

# Evaluación preescolar. Una experiencia en el consultorio de seguimiento longitudinal del niño y la familia

Natalia Regatky, Patricia Lamy, Graciela Salamanco

## Resumen

La etapa preescolar es decisiva en el desarrollo del niño; de ahí que los pediatras cumplen un papel activo en la detección de patologías frecuentes en este período. El objetivo de este trabajo es proponer un modelo de evaluación preescolar para pesquisar alteraciones del desarrollo y diagnosticar patología prevalente con una mirada interdisciplinaria e integral del niño y su familia.

Se realizó un estudio prospectivo de corte transversal en el que se evaluó a 104 niños de 4 y 5 años que asistieron al Consultorio de Niños Sanos para un control en salud. Los ítem considerados fueron: anamnesis, examen físico, encuesta a padres para evaluar hábitos de vida. La metodología incluyó técnicas de pesquisa para desarrollo psicomotor (PRUNAPE) y neurosensorial con eventual derivación al especialista; se destinó un tiempo adecuado para establecer el diálogo con los padres. Los hallazgos se analizaron con el programa Epi-Info V.6.04.

La encuesta permitió detectar lo siguiente: sobrepeso 26%; caries 52,4%; mordida invertida 3,8%; comunicación interauricular 1%; fimosis 5,8%; escoliosis 2%; enuresis 9,6% (niños de 5 años); patología del lenguaje (más frecuente en varones) 14,4%; el 33% con patología del lenguaje tenía antecedentes familiares [OR 8,10 (1,65-40,9),  $p = 0,04$ ]; 35% PRUNAPE de riesgo. Hallazgo más relevante: métodos violentos de disciplina (62%).

Este control permitió detectar alta prevalencia de patología orgánica y del desarrollo. En muchos niños con PRUNAPE de riesgo, el diagnóstico final fue patología del desarrollo.

**Palabras clave:** Pesquisa, desarrollo, preescolar, aprendizaje, disciplina

## Introducción

La etapa preescolar es de suma importancia en el desarrollo del niño. Particularmente, el cuarto y quinto año de vida representan la etapa de preparación para su integración escolar.<sup>1</sup> Allí, el desarrollo individual y social del niño sentará las bases para la conformación de su personalidad y de su aprendizaje.

## Summary

The preschool period is key in the child development. Pediatricians must have an active role in detecting prevalent diseases during this period. Our goal is to propose a model of preschool evaluation to detect developmental disorders and to diagnose prevalent diseases with an interdisciplinary approach to the child and his families.

A prospective, cross-sectional study was performed in 104 children aged 4-5 years who had consulted at the Healthy Children Office.

Anamnesis, physical exam, and a parental survey for assessing life style and habits were performed. Screening techniques to assess psychomotor (PRUNAPE) and neurosensorial development were used. Referral to specialist was done when required. Sufficient time to talk to the parents was allowed. The statistical analysis was performed with Epi-Info V.6.04.

The survey showed the following: overweight (26%), cavities (52.4%), inverted bite (3.8%), atrial septal defect (1%), phimosis (5.8%), scoliosis (2%), enuresis (9.6%) (5-year old children), language disorders (14.4%) (more prevalent in boys), 33% with language disorders had previous family history [OR 8.10 (1.65-40.9),  $p = 0.04$ ]. PRUNAPE of risk, 35%. Most relevant finding: violent methods of discipline (62%).

We found organic and developmental pathology that required treatment. A high percentage of children with PRUNAPE of risk had developmental disorders.

**Key words:** Screening, development, preschool, learning, discipline

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) recomienda que los niños en edad preescolar tengan, al menos, dos controles en salud por año.<sup>2</sup> Sin embargo, la experiencia nos demuestra que, a esta edad, el motivo de consulta habitual son las patologías agudas y no los controles en salud.

Antes de que un niño ingrese en la institución escolar, los pediatras, los centros de salud

y los hospitales ocupan un lugar privilegiado como terceros que acompañan a la familia en la crianza de sus hijos, supervisando su salud y promoviendo su bienestar. Por tal motivo, es necesario aprovechar estas intervenciones tempranas de los equipos de salud para concretar acciones dirigidas a prevenir la instalación de futuras dificultades en el campo del aprendizaje y de la conducta.

