

Ciclo de Metodología Científica II-2017. Grupo 79



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil, en prestadores de salud. Montevideo, mayo-setiembre 2017.

Investigadores:

Lorena Clavijo
Genesis Denis
Costanza Arguiñarena,
Nadia Arguiñarena,
Luciana Astigarraga
Sheila Pi.

Tutores:

Dra. Anabella Santoro
Dra. Lucía Maurenre
Dra. Maite Arana

- Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- Hospital Británico.
- Centro Hospitalario Gustavo Saint Bois.



Índice

Páginas

3.....	Resumen y palabras clave
4.....	Introducción
9.....	Objetivos
10.....	Metodología
13.....	Resultados y discusión
21.....	Conclusiones
22.....	Referencias bibliográficas
24.....	Agradecimientos
25.....	Anexo

Resumen

El presente estudio fue diseñado con el objetivo de evaluar el conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil de niños de 0 a 5 años.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta de 31 preguntas, semiabiertas y cerradas a una muestra de 102 personas. Dicha muestra estuvo compuesta por padres entre 15-55 años, usuarios de ASSE y Hospital Británico.

Se analizó la influencia de las variables, edad y sexo de los padres, asistencia a centros de salud público o privado, nivel de instrucción de los padres, presencia de hijo/s previos, presencia de hijo/s con trastorno del desarrollo, institucionalización del hijo/s, ocupación, respecto al conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil. Se evaluó también en que área del desarrollo infantil tienen mayor nivel de conocimiento.

En cuanto a los resultados el grado de conocimiento global que se encontró, fue el conocimiento intermedio.

El área del desarrollo en la que hubo mayor número de aciertos de los padres fue el área motora y dentro de esta, el ítem que se destacó fue “edad a la que saltan”.

En la asociación, prestadores de salud y el conocimiento de los padres se desprendió que el buen conocimiento predomina en el sector de salud privado, mientras que el conocimiento intermedio y malo se encuentran en el sector público. Se concluyó que existe asociación entre usuario de prestador de salud pública- privada y el conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil.

En todos los niveles de instrucción de los padres, predomina el conocimiento intermedio. También se vio asociación entre el conocimiento de los padres y el nivel de instrucción de los mismos.

En las distintas ocupaciones domina el conocimiento intermedio. Encontrándose asociación entre dichas variables.

Palabras claves: Desarrollo Infantil, Conocimiento, Padres.

Introducción

“El desarrollo es un proceso dinámico en el que se integran las condiciones biológicas del individuo con las experiencias que el medio le proporciona.”⁽¹⁾ “Es un proceso con múltiples facetas y dimensiones en el que intervienen distintos aspectos de la salud, la nutrición, la higiene, la emoción y el intelecto.”⁽²⁾ “Todas las dimensiones de este proceso de desarrollo están interrelacionadas, de manera que lo emocional influye en lo cognitivo y lo físico y viceversa.”⁽²⁾.

“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”⁽³⁾⁽⁴⁾

La niñez es la etapa de mayor vulnerabilidad a las carencias nutricionales, afectivas y falta de confort, como por ejemplo a la exposición al frío, falta de higiene, descanso inadecuado, violencia, dolor. Una vida confortable le permitirá un buen crecimiento y un adecuado desarrollo, mientras que un entorno agresivo repercutirá en la alteración de ambos.⁽¹⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Desde el nacimiento el niño es receptivo a toda manifestación emocional de su entorno familiar. La interacción con los padres, sobre todo con la madre, es un vínculo relevante y un factor de protección.

En esta sintonía afectiva Lier describe cuatro etapas en el proceso:

1. Etapa de observación: la comunicación se da en un principio por medio de la mirada, luego se agrega la sonrisa. Esto ocurre en las primeras tres o cuatro semanas.
2. Etapa de expresión: es la etapa de comunicación preverbal. La respuesta del niño se da a través de movimientos de su boca, su lengua, sus brazos y manos. La sonrisa puede aparecer entre los quince días y el mes y medio. Es sensible a estímulos como abrazos, caricias y que le hablen.
3. Etapa de pausa: es importante respetar los períodos de descanso, alejamiento y relajamiento del bebé, entendiendo las señales que nos da el niño como bostezar, dar vuelta la cabeza, cerrar los ojos.

4. Etapa de despertar: el recién nacido duerme por períodos de 2 a 3 horas, un total de 16 a 18 horas por día; al despertarse puede estar tranquilo o excitado. A medida que transcurre el tiempo las horas de sueño van disminuyendo.⁽¹⁾⁽⁶⁾

Respecto al área motora, depende de la maduración del sistema nervioso central. La misma refiere la habilidad del niño para moverse y controlar las distintas partes de su cuerpo. Inicialmente estas habilidades son reflejas, perdiéndose posteriormente con la adquisición de la motricidad voluntaria. Ésta incluye:

1- la secuencia céfalo-caudal: en primer lugar controla la cabeza y cuello, luego tronco y por último extremidades.

2-La secuencia próximo-distal, se basa en el control de los músculos desde la línea media del cuerpo hacia afuera.

3- El refinamiento se refiere al desarrollo desde lo motor grueso, tal como saltar, nadar, etc. a lo motor fino, por ejemplo uso del lápiz.

Alteraciones como la hipotonía o hipertonía de los músculos, asimetría de los movimientos deberían ser detectados tempranamente.⁽⁴⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

El área del lenguaje, incluye la comunicación en todas sus formas, desde lo preverbal a lo verbal. Está influenciada por factores propios del niño y externos. Durante este desarrollo se dan dos etapas, prelingüística, en donde la comunicación se da a través del cuerpo y emociones y la etapa lingüística en la cual prima el habla. Al proceso también lo integra el pasaje del lenguaje receptivo al expresivo, que va desde la comprensión de los conceptos hasta la capacidad de utilizar las palabras para describir y explicar. Una de las formas de promoción y estimulación del área, es la lectura desde edades tempranas de la vida.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽¹¹⁾

El área social, incluye un proceso dinámico entre los factores biológicos, genéticos y las experiencias de vida. Los niños que crecen en un entorno favorable, con apoyo, contención, estímulos, límites, valores, etc., logran relaciones saludables. Es un proceso en el que los niños van ampliando su integración, adquiriendo normas, valores, y conocimientos de su entorno, lo que se denomina socialización. Ésta, parte desde que el niño nace, requiere no solo la participación del mismo, sino también de sus padres y entorno.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾

En cuanto al área de la coordinación, incluye la capacidad del niño para la sincronización de la acción de los músculos productores de movimientos, tanto agonistas como antagonistas, interviniendo los mismos en el momento preciso y con la velocidad e intensidad adecuadas.

Comprende ítems como, señalar, mover la cabeza en busca de sonido, prensión de objetos, garabatear, hojear libros, copiar el círculo, etc. ⁽¹²⁾

En los primeros tres meses de vida se destaca el desarrollo del vínculo afectivo con sus padres especialmente con su madre. La relevancia de esto radica en que la relación que establezca con sus padres influirá en las interacciones futuras con sus pares y otras personas. El éxito de esta relación está en que los padres sepan captar las necesidades de su hijo. El recién nacido tiene reflejos arcaicos que brindan las bases para el desarrollo motor futuro, así como otros necesarios para su supervivencia, por ejemplo la succión. “Un reflejo es una respuesta innata, generalizada y automática a una forma específica de estímulo. La mayoría de los reflejos desaparece durante los primeros meses de vida, indicando un incremento gradual en el control motor voluntario, en la medida que la corteza cerebral madura y toma el control” ⁽¹²⁾. Al momento de nacer, el niño ya tiene completamente desarrollados los sentidos tacto, gusto, audición, olfato, mientras que la visión se encuentra menos madura. ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

Entre los tres y seis meses comienza la coordinación óculo-manual y audio-visual. Esto está favorecido por el sostén cefálico y el mayor movimiento de los brazos. El sostén cefálico completo generalmente se logra a los 3 meses, posteriormente la adquisición de fuerzas en los músculos se da en sentido céfalo-caudal. Por lo que en esta etapa del desarrollo, el niño logra una mayor movilidad en el sector superior del cuerpo, coordinando los movimientos con la mirada. ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

En el período entre los seis y nueve meses el niño responde a palabras que le son familiares como “papá” y “mamá” mediante señales no verbales: miradas, gestos, vocalizaciones, a esto se le llama intención comunicativa. Se manifiesta la “ansiedad de separación”, fase del desarrollo infantil en el que los niños sienten angustia cuando se separan de su cuidador principal, sobre todo la madre. Ésta comienza aproximadamente a los 8 meses de edad y dura hasta los 11 meses.

