imposible rastrear datos de instituciones privadas pequeñas (consultorios, guarderías, etc.) esto no descarta que se trabaje en tareas preventivas y que desarrollen estrategias similares a las que reportan las instituciones que sí reportan sus datos.

En conclusión, en nuestro país se cuentan con programas que buscan favorecer el desarrollo de los niños menores de cinco años, en la mayoría de los casos, están encabezados por médicos que consideran un enfoque global de desarrollo (físico, intelectual y social) sin embargo, dada su profesión tienden sólo a abarcar aspectos de medición de peso, talla y estado de nutrición.

¿Cómo se puede favorecer la creación de equipos interdisciplinarios que trabajan con niños sanos de 1 a 24 meses de edad?

Los equipos interdisciplinarios están empezando a ser reconocidos como una herramienta vital para proporcionar a la comunidad la información que favorece la adquisición de conductas adecuadas para el cuidado de la salud. Aún falta desarrollar metodologías y estrategias facilitadoras (mayor apoyo en la difusión de los beneficios, locales físicos equipados, etc.) para que cada vez más personas, puedan acceder a programas preventivos donde, trabajen de forma conjunta e integral diversos profesionales de la salud.

Verdugo (1995) se ha interesado en proponer el trabajo interdisciplinario en salud, especialmente en el área de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Retoma de Morales (1988; citado en Verdugo, op. cit. Pp.1246) el concepto de *cambio actitudinal* como una variable facilitadora del trabajo en equipo; *cambio actitudinal* es definido como una predisposición aprendida y relativamente estable a reaccionar de una manera valorativa favorable, donde la información y conocimientos, además, de la tendencia a la acción son los componentes básicos.

Para favorecer el cambio actitudinal de las personas que integren un equipo de trabajo interdisciplinario, Denigra y Delgado (1991; citados en Verdugo, op. cit pp. 1246) proponen las siguientes actuaciones:

- Entrenamiento durante el período de formación reglada de los profesionales de las ciencias humanas y biomédicas, en aspectos epistemológicos y metodológicos relacionados con la filosofía de la ciencia y con la utilización del método científico natural.
- Incremento de la formación e información cruzada, enseñando los temas centrales y/o secundarios de intervención de las diferentes áreas de trabajo donde una determinada profesión o disciplina actúa al resto de profesionales.
- Incremento en las actividades científicas organizadas desde una determinada disciplina, la participación de profesionales adscritos a otras disciplinas.
- Incremento en los cursos, seminarios, jornadas de formación interna realizados conjuntamente por todos y cada uno de los miembros del equipo, en cuanto a las intervenciones, evaluación y diagnósticos de la discapacidad.
- Incrementar la publicación de revistas especializadas de trabajos realizados conjuntamente por profesionales adscritos a disciplinas o profesiones diferentes.
- Favoreciendo institucionalmente la creación de equipos multi-pluri-disciplinares lo más idóneamente posible en cuanto a los profesionales de las diferentes especialidades.
- Arbitrando las medidas organizadas necesarias para posibilitar la interacción obligatoria entre los diferentes profesionales: grupos de trabajo, análisis de casos en el equipo, labores de coordinación compartida u otras similares.
- Promocionando la realización de diseños organizacionales que posibiliten el consenso de objetivos, la definición de roles, el reparto de tareas, como metodología a llevar a cabo.

- Favorecer la formación y/o reciclaje de los profesionales en ejercicio, insertos en equipos multi y pluridisciplinarios, en las técnicas y estrategias para el trabajo en equipo.

El trabajo en equipo es una estrategia de trabajo que puede resultar una gran experiencia personal y laboral, siempre y cuando cada integrante, este dispuesto a asumir la responsabilidad de establecer y cumplir una metodología desarrollada a partir de las necesidades que enfrentan, al realizar su responsabilidad profesional y grupal.

Se puede definir el trabajo de equipo como “las acciones en las que participan todos los miembros de la organización, con interacciones frecuentes, que se definen y son definidos como miembros de este equipo comparten normas y procedimientos, participan de una serie de *roles* establecidos en la organización de una forma entrelazada, persiguen metas u objetivos de forma unitaria y responsable” (Peiró, 1984; citado en Verdugo, 1995. Pp.1248).