Más adelante comienza a señalar lo que desea con el dedo índice. En esta etapa, el fortalecimiento muscular le permite levantar la cabeza, mantenerse sentado y deambular. Comienza a trasladarse por medio del gateo y/o el arrastre. ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽¹⁶⁾

Entre los nueve y doce meses perfecciona los movimientos adquiridos hasta el momento. Cumple órdenes simples como “dame eso”. Mejora la prensión logrando explorar los objetos. Adquiere la capacidad de manifestarse frente a estados de alegría o tristeza y expresiones faciales de personas de su entorno. ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽¹³⁾

“Disfruta de la compañía de los mayores con los que mantiene una relación imitativa: hace gestos de adiós y aplauso. Este tipo de juego llamado “imitativo” tiene un significado importante, porque implica que es capaz de controlar su cuerpo, manipular los objetos, integrar e interpretar una experiencia multisensorial, que constituye una forma de comunicación”.⁽¹⁾

La etapa entre doce y dieciocho meses se caracteriza por la marcha y la curiosidad. El caminar es un paso posterior al sentarse y gatear. Por ende, los niños tienen que desarrollar control en sus caderas y espalda. En las primeras etapas de la deambulaci3n, el ni1o mantiene la marcha con una base amplia, a medida que va madurando, 3sta se va haciendo m3s estrecha. Mantiene una actitud hiperlord3tica, las rodillas y caderas est3n flexionadas y los movimientos del tobillo son m3nimos. El ni1o es ahora m3s activo aumentando su ansiedad por realizar tareas, la cual debe ser calmada por parte de los padres mediante el juego.⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽¹²⁾

Entre los dieciocho y veinticuatro meses el ni1o es m3s independiente por las habilidades adquiridas. Desarrolla a1n m3s el 3rea del lenguaje en cuanto a la compresi3n de palabras o gestos, emite frases sencillas y acata 3rdenes simples. En cuanto a lo motor mejora el equilibrio y la coordinaci3n. Realiza juegos paralelos imitando a otros. Cursa un per3odo de “egocentrismo” necesario para la evoluci3n de su personalidad.⁽¹⁾⁽⁶⁾

La edad de socializaci3n es desde los dos a tres a1os, per3odo en el que aumenta la imaginaci3n y la coordinaci3n, los cuales utiliza para el juego simb3lico. “El ni1o que juega bien, tranquilo, con imaginaci3n, nos da una garant3a de salud mental”⁽¹⁾. Mejora la motricidad fina y la coordinaci3n de los movimientos de sus miembros. Intenta realizar las cosas por s3 mismo como vestirse y comer.⁽⁶⁾⁽⁷⁾

La etapa de tres a cuatro a1os es un per3odo cr3tico para el ni1o ya que su gran dominio motor y del lenguaje le permite mayor independencia, no acepta sugerencias de los padres y no conoce sus l3mites. Habla sin pausa, forma oraciones m3s extensas y poseen la capacidad de o3r atentamente. Al comienzo, puede inclinarse hacia adelante, hacia atr3s, arriba y abajo. A1n no ha alcanzado la capacidad completa de pararse en puntas de pie o en un solo pie. A los cuatro a1os, pueden caminar y correr con pasos m3s amplios, girar sobre s3 mismos y pararse en puntas de pie.⁽¹²⁾

De cuatro a cinco a1os elabora un pensamiento m3s complejo, cuestionando asuntos abstractos como nacimiento y muerte. Sigue perfeccionando el 3rea motora y el lenguaje, se lava los dientes y se viste pr3cticamente sin ayuda. Es capaz de utilizar los utensilios para comer h3bilmente.⁽⁶⁾

Para detectar la evolución del desarrollo de cada niño es fundamental realizar la vigilancia clínica del mismo en los controles de salud. Está demostrado que el solo juicio clínico del profesional es insuficiente para detectar retrasos o desvíos del desarrollo, es por esto que se recomienda utilizar algún instrumento de tamizaje para detectar niños en riesgo de presentar problemas del desarrollo.⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

No existe consenso internacional acerca de cuál es la herramienta ideal. En nuestro país desde el año 2010 se recomienda a nivel nacional la utilización de la Guía Nacional de Vigilancia del Desarrollo del Niño y Niña menores de 5 años, que explora las siguientes dimensiones: social, motora, coordinación y lenguaje.⁽¹⁹⁾

Al igual que todo instrumento aplicado en una población, requiere ser validada. Esta guía se encuentra en dicha fase, utilizando como gold standard al “Inventario de desarrollo Battelle” creado en 1984 y adaptado en 1996. El mismo consiste en la evaluación de las habilidades del desarrollo en niños desde el nacimiento hasta los 8 años, comprendidas en 5 áreas: personal/social, adaptativa, motora (motricidad gruesa y motricidad fina), comunicación (receptiva y expresiva) y cognitiva.⁽²⁰⁾

La importancia de la evaluación del desarrollo se apoya en el siguiente concepto: “permite comparar la evolución de un niño dado con respecto a la franja de población de niños que tienen una evolución normal. Si se encuentra que está fuera de esa “franja” se puede observar más detenidamente y seguir la evolución para ver si es necesario intervenir. Además permite diagnosticar alteraciones sensoriales (audición, visión), alteraciones del tono, parálisis cerebral, o retardo en la aparición de las conductas que hagan necesario una intervención”⁽¹⁹⁾ “Para los niños en los que se detectan alteraciones moderadas o severas, las pruebas específicas permiten cuantificarlas y cuando estos niños entran en un plan de tratamiento ayudan a medir la efectividad de la intervención que se realiza”^{(19) (21)(22)}

“Recientemente la Organización Mundial de la Salud, reconociendo el Desarrollo infantil temprano como un determinante de la salud y el desarrollo humano, lo incorporó como una de las áreas nucleares a trabajar en las redes de conocimiento generadas por la Comisión Mundial de Determinantes Sociales”.⁽²³⁾

Es fundamental la implementación de políticas públicas que proporcionen el medio para un adecuado desarrollo en edades tempranas de la vida. “Se estima que los programas que promueven el desarrollo podrían beneficiar a cerca de 10,8 millones de niños menores de 5 años de la región de las Américas”.⁽²⁴⁾

Objetivos

❖ Objetivo general:

- Evaluar el conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil en niños de 0 a 5 años.

❖ Objetivos específicos:

- Evaluar si la variable usuario de prestador de salud pública-privada influye en el conocimiento de los padres sobre el desarrollo infantil.
- Evaluar el conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil según su edad y sexo.
- Evaluar si el número de hijos previos influye en el conocimiento de los padres sobre el desarrollo infantil.
- Evaluar si el antecedente de un hijo con trastorno del desarrollo determina un mayor conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil.
- Evaluar el conocimiento de los padres en las distintas áreas del desarrollo infantil.
- Evaluar el conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil según el nivel de instrucción.
- Evaluar el conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil según ocupación.
- Analizar si la variable institucionalización de los hijos de 0-5 años influye en el conocimiento de los padres sobre los hitos del desarrollo infantil.

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo. La población objetivo de dicha investigación comprendió a los padres de niños de 0-5 años, de Montevideo, que concurren a prestadores de salud pública, como el hospital Saint Bois y Centro hospitalario Pereira Rossell y prestador de salud privado, Hospital Británico. Se realizó en el período comprendido entre mayo-setiembre del 2017. En cuanto a las características demográficas de esta población, fue destinado a ambos sexos, entre los 15-55 años de edad.

Criterios de inclusión: padres de niños de 0 a 5 años que asistan al Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital Saint Bois y Hospital Británico, entre los 15-55 años de edad.

Criterios de exclusión: padres cuya profesión esté relacionada con el ámbito de la salud. Ejemplo, Médicos, Psicomotricista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Licenciado en terapia ocupacional.

El tamaño de la muestra fue de 102 padres. Se consideró esta muestra significativa para responder la pregunta de investigación y viable de llevar a cabo la recolección de datos.

Técnica para la recolección de datos:

Se realizó una encuesta como método de recolección de datos (Anexo 1) con previa solicitud de consentimiento informado a los padres (Anexo 2). Dicha encuesta se obtuvo del estudio “Ideas previas de una población universitaria sobre el desarrollo infantil”, la cual se modificó y adaptó a la población objetivo.

El análisis de datos se llevó a cabo a través del software Epiinfo, una vez recolectados los datos. Para poder llevarlo a cabo, se dicotomizaron las variables tomando puntos de corte en cada una de ellas, considerando las respuestas como acertadas o no acertadas, (las acertadas se representaron en el programa Epiinfo como “YES”, y las no acertadas, es decir, las que estaban fuera del rango de los puntos de corte como “NO”). Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, asistencia a prestador de salud público- privado, número de hijos, antecedentes de hijo con trastorno en el desarrollo, áreas del desarrollo infantil, nivel de instrucción de los padres e institucionalización del niño.

Respecto a los puntos de corte, se tomaron como respuestas correctas, las que incluían las edades dentro de los percentiles 25 a 90 de cada ítem, basados en la Guía Nacional para la Vigilancia del Desarrollo del Niño y de la Niña menores de 5 años.

Dentro del área motora, se tomaron como acertados los siguientes puntos de corte:

- Edad a la que mantiene erguida y firme la cabeza: 2-4 meses.
- Edad a la que se sienta con ayuda: 3-5 meses.
- Edad a la que gatea: 7-12 meses.

- Edad a la que camina con ayuda: 9-12 meses.
- Edad a la que se para solo: 10-14 meses.
- Edad a la que camina solo: 11-17 meses.
- Edad a la que corre y patea la pelota: 14-23 meses.
- Edad a la que salta: 14 meses- 3 años.

Dentro del área de coordinación, se tomaron como acertados los siguientes puntos de corte:

- Edad a la que señala: 9-12 meses.
- Edad a la que mueve la cabeza en busca de sonido: 2-5 meses.
- Edad a la que logra la prensión de objetos a mano plena: 5-8 meses.
- Edad a la que garabatea: 18- 23 meses.
- Edad a la que hojea libros: 21 meses- 3 años.
- Edad a la que copia el círculo: 3-4 años.

Dentro del área social, se tomaron como acertados los siguientes puntos de corte:

- Edad a la que sonríe espontáneamente: 0-2 meses.
- Edad a la que mira a la cara: 0-2 meses.
- Edad a la que se reconoce en el espejo: 5-8 meses.
- Edad a la que tienen miedo frente a las personas que no conocen: 7- 11 meses.
- Edad a la que juega solo: 12-18 meses.
- Edad a la que controla esfínteres: 2 – 4 años.
- Edad a la que realiza juegos simbólicos: 2-3 años.
- Edad a la que se viste solo: 2 años y 6 meses- 5 años.

Dentro del área del lenguaje, se tomaron como acertados los siguientes puntos de corte:

- Edad a la que señala: 9-12 meses.
- Edad a la que realiza juegos vocálicos: 2-5 meses.
- Edad a la que cumple órdenes sencillas: 13-24 meses.
- Edad a la que combina dos palabras: 18-24 meses.
- Edad a la que hace preguntas, ¿por qué?: 3-4 años.

Se crearon dos categorías para la variable edad de los padres, entre 15-22 años (Categoría 1) y entre 23-55 años (Categoría 2).

También se dicotomizó en categorías la variable número de hijos, en categoría 1: menor o igual a dos hijos y la categoría 2: mayor a dos hijos.

Para evaluar el conocimiento del desarrollo infantil, se definió en este estudio, que un buen conocimiento es 70-100% de las respuestas acertadas, que correspondieron a 17-25 respuestas (categoría 1). La categoría 2, es un conocimiento intermedio, 40-69% de las respuestas acertadas, es decir 10-16 respuestas correctas.

La categoría 3, es un mal conocimiento e incluye menos del 40% de las respuestas acertadas, menor a 10 respuestas correctas.

Utilizando Epiinfo, se elaboraron tablas de frecuencia de las variables, media de edad de los padres. Para analizar la asociación entre variables se empleó el test de Chi cuadrado, con un nivel de significación $\alpha = 0,05$.⁽²⁵⁾

Los resultados del análisis obtenido se representaron en gráficas y tablas.

El presente trabajo fue aprobado por el Comité de Ética de Facultad de Medicina.

Resultados y Discusión

Se obtuvo una muestra de 102 personas, de las cuales 48 pertenecían a un prestador de salud privado (Hospital Británico) y 54 a prestadores de salud público (Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital Saint Bois).

Un 93% corresponden al sexo femenino, siendo la minoría el sexo masculino.

Las edades de los padres se estratificaron en dos categorías, categoría 1: 15- 22 años y la categoría 2: 23-55 años. La categoría dominante es la número 2, con un 89,22% (91 padres).

En el subsector privado la totalidad de los encuestados tenían 23 años o más.

Un 10,78 % (11 padres) corresponde a la categoría 1, los que pertenecen al sector público.

La media de edades de los padres fue de 31,6 años. Siendo la mínima edad registrada de 16 años y la máxima de 54 años. Y una moda de 34 años.

Del nivel de instrucción de los padres un 36,27 % (37 padres) corresponde al nivel terciario completo, dentro del cual, un 97,3% (36 padres) asiste a prestador de salud privado, mientras que solo un 2,7% (1 padre) asiste a prestador de salud público.

Dentro de los prestadores de salud públicos, un 25,93% (14 padres) tienen primaria completa, siguiendo en frecuencia, 22,22% (12 padres) con bachillerato incompleto, 18,52 % (10 padres) con ciclo básico completo, 14,81 % (8 padres) con ciclo básico incompleto. Primaria incompleta se encuentra dentro del 9,26 % (5 padres). Terciaria incompleta y bachillerato completo comparten el mismo porcentaje, 3,70% (2 padres). Y 1, 85% (1 padre) presenta terciaria completa.

En cuanto al sector de salud privado un 75% (36 padres) tienen terciaria completa, un 14,58% (7 padres) terciaria incompleta. El porcentaje de bachillerato completo corresponde a 8,33 % (4 padres) y bachillerato incompleto 2,08% (1 padre). No se registró nivel de instrucción inferior.

Respecto a la ocupación de los padres predomina en un 39, 22 % (40 padres) ama de casa. De los cuales un 80% (32 padres) corresponden al sector público y un 20 % (8 padres) al sector privado.

En el sector de salud privado prevalece como ocupación trabajador dependiente con un 41,67 % (20 personas), seguido por trabajador independiente con 39,58% (19 personas). Ama de casa corresponde a un 16,67% (8 personas), por ultimo estudiante con 2,08% (1 persona). No registrándose ningún desempleado.

Dentro del sector público 59,26% (32 personas) corresponden a ama de casa, trabajador independiente con 14,81% (8 personas). Trabajador dependiente y desempleado comparten el mismo porcentaje, 12,96% (7 personas). No se registraron estudiantes dentro de dicho sector.

En lo que refiere a la institucionalización de los hijos, domina la no institucionalización con un 34,31% (35 niños), educación inicial privada con 27,4% (28 niños), siguiendo con educación inicial pública con 15,69% (16 niños). CAIF plan de 2-3 años con 12,75% (13 niños), plan CAIF 0-1 año con 5,88% (6 niños), por último plan CAIF 3-5 años 3,92% (4 niños).