Para garantizar el cumplimiento de los objetivos diseñados por cada equipo de trabajo, es necesario considerar lo siguiente (Verdugo, op. cit.):

- Los objetivos exclusivos de cada profesional derivados de su formación.
- Los objetivos exclusivos de cada profesional mediatizados por aportaciones metodológicas de técnicas o prácticas de otras disciplinas.
- Los objetivos formulados o reformulados en el equipo, generando con ello, la creación de ámbitos de actuación del mismo en el camino de acercamiento a la gran meta establecida.
- Establecer las funciones para cada uno de los componentes del equipo que posibiliten el acercamiento a los objetivos y que sean la referencia permanente para el equipo de trabajo.

- Descripción de los procedimientos operativos del equipo: contenidos imprescindibles para el abordaje de los problemas profesionales (conocimientos, formación, técnicas propias, etc.).
- Elaboración de instrucciones técnicas o manual de calidad donde se definan qué, cómo, cuándo y con qué medios deben realizarse las actividades de cada uno de los miembros del equipo.

Formar un equipo interdisciplinario en salud, implica una tarea que puede resultar titánica, porque es necesario interactuar con distintos profesionales, pero sobre todo, negociar con personalidades que en ocasiones pueden resultar diametralmente diferentes. Al final el factor humano puede lograr o no el éxito de un equipo de trabajo.

Ventajas del trabajo interdisciplinario en la salud del niño sano

Beare y Lych (1986; citados en Shea y Bawer, 2000) sostienen que hay cantidades considerables de niños preescolares norteamericanos que demuestran comportamientos indicativos de trastornos conductuales, pero no son atendidos por programas escolares públicos o una programación consultiva, al parecer, las escuelas públicas no detectan el problema de estos niños.

La presencia de alteraciones y déficits en la maduración cognitiva provoca indiscutiblemente alteraciones sobre la vida afectiva del niño, debido a ello se enfrenta a menudo a obstáculos y fracasos. Cuando fracasa en el ámbito escolar, el niño recibe continuamente mensajes verbales y valoraciones negativas de su entorno familiar y social (representado por compañeros y profesores); si la situación perdura, gestará una desconfianza hacia sí mismo y como consecuencia puede presentar trastornos somáticos hacia el colegio (Ibáñez, 1999).

La valoración del desarrollo proporciona la información necesaria para analizar la evolución natural de cada niño y así poder detectar precozmente aquellas conductas que lo apartan de lo estandarizado como desarrollo normal (este dictamen se realiza a partir de lo que se observa en la población tomada como sana).

Considerando que el objetivo que se persigue al valorar el desarrollo, es detectar precozmente cualquier situación que pueda poner en riesgo el progreso de los niños, es necesario diseñar modelos de atención a la salud que incluyan actividades de promoción dirigidas hacia la madre, padre o cuidadores para que, al aprender las acciones que realizadas de forma cotidiana, puedan contribuir a favorecer la adquisición de conocimientos que sirven de base para conductas más complejas. Por ello, el seguimiento y apoyo permanente por los profesionales a través de las visitas periódicas que propician espacios de intercambio de información para compartir dificultades, dudas y avances constituye uno de los ejes de políticas sociales que más importantes, porque la información proporcionada es resultado de un consenso profesional.

Lo anterior es respaldado por un informe del Nacional Center for Clinical Infant Programs de los Estados Unidos (1995; citado en Ibáñez, 1999) donde se afirma que el desarrollo intelectual depende del desarrollo precoz de la capacidad obtenida a través de las experiencias emocionales que le aporta el medio al bagaje interno del niño. Es necesario recordar que cuando un niño nace, lo hace en un medio organizado donde los lugares, objetos y acciones tienen un medio cultural, por ello, es importante que los estímulos que le rodean sean en cantidad y tengan calidad, esto es, le proporcionen experiencias que enriquezcan sus actividades diarias.

Los estudios sobre las potencialidades del cerebro humano, incluso desde antes del nacimiento, sobre la importancia de la configuración de una red neuronal estable y enriquecida antes de los dos años de vida, o de la plasticidad del cerebro para la adquisición del aprendizaje, están abriendo implicaciones educacionales que afirman y amplían algunos paradigmas existentes y perfilan otros nuevos acerca las necesidades educativas de los

niños que les permitan adaptarse rápidamente dentro de los patrones generales del desarrollo (Peralta, 2004).