Respecto al número de hijos, un 68,63% (70 padres) de los padres se encuentran en la categoría 1 que corresponde a 1- 2 hijos. Un 31,37% (32 padres) se encuentran en la categoría 2, es decir más de 2 hijos.

Valorando la presencia de alteraciones en el desarrollo de los hijos, ésta se encuentra en un 9,8% (10 padres) y el 90,20% (92 padres) restante no tienen hijos con dichas alteraciones.

De las categorías de conocimiento de desarrollo infantil establecidas, el 62,75% (64 padres) corresponde a la categoría 2 (conocimiento intermedio, 40-69% de respuestas acertadas), la categoría 1 incluye 27,45% (28 padres), dicha categoría corresponde al buen conocimiento, (mayor al 70% de las respuestas acertadas). En la categoría 3, mal conocimiento (menos al 40% de las respuestas acertadas) se encuentran un 9,80% (10 padres).

En lo que respecta al análisis de las áreas del desarrollo, dentro del área motora, la pregunta de la encuesta con más respuestas acertadas fue: ¿a qué edad considera que el niño puede saltar?, con un 88,24% (90 padres). Siendo la menos acertada: ¿a qué edad considera que corre y patea la pelota?, con 29,41% (30 padres).

Del resto de las preguntas sobre dicha área, se encontró que, ¿a qué edad considera que camina con ayuda? Obtuvo un 83,33% (85 padres) de aciertos. De la pregunta, ¿a qué edad considera que gatea?, hubo un 78,43% (80 padres). ¿A qué edad considera que camina solo? 68,63% (70 padres). 65,69% de aciertos en la pregunta ¿a qué edad considera que se para solo?

Respecto al ítem “mantiene erguida y firme la cabeza”, 60,78% (62 padres) contestaron correctamente. Un 39,22% (40 padres) tuvieron aciertos en el ítem “se sienta con ayuda”. (Gráfica 3)

Dentro del área de la coordinación, la pregunta más acertada fue: ¿a qué edad considera que copia el círculo? 62,75% (64 padres) y la menos acertada con 21,57% (22 padres) es ¿a qué edad considera que garabatea?

Analizando las demás respuestas acertadas, el ítem “hojea un libro” obtuvo 60,68 % (62 padres) y con un 53,92% (55 padres) se encuentra “mueve la cabeza en busca de sonido”. El ítem “prensión de objetos a mano plena” con 48,04% (49 padres) que acertaron. (Gráfica 5)

En lo que se refiere al área social, en donde se encontraron más aciertos fue en el ítem “se viste solo” con un 89, 22% (91 padres). La menos acertada con un 30,39% (31 padres) fue el ítem “miedo a los extraños”. Respecto a la pregunta ¿a qué edad considera que controlan esfínteres? tuvo 82,35% (84 padres) de aciertos. ¿A qué edad considera que miran a la cara? con 63,73% (65 padres). 60,78% (62 padres) acertaron la pregunta ¿a qué edad considera que realizan juegos simbólicos?

Del ítem “sonríe espontáneamente”, obtuvieron 53,92% aciertos (55 padres), “juega solo” con 35,29% (36 padres). 31,37 % (32 padres) acertaron a la pregunta ¿a qué edad considera que se reconocen en el espejo? (Gráfica 4)

Respecto al área del lenguaje, la pregunta más acertada con 61,76% (63 padres) fue ¿a qué edad considera que combina dos palabras?, la menos acertada fue ¿a qué edad considera que realizan juegos vocálicos? con 43,14% (44 personas). Del ítem “cumple con órdenes sencillas”, se alcanzó un 58,82% (60 padres) de aciertos. “Pregunta ¿por qué?” con 57,84% (59 padres). 49,02% (50 padres) acertaron el ítem “edad a la que señalan”. (Gráfica 6)

Englobando, el área que obtuvo la mayoría de los aciertos fue el área motora con 34,7%, siguiendo el área social con 30,6%. Con 18% continúa el área del lenguaje y por último el área de coordinación, 16,7%. (Gráfica 1)

Con respecto a la asociación de las variables, se desprenden los siguientes resultados:

Analizando las variables categorías del conocimiento respecto a los prestadores de salud público y privado (Tabla 2), la categoría 1, es decir el buen conocimiento, domina en el sector privado, con 21 padres de un total de 48. Correspondiendo a la categoría 1 en el sector público, 7 padres de 54 en total. Mostrando una gran prevalencia del buen conocimiento en el Hospital Británico en contraposición con los prestadores públicos.

En la categoría 2 del conocimiento (conocimiento intermedio), predomina en el sector público con 39 padres. Encontrándose en el sector privado 25 padres.

Dentro de la categoría 3, es decir un mal conocimiento, se encuentra la mayoría en el sector público. (Gráfica 2)

De la asociación de la variable categorías del conocimiento según el sexo de los padres, se destaca que tanto en el sexo femenino como en el masculino prepondera la categoría 2, siguiendo la categoría 1 también para ambos sexos.

En todo el rango de edad de los padres (ambas categorías 1 y 2) se observó también una prevalencia en la categoría 2 del conocimiento. El buen conocimiento impera en el rango de edad de 23 a 55 años.

Evaluando si el número de hijos influye en el conocimiento sobre el desarrollo infantil, se obtuvo, que para ambas categorías, (Categoría 1: hasta dos hijos. Categoría 2: más de dos hijos) domina la categoría 2 del conocimiento. Igualmente se destaca que los menores de 23 años predominan dentro de todas las categorías de conocimiento (1, 2 y 3).

Respecto a la influencia de la variable “hijo con alteración en el desarrollo” en relación con el conocimiento del desarrollo infantil, se desprendió que los padres que no tenían hijos con alteraciones en el desarrollo se encontraron en las categorías 1 y 2 de conocimiento. Es decir en los niveles más elevados de conocimiento.

Del nivel de instrucción de los padres respecto al conocimiento del desarrollo, en todos los niveles de instrucción domina la categoría 2 de conocimiento. En el nivel terciario completo, predominan ambas, categoría 1 y 2 del conocimiento.

Acerca de la ocupación de los padres, con los niveles de conocimiento, se observó que la categoría 2 predomina todas las ocupaciones, excepto en estudiante. El buen conocimiento prevalece en el ama de casa y en el trabajador independiente.

En cuanto a la institucionalización de los hijos asociado al conocimiento del desarrollo de los padres, se observó globalmente un mayor porcentaje de niños institucionalizados, predominando el conocimiento intermedio.

Para analizar específicamente cada área del desarrollo, se asociaron los ítems que obtuvieron más respuestas acertadas y los que alcanzaron menos respuestas correctas, dentro de cada área en particular, con las diferentes variables a comparar.

De ello se obtuvo que, dentro del área motora, el ítem que se destacó fue “edad a la que salta”, la misma se asoció con diferentes variables. Una de ellas es prestadores de salud público-privado. En esta asociación se vio que en el prestador de salud privado la totalidad de padres (100%) acertaron, mientras que en el sector público respondieron correctamente 42 padres de 54.

Relacionándolo con la ocupación de los padres, en primer lugar las amas de casa fueron las que acertaron más dicho ítem, continuando los trabajadores independientes.

Igualmente al comparar los distintos niveles de instrucción, se vio que el nivel terciario completo alcanzó mayor número de respuestas correctas en lo que se refiere al ítem mencionado anteriormente.

Referido al número de hijos, los padres que tienen hasta dos hijos fueron los que respondieron de forma correcta en un amplia mayoría.

Tomando en cuenta el ítem dentro del área motora que obtuvo menos aciertos, “corre y patea la pelota”, asociándolo con los prestadores de salud, en los prestadores de salud público, es en donde se encontraron menos aciertos.

Los estudiantes y desempleados fueron los que contestaron con más error el mencionado ítem.

Dentro de los padres que tenían como nivel de instrucción bachillerato completo, ninguno supo responder correctamente a qué edad el niño puede correr y patear la pelota.

Del área de la coordinación, el ítem que en el que más hubo aciertos en la totalidad fue “copia el círculo”. Referido a los padres, usuarios de los distintos prestadores de salud, los que contestaron mejor el ítem, fueron los correspondientes al sector público.

En esta área, a lo que ocupación se refiere, las amas de casa lograron los mejores resultados en dicho ítem.

Los padres con nivel terciario completo lograron mayor acierto.

La pregunta que menos acierto obtuvo dentro del área de coordinación fue “¿a qué edad considera que puede garabatear?”. Los padres que asisten a los prestadores de salud público fueron los que menos acertaron. Dentro de las ocupaciones se vio que los estudiantes, fueron los que respondieron de forma incorrecta la mencionada pregunta.

Los padres cuyo nivel de instrucción es primaria incompleta, son los que más errores mostraron en dicho ítem, continuando con los padres que presentaron ciclo básico incompleto.

Evaluando el área social, el ítem “se viste solo”, es en el cual los padres alcanzaron mayor número de aciertos. Si bien los usuarios del Hospital Británico corresponden a los que alcanzaron mayores aciertos, no hay una diferencia significativa con los aciertos del sector público.

A pesar de variar en las distintas áreas, las amas de casa continúan siendo las que han acertado más en todas las categorías, siguiendo en este caso por los trabajadores dependientes.

Los padres cuyo nivel de instrucción es terciaria completa continúan siendo los que han logrado mayor acierto.

El ítem que menos aciertos obtuvo dentro de la misma área fue “miedo a los extraños”. Los padres, usuarios de los prestadores de salud públicos son los que menos aciertos lograron.

Los estudiantes y desempleados se encuentran dentro de las ocupaciones en las que respondieron de forma menos acertada.

En cuanto a los padres con los siguientes niveles de instrucción, primaria incompleta, primaria completa, bachillerato completo y terciaria incompleta, comparten el menor número de respuestas acertada en tal ítem.

Respecto al área del lenguaje, se destaca el ítem “combina dos palabras” por su mayor número de respuestas correctas.

Los usuarios del sector de salud privado, consiguieron un mayor número de respuestas acertadas en comparación con el sector público.

Analizando esta última área, se destaca que las amas de casa continúan siendo las que han logrado mejores respuestas. Por otro lado, los padres con nivel terciario completo, también han sido los que han logrado mayores aciertos en cada ítem, de todas las aéreas.

“Juegos vocálicos” es el ítem en el cual los padres alcanzaron menos aciertos. Usuarios del Hospital Británico, han tenido mayores fallos en dicha pregunta. Ser estudiante, ocupación en donde se vio un mayor número de respuestas incorrectas. Y los padres con nivel de instrucción terciaria incompleta, los que menos acertaron.

En la presente investigación se observó mayor proporción de mujeres que de hombres, al igual que en el estudio “Una aproximación al desarrollo evolutivo infantil: nivel de conocimiento y demanda de información sobre el mismo”.⁽²⁶⁾ La baja concurrencia a policlínica y áreas de internación pediátrica del padre puede relacionarse al alto porcentaje de amas de casa presentes en la investigación, suponiendo que el padre es quien trabaja y por ende la madre es quien se encarga de concurrir a la consulta con el niño. En otros casos, en los que el padre asistía a la consulta, optaba delegarle la encuesta a la madre del niño. Esto se vio sobre todo en el sub-sector privado.

En cuanto a la edad de los padres, se destaca que en el prestador de salud privado la totalidad de los mismos se comprende en el rango de edad de 23 a 55 años. En el sector público se registraron 11 padres menores de 23 años, destacando solo una madre adolescente (de 10-19 años según la OMS)⁽²⁷⁾. Esto último despierta interés dada la alta prevalencia de embarazo adolescente en Uruguay.

Tal como se esperaba, en el sector público hay una gran proporción de amas de casa en comparación con el sector privado. Esto puede relacionarse con el nivel de instrucción, teniendo en el prestador público gran predominio de primaria completa, mientras en el sector privado impera el nivel terciario completo. Estos conceptos podrían atribuirse además a la dedicación de las amas de casa al cuidado de los hijos, teniendo la maternidad como prioridad y dándoles un rol en la sociedad.

Por lo dicho anteriormente, impresiona el hecho de que tanto en el prestador público como en el privado, no hay diferencias significativas en el número de hijos, se esperaba encontrar un mayor número en el sub-sector público. A pesar de esto se observa que no genera un cambio en el nivel de conocimiento, compartiendo ambos un predominio en el conocimiento intermedio. Sin embargo, en el estudio “Conocimiento de los padres sobre el desarrollo infantil” de Esther Fernández ⁽²⁸⁾, se observan variaciones en algunos ítems según si tienen o no hijos previos.

En la presente investigación predomina el conocimiento del desarrollo en el área motora. Este hecho puede deberse a que las alteraciones en ésta área son más visibles y generan más preocupación en los padres. En contraposición al estudio “Conocimiento de los padres del desarrollo infantil” de Esther Fernández ⁽²⁸⁾, en el que el área motora tuvo el mayor número de errores y el área del lenguaje es donde se encontró un mayor número de aciertos. Previo al estudio se pensaba que el ítem que tendría mayor acierto dentro del área motora sería “edad a la que camina”, debido a la relevancia que le atribuyen los padres a esta conducta. En contraste, la pregunta más acertada fue “edad a la que salta”. Esto podría explicarse por el amplio rango de edad que engloba este ítem. El ítem menos acertado fue “edad a la que corre y patea la pelota”, hecho que despierta interés por lo común de este juego dentro de nuestra sociedad para ambos sexos.

En el área de la coordinación se considera que la pregunta “edad a la que garabatea”, obtuvo menos aciertos, posiblemente por la falta de dedicación de tiempo de los padres a esta actividad.

La pregunta “edad a la que viste solo” fue la más acertada dentro del área social, lo cual era esperado debido al amplio rango de edad que abarca y lo notorio de esta conducta. La menos acertada fue el ítem “miedo a los extraños”, lo cual llama la atención dado que es una etapa bien descrita y por lo general no pasa desapercibida por los padres: ansiedad de separación.

Globalmente la pregunta con más aciertos fue “edad a la que se viste solo”, en comparación con el estudio “Conocimiento de los padres del desarrollo infantil” de Esther Fernández ⁽²⁸⁾ en el

cual la que tuvo más respuestas correctas fue “control de esfínteres”. Destacando que ambas preguntas están incluidas dentro del área social.

Conclusiones

Con los resultados obtenidos se ha podido constatar que el área del desarrollo infantil en donde se pudo observar el mayor número de respuestas acertadas, por ende en el área en donde se encuentra el mayor conocimiento, es el área motora.

En lo que se refiere al grado del conocimiento, se encontró que el conocimiento intermedio predomina en la amplia mayoría de los padres.

Se vio que el conocimiento intermedio prevalece en ambos sexos, continuando el buen conocimiento tanto para el sexo femenino como el masculino.

Respecto a la influencia de la variable edad de los padres en el conocimiento del desarrollo, en todo el rango de edades (15-55 años) impera el conocimiento intermedio, mientras que el buen conocimiento se halla en mayor proporción en las edades comprendidas entre 23-55 años.

No se encuentra relación entre el número de hijos y el grado de conocimiento, ya que en todos predomina el conocimiento intermedio.

Los padres que no presentan hijos con alteraciones en el desarrollo son los que se encuentran en las categorías de conocimiento intermedio y alto.

En lo que respecta a la institucionalización de los hijos, predominan los niños institucionalizados, cuyos padres presentan un conocimiento intermedio.

Dado un valor $p > 0,05$, se concluye que no existe evidencia estadísticamente significativa para demostrar que las variables edad de los padres, número de hijos, hijos con alteraciones previas e institucionalización de los hijos estén asociadas al conocimiento. Esto se puede atribuir al tamaño de la muestra, teniéndose en cuenta para futuras investigaciones.