Así, a través de la protocolización de los controles del niño, se enfatizan las acciones de promoción y prevención en un marco integral de trabajo. Por tanto, la opción más acertada para trabajar en el área de la salud es desarrollando equipos, porque ninguna disciplina cuenta con suficiente información para responder a las dudas y preguntas de los padres y para diseñar programas que contribuyan a la mejora en la calidad de vida de los niños, objetivo que persiguen todas las disciplinas.

Sólo a través de la formación sistemática, científica e interdisciplinar se puede formar a los profesionales capacitados en la atención integral y coordinada de las necesidades de los niños de uno a veinticuatro meses.

Conclusiones

La investigación realizada acerca de la situación de los equipos interdisciplinarios que trabajan en prevención primaria y secundaria con niños sanos de 1 a 24 meses de edad cubrió el objetivo, porque fue posible obtener literatura que sustenta el trabajo que se está haciendo a favor de este grupo de edad.

Considerando el desarrollo como un proceso dinámico y complejo, sustentado en la evolución biológica, psicológica y social (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana GAT, 2005) es indispensable estudiar este proceso de manera interdisciplinaria para evitar la pérdida de información que resulte trascendental a la hora de explicar cualquier hecho.

La interdisciplina es el primer y gran paso a seguir en las tareas preventivas de primer y segundo nivel (Verdugo, 1995), y la psicología tiene gran panorama ahí proponiendo estrategias encaminadas a impactar de manera positiva en la salud de la población. Sin embargo, la tarea no resulta fácil, hay situaciones que pueden limitar esta forma de interactuar entre disciplinas: la poca difusión de información (Sánchez, Islas y Crespo, 2005), la falta de perfiles profesionales, la falta de espacios físicos para desempeñar de forma adecuada su labor y las características personales de los profesionales de la salud. Los anteriores factores pueden ser determinantes al proponerse la creación de un equipo interdisciplinario, aunque no existe un factor que resulte más decisivo, que la disposición que se tenga para interactuar entre las personas.

Gran parte de los profesionales en salud, están de acuerdo en laborar de forma interdisciplinaria, porque ha quedado manifiesto que ninguna ciencia por sí misma puede proponer toda la alternativa cualquier en tópico. Así, el trabajo en equipo, área predominantemente de interés psicológico, se convierte en la mejor estrategia para responder a las necesidades en salud de la población.

En nuestro país, el trabajo preventivo para atender a los niños menores de cinco, se encuentra regulado por las tendencias internacionales y la directriz es aumentar la cobertura de éstos, llegando sobre todo a aquellos que se encuentran en una situación de riesgo social; existe difusión de los avances que tienen estos programas y es relativamente sencillo acceder a ello, gracias a la Internet, favoreciendo así el intercambio de información. Sin embargo, estos programas están basados sobre todo, en el componente médico, la mayoría de la literatura encontrada enfatiza la importancia del control de peso y talla, pero no considera recomendaciones útiles a los padres para mejorar la convivencia entre padres e hijos y así, potencializar el área de desarrollo social.

La creación de perfiles profesionales en Atención Temprana contribuye a cambiar esta tendencia porque reconoce la necesidad de incluir un amplio conocimiento en el trabajo con niños al enfatizar conceptos como “periodos críticos” durante las distintas edades. Al favorecer la investigación, el diseño de metodologías y fomentar búsqueda de información, está contribuyendo a la generación de actitudes positivas hacia la experimentación, animando entre los profesionales el espíritu crítico, y de trabajo permitiéndoles contrastar empíricamente las distintas posibilidades de la intervención.

Para garantizar el éxito a la hora de trabajar en Atención Temprana es indispensable asumir la formación profesional supervisada y continúa, reconociendo que la formación que se adquiere durante la licenciatura no es suficiente, dado que además, del conocimiento propio de la formación, existe la necesidad de tener conocimiento teórico y práctico acerca de lo que cada uno de los demás profesionales debe de hacer. Por tanto, los profesionales que decidan participar en un equipo interdisciplinario necesitan una formación académica en un marco conceptual común a todas, que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión.

Cuestiones como la distribución de roles, dinámica propia de un grupo, estrategias en la toma de decisiones, habilidades para negociar, etc., son temas propiamente psicológicos fundamentales para contribuir al éxito o fracaso de cualquier equipo de trabajo

El desarrollo de congresos especializados, revistas electrónicas e impresas y la elaboración de cualquier tipo de material dirigido a los profesionales de salud es un camino que facilitaría acceder a esta información desde el inicio de la elección de la profesión y área de especialidad de los jóvenes.