Acerca de la relación entre el conocimiento de los padres y los prestadores de salud, se deduce que el buen conocimiento impera en el prestador de salud privado. En cuanto al conocimiento intermedio y malo predominó en el sector de salud público. Hay asociación entre los prestadores de salud y el conocimiento de los padres.

Existe asociación entre el nivel de instrucción de los padres y el conocimiento de los mismos, predominando en todos los niveles el conocimiento intermedio. Se encuentra asociación entre la ocupación de los padres y el grado de conocimiento acerca del desarrollo infantil.

Sería beneficioso para un futuro implementar políticas públicas destinadas a informar a la población para mejorar el conocimiento de los padres en las áreas en las que se detectaron mayores carencias.

Referencias bibliográficas

1. Walter Pérez González AGP. *Semiología Pediátrica*. 1a edición. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2010. 161-196 p.
2. Benedict Faccini BC. El desarrollo del niño en la primera infancia : echar los cimientos del aprendizaje Sector de Educación. UNESCO [Internet]. 1999; Available from: [//unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116350So.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116350So.pdf)
3. (GAT) FE de A de P de AT. LIBRO BLANCO [Internet]. 3ª ed. Mad. Real Patronato sobre Discapacidad, editor. 2005. Available from: http://www.fcsd.org/fichero-69992_69992.pdf
4. Nela M, Gonzales RP. Marcadores del desarrollo infantil, enfoque Neuropsicopedagógico Child development markers, focus Neuropsicopedagógico. 2016;81–99. Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/rfer/v12n12/v12n12_a06.pdf
5. Arce M. Early Childhood Growth and Development. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2015;32(3):574–9. Available from: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=9f416cab-93ca-485a-b879-2bd3c473dc20@sessionmgr107&hid=113>
6. MSP M de SP. Manual práctico, Visita Domiciliaria Integral en Salud. 2012;123–46.
7. Karina Gutson D, de Crecimiento Desarrollo C. Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica Guide for monitoring children’s development in pediatric practice. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 11];115(3):53–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.s53>
8. Ernesto Pollitt TC. Desarrollo motor como indicador del desarrollo infantil durante los primeros dos años de vida1. *Rev Psicol* [Internet]. 2010;28(2):5–18. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601302>
9. Bejarano López A, Alcorcón Madrid Trastorno del espectro autista Carlos Carrascón Carabantes Psicólogo sanitario Equipo Técnico Autismo Aragón Gabinete privado Zaragoza Movimientos paroxísticos no epilépticos Miguel Ángel Martínez Granero F. Desarrollo psicomotor y signos de alarma. *Esc monográfica Neurol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 11];81–93. Available from: https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
10. Gisela Rodríguez, M. Lucrecia Cúneo Libarona ITS. LISTA ACOTADA DE ADQUISICIONES MOTORAS DEL DESARROLLO DURANTE EL PRIMER AÑO. *Rev del Hosp Matern Infant Ramón Sardá* [Internet]. 2009 [cited 2017 Oct 11];28(4):169–73. Available from: <http://www.redalyc.org/html/912/91212198007/>
11. Pérez Pedraza P, Salmerón López T, Pedraza PP. Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2006 [cited 2017 Oct 11];8:679–93. Available from: <http://pap.es/files/1116-612-pdf/637.pdf>
12. C. Landers, R. Mercer, H. Molina MY. Desarrollo integral en la Infancia. OPS/OMS; 2006. 22-180 p.
13. Sánchez-pérez C, Rivera-gonzález R, Correa-ramírez A, Sierra-cedillo A. El desarrollo del niño hasta los 12 meses. Orientaciones al pediatra para su vigilancia con la familia. *Acta Pediatr Mex* [Internet]. 2015;480–96. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2015/apm156h.pdf>
14. UNICEF. Servicios de atención a niños y niñas de 45 días a 36 meses. 2011 [cited 2017

- Oct 11]; Available from:
https://www.unicef.org/argentina/spanish/Serv_Aten_Ninos_web.pdf
15. Gobierno de Chile. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: Guía para los equipos locales. Chile Crece Contigo. 2012;
 16. Suárez CV, LJ. Sanz Rodríguez. Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. *Rev Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2009 [cited 2017 Oct 10];11. Available from:
http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n43/8_revisiones.pdf
 17. Leon AM, Holliker S, Pepe J. The Importance of the First 5 Years: Pediatrician Identification of Developmental Delays and Other Related Concerns. *J Soc Serv Res*. 2015;41(4):425–44.
 18. STEVEN PARKER; BARRY ZUCKERMAN. PEDIATRIA DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO: MANUAL PARA LA ASI STENCIA PRIMARIA. 1a ed. Barcelona: Masson Little Brown; 1996.
 19. MSP M de SP. Guía nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años. Montevideo; 2010.
 20. Sanz López Y, Guijarro Granados T, Sánchez Vázquez V. Inventario de Desarrollo Battelle como instrumento de ayuda diagnóstica en el autismo. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 2007;27(2):303–17. Available from:
http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15999/15858%5Cnhttp://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 21. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. *Am Acad Pediatr*. 2006;118(1).
 22. Moragas CC. Assessment of development in early intervention. 2009;23:39–55.
 23. HELIA MOLINA M. , MIGUEL CORDERO V. VS V. De la sobrevida al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2008 [cited 2017 Oct 10];79(1):11–7. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art02.pdf>
 24. Bedregal P, Hernández V, Verónica Mingo M, Castañón C, Valenzuela P, Moore R, et al. Desigualdades en desarrollo infantil temprano entre prestadores públicos y privados de salud y factores asociados en la Región Metropolitana de Chile. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 10];87(5):351–8. Available from: www.elsevier.es/rchp
 25. J.Gil RA. Estadística médica. 1a ed. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2004. 229-246 p.
 26. Torres LH, Mesa C, Ortiz M, Martínez DS. Una aproximación al desarrollo evolutivo infantil : nivel de conocimiento y demanda de información sobre el mismo. *Rev Educ*. 2010;352:219–44.
 27. OMS. OMS | Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [cited 2017 Oct 11]. Available from:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
 28. Fernández F, Fernández R, Isabel M, Caldera F, Isabel M, García B, et al. CONOCIMIENTO DE LOS PADRES SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL. *INFAD* [Internet]. 2009;2(1):357–68. Available from:
<http://www.redalyc.org/pdf/3498/349832321039.pdf>

Agradecimientos

Agradecemos al Departamento de Métodos Cuantitativos, Unidad Académica de Bioética y Departamento de Medicina Preventiva y Social, por la ayuda brindada en el proceso de realización de la monografía.

Agradecimiento especial a Graciela Castellano, por el tiempo y apoyo brindado.

Anexos

Anexo 1: Encuesta

Prestador de salud público		Prestador de salud privado	
----------------------------	--	----------------------------	--

Sexo	F	M	Edad	
-------------	---	---	-------------	--

¿Cuántos hijos tiene?	
Alteración en el desarrollo de hijos previos	

Nivel de Instrucción			
Primaria completa		Primaria incompleta	
Ciclo básico completo		Ciclo básico incompleto	
Bachillerato completo		Bachillerato incompleto	
Nivel terciario completo		Nivel terciario incompleto	
Sin instrucción formal			

Ocupación			
Estudiante		Ama/o de casa	
Trabajador Independiente		Jubilada/o	
Trabajador Dependiente		Desempleada/o	

Institucionalización de los hijos			
Programa CAIF plan de 0-1 años		Programa CAIF plan de 2-3 años	
Programa CAIF plan de 4-5 años		Educación inicial pública	
Educación inicial privada		No institucionalizado	

Preguntas referidas al desarrollo del niño	Respuesta
1 - ¿A qué edad cree que los niños empiezan a sonreír espontáneamente?	
2 - ¿A qué edad cree que los niños miran a la cara?	
3-¿A qué edad considera que mantienen erguida y firme la cabeza?	
4 - ¿A qué edad cree que los niños deberían poder señalar?	
5- ¿A qué edad cree que el niño se sienta con ayuda?	
6- ¿A qué edad considera que comienzan hacer juegos vocálicos?	
7- ¿A qué edad considera que mueve la cabeza en busca sonido?	
8- ¿A qué edad considera que empiezan a gatear?	
9- ¿A qué edad considera que los niños se reconocen en el espejo?	
10- ¿A qué edad considera que empieza a caminar con ayuda?	
11- ¿A qué edad considera que tienen miedo de las personas que no conocen?	
12- ¿A qué edad considera que se para solo?	
13-¿A qué edad considera que se camina bien, solo, sin ayuda?	
14 -¿A qué edad considera que juega solo?	
15- -¿A qué edad considera que comienza la prensión de objetos?	