Además, el cambio en los planes de estudio dentro de las facultades, enfatizando la necesidad de trabajar en equipo y los recientes descubrimientos neuropsicológicos, puede favorecer el desarrollo de profesionales dispuestos a trabajar en equipo.

Impulsar el trabajo interdisciplinario es una estrategia que puede ayudar a la óptima atención de la salud de los niños de uno a veinticuatro meses, rango de edad vital para poder realizar acciones preventivas que posibiliten la superación de algún posible retraso en el desarrollo. Además, favorece las investigaciones sobre el desarrollo infantil y con ello, el incremento en la obtención de la información de cómo se puede beneficiar el proceso de aprendizaje de los niños y así, contribuir en el periodo de los primeros dos años de vida al desarrollo integral de sus capacidades.

Referencias

Arias, M., Garro, A. & Huerta, C. (2002). Estudio de la técnica de la mamá-canguro. *Revista del Hospital General de "La Quebrada"* 1 (1) Recuperado el 15 noviembre de 2006 de: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/em-im.htm>.

Arizcun, J., Gútiérrez, P., & Ruiz, E. (2006). Formación en atención temprana: Revisión histórica y estado de la cuestión. Recuperado el 15 de septiembre de 2007 de: http://www.astait.org/seg_genysi.htm

Atkin, L., Supervielle, T., & Cantón, P. (1987). *Paso a paso como evaluar el crecimiento y desarrollo del niño*. México. Pax- UNICEF.

Bellacasa, J., Carrasco E., & Languin, A. (2005). Atención a niños en situación de riesgo psicosocial. Experiencia de un centro de salud Recuperado el 01 de octubre de 2005 de: [<http://www.dinarte.es/pap/num01/pdf01/PAP%20N%BA%201%20pp%2057-68.pdf>].

Benguigui, Y., Malvárez, S., & Obregón, R., (2006). La enseñanza de la salud infantil en las escuelas y facultades de enfermería en América Latina Recuperado el 15 de noviembre de 2006 de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm>.

Botana del Arco, I. (2006). La atención temprana. Recuperado el 20 de noviembre de 2006 de: <http://www.spapex.org/spapex/4foro/atenciontemprana.htm>.

Caceres, J. (2006). Futuro de la pediatría en atención primaria. Recuperado el 04 de octubre de 2006 de: http://www.European_agency.org.

Damián, D. (1990). *Detección y tratamiento tempranos en niños con síndrome de Down*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Tlalnepantla, Estado de México.

De la Vega, M. (2005). Contribución al estudio del desarrollo del niño mexicano. *Revista Mexicana de Pediatría*. 72 (4). Recuperado el 12 de agosto de 2005 de: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-pediat/e-sp2005/e-sp05-4/em-sp054j.htm>

Diccionario de las Ciencias de la Educación. (1997). Aula Santillana. México. Pp. 1431.

Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. Tomo D-G, (1990). Diagonal-Santillana. México. Pp. 1008.

Escobar, C., & Salas, M. (1991). Influencia de la estimulación sensorial sobre el desarrollo del sistema nervioso. En: M. Salas (1991) *Ontogenia Neural*. México, UNAM y Sociedad Mexicana de Ciencias fisiológicas. Pp. 233-243.

Evaluación de la Educación Inicial. (2000). La EPT: Informes de Países. Paraguay. Recuperado el 15 de marzo de 2005 de: http://www2.unesco.org/wef/countryreports/paraguay/rapport_2_0.html

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2005). Libro de Atención Temprana. Recuperado el 03 de diciembre de 2005 de: <http://www.fejidif.org/Herramientas/cd/herramientas%20de%20trabajo/Salud/libroatencion temprana.pdf>.

García, V. (1993). *Prevención en Desarrollo psicológico infantil y adolescente: el papel de la familia y la escuela*. Universidad Nacional Autónoma de México.

González, A., De la Morena, Ma., & Barajas, C. (1995). *Psicología del desarrollo: teoría y práctica*. Malaga. Aljibe.

González, M., Chirigliano, G., Bastos, M., Foren, M., Harretche, A., & Spalter, E. (2006). Control periódico del niño hasta los 14 años. Guía de intervenciones en el primer nivel de atención. Recuperado el 05 de abril de 2006 de: http://www.sup.org.uy/Descarga/control_periodico.doc.

Gorrotxategi, P. (2006). Cuidado del niño sano en atención primaria. Recuperado el 13 de noviembre de 2006 de: <http://www.euskonews.com/0340zkb/gaia34002es.html>.

Gutiérrez, G., Guiscafré, H., Verver, H., Valdés, J., Rivas, E., Loyo, E., & Clavery, M. (2001). Programa de atención a la salud del niño en México. Evaluación de la calidad integrada que se otorga en los centros de capacitación. Gaceta Médica de México. Recuperado el 08 de enero de 2005 de: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/e-gm2001/e-gm01-1/emgm011d.htm>

Heese, G. (1990). La estimulación temprana del niño discapacitado como tarea pedagógica; En G. Heese (1990) *La estimulación temprana en el niño discapacitado*. Argentina. Medica. Panamericana Pp. 19-35.

Herward, W., & Orlasky, M. (1992). *Programas de Educación Especial II*. Barcelona. España.

Hurlock, E. (1998). *Desarrollo psicológico del niño*. Mc-Graw Hill. México.

Ibarra, A. (2007). Información para padres: consulta del niño sano. Recuperado el 13 de febrero de 2007 de: http://www.aibarra.org/Neonatologia/Padres/Nino_sano/default.htm.

Ibarra, A. (2006). Manual de Neonatología. Recuperado el 30 de diciembre de 2006: http://www.aibarra.org/neonatologia/capitulo23/Profesionales/Desarrollo_psicomotor/default.htm.

Ibáñez, M. (1999). Valoración de la maduración cognitiva del niño de 0 a 6 años; en: Tomás, J. (ed). (1999). Anorexia y otras alteraciones de la conducta en la infancia y la adolescencia. Laertes. Barcelona

Iglesias, J., Álvarez, M., Jiménez, J., Mira, M., & Suffo, S. (2006). Guía de consulta en atención primaria en salud. Recuperado el 30 de marzo de 2006 de: <http://www.guiaconsultaenfermeria.es .pdf>.

Langue, I., Urrutia, M., Campos, C., Gallegos, E., Herrera, L., Jaimovich, S., Luarte, M., Mandigan, E., & Fonseca de la Cruz, I. (2006). Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Recuperado el 14 de julio de 2006 de: <http://pwr-chi.bvsalud.org/dol/doconline/get.php?id=233>

Martínez, F. (2001). *La estimulación temprana: enfoques, problemáticas y proyecciones*. Centro de referencia latinoamericana para la educación preescolar. Organización de Estados Iberoamericanos. Pp. 1-20.

Montenegro, H. (1990). Early stimulation programs in Latin American. *Journal of Institute Ment Health*, 18 (3), 19-39

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes. Recuperado el 23 de junio de 2006 de: http://www.who.int/childadolescenthealth/New_Publications/Overview/CAH_Strategy/CAH_strategy_SP.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2004). Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Recuperado el 15 de noviembre de 2005: www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HR/teach-saludinf-enferm.pdf.

Palacios, J., & Mora, J. (2002). Desarrollo físico y psicomotor en la primera infancia. En: Marchesi, A., & Coll, C. (2002) *Desarrollo psicológico y educación I. Psicología evolutiva*. Alianza Psicología. Madrid. Pp. 49-53.

Pallás, C. (2006). Seguimiento neurológico del recién nacido prematuro. Recuperado el 02 de noviembre de 2006 de: <http://72.14.253.104/search?q=cache:uv4QcGfyE3YJ:www.aepap.org/previnfad/pdf/psicomotor.pdf+evaluaci%C3%B3n+del+ni%C3%B1o+sano+prematuro+de+1+a+24+meses&hl=es&ct=clnk&cd=25>.

Papalia, D., & Olds, S. (1997). *Desarrollo Humano con aportaciones para Iberoamérica*. Mc Graw Hill. Colombia.

Peralta, V., (2004). ¿Nuevos paradigmas en la pedagogía infantil del siglo XXI?. Recuperado el 15 de marzo de 2006 de: www.bank.org.

Roy, E. (2003). Presentación del libro: Desarrollo normal y prevención de sus trastornos en menores de dos años. Cuidados para evitar accidentes. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Recuperado el 04 de marzo de 2006 de: <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/2003/2003-2.pdf>.