16- ¿A qué edad considera que garabatea?	
17- ¿A qué edad considera que cumple órdenes sencillas?	
18- ¿A qué edad considera que corre y patea la pelota?	
19- ¿A qué edad considera que combina dos palabras?	
20- ¿A qué edad considera que puede saltar?	
21-¿A qué edad considera que se le puede sacar el pañal?	
22- ¿A qué edad considera que realiza juegos simbólicos?	
23- ¿A qué edad considera que hojea libros?	
23-¿A qué edad considera que copia el círculo?	
24- ¿A qué edad considera que hace preguntas “¿por qué?”?	
25-¿A qué edad considera que se viste solo?	

Anexo 2:

Formulario de consentimiento informado

Somos estudiantes de 6to año de medicina y estamos realizando un trabajo de investigación. Los objetivos del mismo son valorar el conocimiento de los padres acerca del desarrollo infantil en niños de 0 a 5 años en prestadores de salud pública y privada de Montevideo, en el periodo de mayo a setiembre de 2017.

Investigadores: Anabella Santoro, Lucía Maurente, Maite Arana.

Br. Lorena Clavijo, Br. Genesis Denis, Br. Luciana Astigarraga, Br. Costanza Arguiñarena, Br. Nadia Arguiñarena, Br. Sheila Pi.

Por cualquier duda dirigirse a la Clínica Pediátrica C, teléfono de contacto: 2708.59.17

La presente investigación será llevada a cabo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Hospital Británico y Hospital Saint Bois. En las áreas de internación pediátrica, maternidad y salas de espera de policlínica.

Los datos se recolectarán mediante una encuesta de 40 preguntas, que llevará un tiempo aproximado de 15 minutos, a padres en edades comprendidas entre 15- 55 años de edad, cuya profesión no está vinculada al área de la salud. Se realizará en el periodo de Julio- Agosto del 2017.

La participación en el estudio no le aportará beneficios económicos ni de ningún otro tipo, como tampoco riesgos. Sin embargo, le permitirá a los profesionales tener una aproximación del conocimiento de los padres sobre el desarrollo infantil para actuar sobre ello en un futuro. Se mantendrán los datos recolectados de forma confidencial.

La participación en la investigación es voluntaria, pudiendo retirarse del mismo en el momento que lo desee, sin ninguna consecuencia negativa, represalias ni interferir en la atención a la salud.

Firma del investigador

Firma del sujeto de investigación

Anexo 3: Gráficas y tablas.

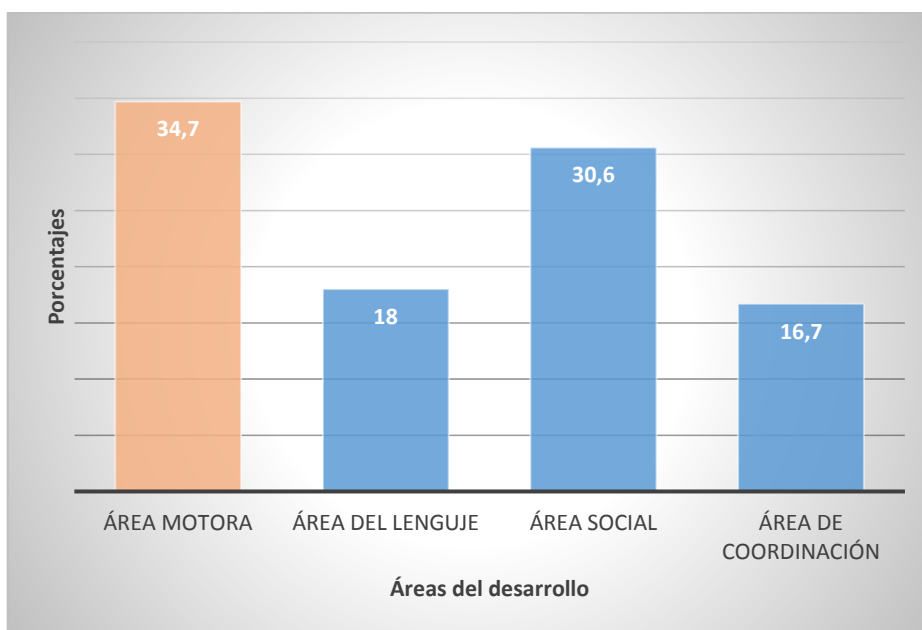
Tabla 1: Características de la muestra.

	Sector privado	Sector público
N= 102	48	54
Edad:		
15-22 años	0	11
23-55 años	48	43
Sexo:		
Femenino	43	52
Masculino	5	2
Ocupación:		
Estudiante	1	0
Ama de casa	8	32
Desempleado	0	7
Trabajador dependiente	20	7
Trabajador independiente	19	8
Nivel de instrucción:		
Primaria completa	0	14
Primaria incompleta	0	5
Ciclo básico completo	0	10
Ciclo básico incompleto	0	8
Bachillerato completo	4	2
Bachillerato incompleto	0	8
Terciaria completa	36	1
Terciaria incompleta	7	2
Cantidad de hijos previos:		
Hasta 2 hijos	35	35
Más de 2 hijos	13	19
Institucionalización de hijos:		
CAIF 0-1 año	0	6
CAIF 2-3 años	0	13
CAIF 4-5 años	0	4
Educación inicial pública	3	13
Educación inicial privada	28	0
No institucionalizado	17	18
Alteración de hijos previos:		
Si	2	8
No	46	46

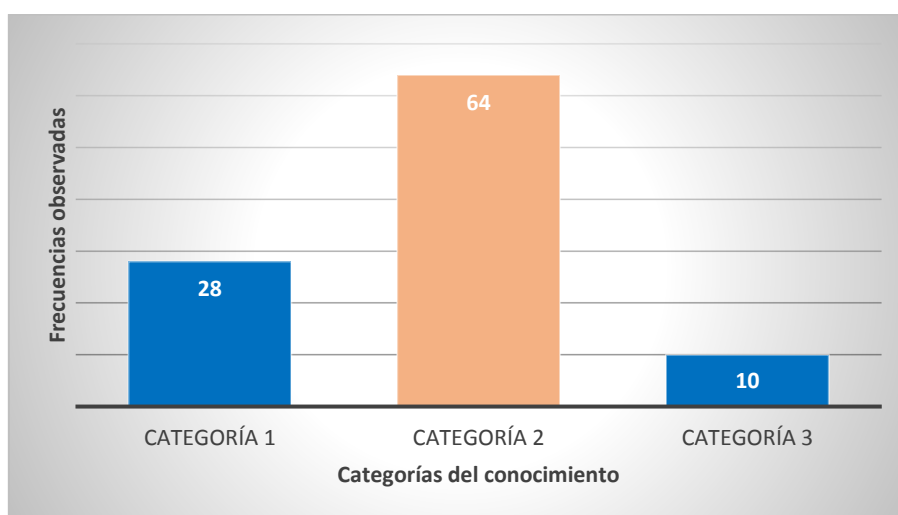
Tabla 2: Categoría de conocimiento según el prestador de salud.

Prestador de salud	Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Total
Público	7	39	8	54
Privado	21	25	2	48
Total	28	64	10	102

Gráfica 1: Porcentaje de aciertos según el área del desarrollo.