Ruiz Extremera, A., Vizcaíno, C., Salvatierra, M., Laynez, C., Cruz, F., Benitez, A., & Alabort, M. (1997). Constitución y funciones de los equipos de atención temprana. Mitología práctica, en: Ruiz Extremera, A., & Robles, C. (1997). *Prevención, atención y seguimiento en niños con lesiones establecidas*. Edit. Comares. Granada.

Ruiz Extremera, A., Lozano, A., Ocete, E., Puertas, M., & Robles, C (1997). Equipo neonatal. Metodología de trabajo. Planificación del alta hospitalaria, en: Ruiz Extremera, A., & Robles, C. (1997). *Prevención, atención y seguimiento en niños con lesiones establecidas*. Edit. Comares. Granada.

Sánchez, M., Islas, C., & Crespo, M. (2005). Comparación de los principales motivos de consulta pediátrica privada y gubernamental en una zona rural. Acta Pediátrica Mexicana 26 (3). Recuperado el 16 de marzo de 2007 de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=74&IDARTICULO=6113&IDPUBLICACION=731&NOMBRE=Acta%20Pediátrica%20de%20México>.

Saavedra, P., & Saavedra, J., (2005). Efectos del programa de intervención temprana en el desarrollo motor de prematuros menores de 1500 grs. de peso al nacer y/o menores de 32 semanas de edad gestacional Recuperado el 21 de mayo de 2007 de: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/saavedra_p/sources/saavedra_p.pdf.

Sánchez-Ventura, J., (2005). Supervisión del desarrollo psicomotor y cribado del niño autista. Recuperado el 15 de diciembre de 2006 de: <http://72.14.253.104/search?q=cache:uv4QcGfyE3YJ:www.aepap.org/previnfad/pdf/psicomotor.pdf>.

Servicio de Salud Colombiano. (2006). Norma técnica para la detección temprana en alteraciones del desarrollo en el menor de 10 años. Recuperado el 26 de abril de 2006: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntcreyde.htm>.

Schapiro, I (2007). Comentarios y aportes sobre desarrollo e inteligencia sensorio-motriz en lactantes. Análisis de herramientas de evaluación de uso frecuente. Actualización bibliográfica. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Recuperado el 13 de mayo de 2007. <http://www.sarda.org.ar>.

Shapira, I., Roy, E., Coritgiani, M., Aspres, N., Benítez, A., Galindo, A., Parisi, N., & Acosta, L. (1998). Estudio prospectivo de recién nacidos prematuros hasta los 2 años. Evaluación de un método de medición del neurodesarrollo. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Recuperado el 02 de mayo de 2005 de <http://www.sarda.org.ar>.

Shea, I., & Bawer, A. (2006). Aprendices identificados con trastornos emocionales. En *Educación Especial: un enfoque ecológico*. Mc Graw Hill 2ª Ed. México. Pp. 129-160.

Silva, A., Rendón, M., González, A., Morales, H., Reyes, I., Gutiérrez, G. (2006). ENCOPREVENIMSS 2003, 2004 y 2005. Avances en los programas de salud del niño y del adolescente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 16 de abril de 2006 de: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2006/e-ims06-1/em-ims061d.htm>

Suárez, G., & Rodríguez, V. (2000). Comportamiento del Desarrollo Sicomotor en el menor de un año, en relación con el manejo y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Recuperado el 10 de enero de 2007 de: www.scielo.sld.cu

Trejo y Pérez, J., Flores, S., Peralta, P., Fragoso, V., Reyes, H., Oviedo A., & Escobar B. (2006). Guía clínica para la vigilancia, de la nutrición, el desarrollo y crecimiento del niño menor de cinco años. Recuperado el 13 de mayo de 2007 de: <http://www.imss.gob.mx/dpmedicas/guiasclinicas/GuiasClinicas/pdf/VigDesMenor.pdf>.

Verdugo, M.A (1995). Trabajo interdisciplinario con personas con discapacidad. En: *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. España. Siglo XXI. Pp. 1204-1230.

Zamora, G., Dilbert V, & Mejía, S (2002). Evaluación de la estrategia "Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia" (AIEPI) en Servicios de Salud, Bolivia 1999. *Revista Chilena de Pediatría*. Recuperado el 15 de julio de 2006 de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062002000300015&script=sci_arttext&lng=es.