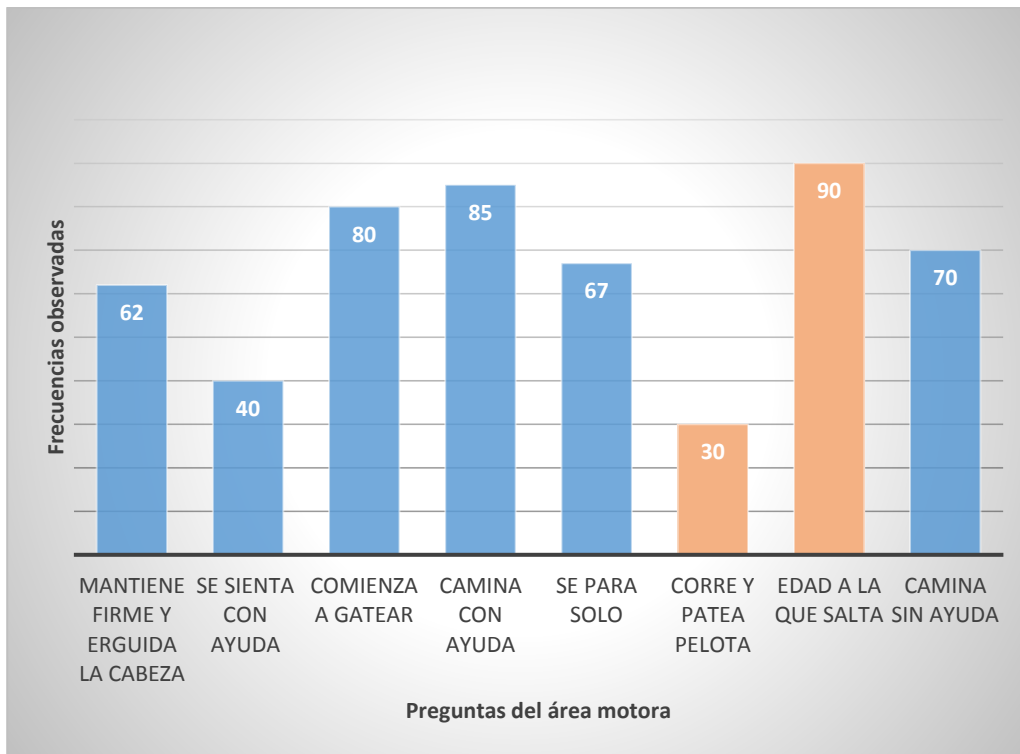


Gráfica 2: Número de padres según las categorías de conocimiento.

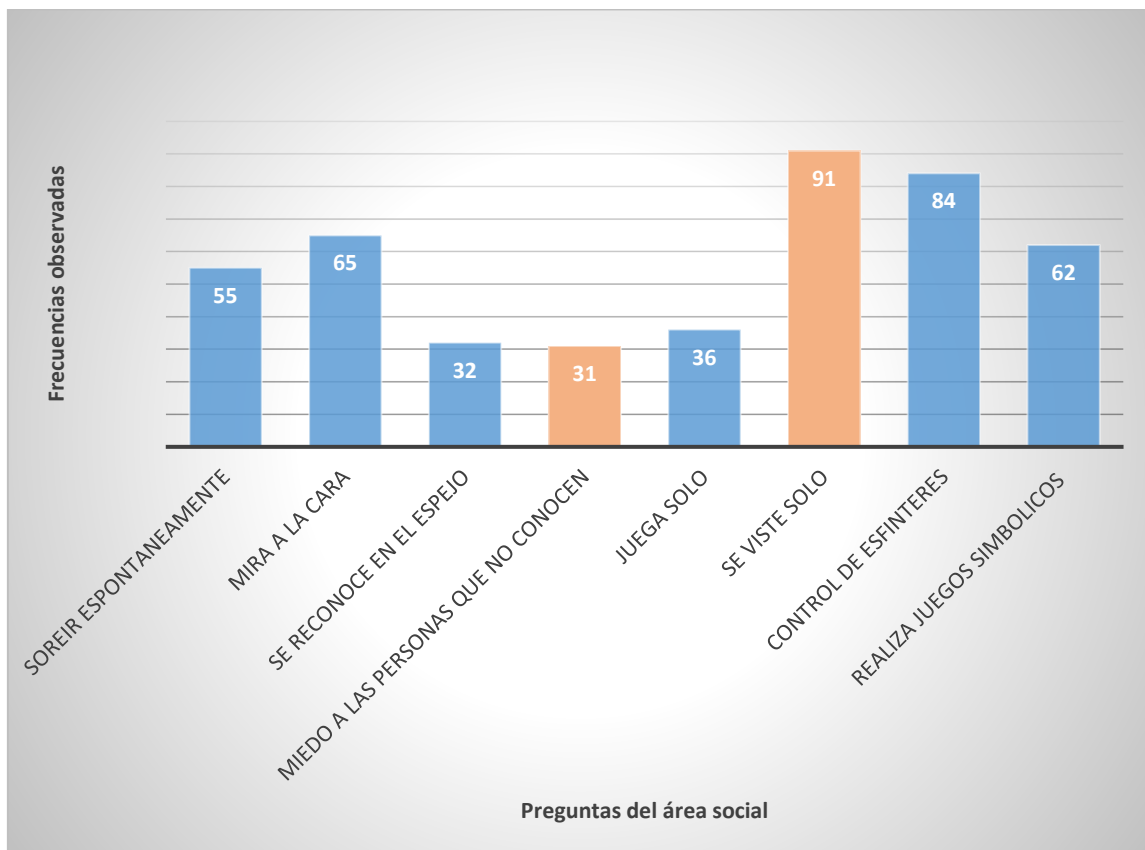


Referencia: Categoría 1: Buen conocimiento.
 Categoría 2: Conocimiento intermedio.
 Categoría 3: Mal conocimiento.

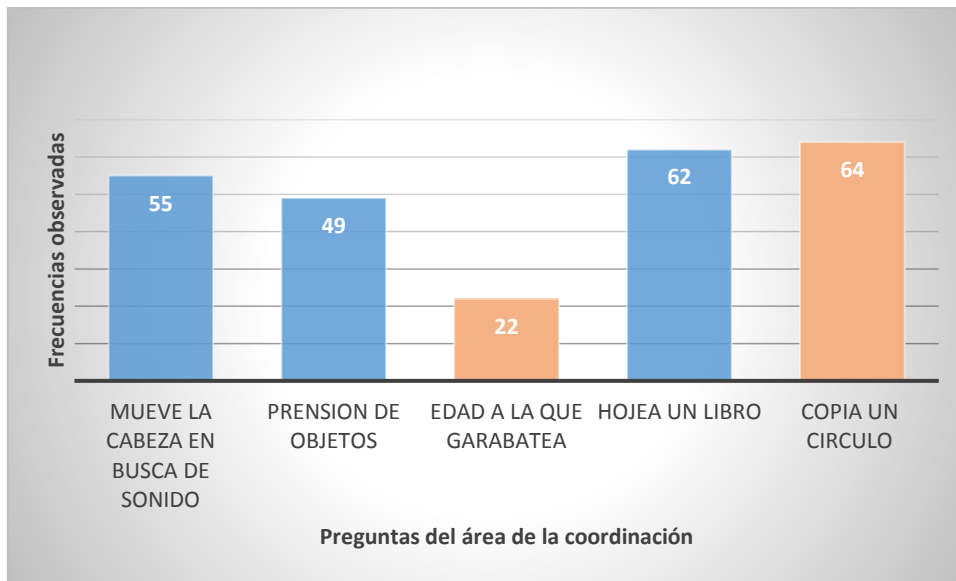
Gráfica 3: Número de aciertos en cada ítem, dentro del área motora.



Gráfica 4: Número de aciertos en cada ítem, dentro del área social.



Gráfica 5: Número de aciertos en cada ítem, dentro del área de coordinación.



Gráfica 6: Número de aciertos en cada ítem, dentro del área del lenguaje.