Los trastornos del desarrollo forman parte de un grupo importante de problemas pediátricos en esta edad. La detección temprana permite aplicar acciones terapéuticas y de apoyo que mejorarán la evolución, por lo que el pediatra es una pieza clave.

Múltiples estudios realizados en hospitales y en colegios dan cuenta de la alta prevalencia de los trastornos del desarrollo en este grupo etario.<sup>3-6</sup> Algunas de estas patologías del desarrollo deberían detectarse a edades más tempranas, pero si esto no ocurre, creemos necesario aprovechar esta oportunidad de control pediátrico. En la mayoría de los casos, esto es fomentado por el colegio, a través de la solicitud de aptos físicos o para evaluar los problemas o dudas planteados por los docentes y, en muchas oportunidades, por la inquietud de los padres ante la cercanía del ingreso escolar. Consideramos que esta es una edad en la que mucho se puede hacer, si se realizan diagnósticos correctos y tratamientos eficaces.

## Objetivos

El objetivo primordial de este trabajo es desarrollar y aplicar un modelo de evaluación clínica y del desarrollo del niño preescolar que permita un diagnóstico temprano de la patología, y el tratamiento o abordaje integral y oportuno del niño y su familia. Serían apropiadas aquellas acciones que promuevan experiencias tendientes a la adquisición de la identidad personal del niño, al desarrollo de la autoestima, al logro de la autonomía, al sentido de la pertenencia que junto a la convivencia con otros, repercutirán en definitiva mejorando la calidad de vida.<sup>7-9</sup>

## Población, material y métodos

Estudio prospectivo, de corte transversal que incluyó 104 niños de 4 y 5 años presuntamente sanos, que concurren al control en salud, en el Consultorio de Niño Sano del Hospital de

Niños "Ricardo Gutiérrez" (HNRG) de junio a octubre de 2005.

Se incluyó a los niños que concurren al control de salud en horario matutino, cuyos padres otorgaron su consentimiento. Los niños otorgaron su asentimiento.

Los criterios de exclusión fueron: niños de 4 y 5 años con enfermedad crónica asociada con retraso del desarrollo al momento de la consulta, enfermedades agudas que impidiesen una correcta evaluación del desarrollo o aquellos cuyos padres se negaron a participar.

Todos los niños fueron sometidos a un control pediátrico completo, que se describe a continuación.

1. Anamnesis completa: datos de filiación, antecedentes personales, antecedentes familiares y medio social, con el fin de detectar factores de riesgo para alteraciones del desarrollo.
2. Examen físico completo según las normas del Consultorio de Seguimiento Longitudinal del Niño y su Familia de la División de Promoción y Protección de la Salud del HNRG.<sup>10</sup>
3. Control del carné de vacunación.<sup>11,12</sup>
4. Valoración nutricional: sobre la base del peso y la talla, según las recomendaciones de la SAP. Los resultados se compararon con las tablas de peso/edad, talla/edad y peso/talla.<sup>13-15</sup> Se indagaron los hábitos alimenticios y para las definiciones de normalidad, sobrepeso o desnutrición se utilizaron las normas de la Sección Nutrición del HNRG.<sup>16</sup> De acuerdo con los resultados, se plantearon recomendaciones a los padres y un eventual seguimiento pediátrico o una derivación para interconsulta con la Sección Nutrición, si era necesario.
5. El test de Home y el de Graffar fueron las herramientas utilizadas como modelo para las encuestas a padres y para conocer hábitos de los niños.
6. Se administró la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) para la valoración del desarrollo psicomotor. Para definir PRUNAPE de riesgo, se utilizaron los criterios establecidos en ella. En los niños que fracasaron se buscaron las posibles causas y se concretaron derivaciones a los especialistas para su diagnóstico y eventual tratamiento.<sup>17</sup>

7. Pesquisa pediátrica de la visión acorde a las normas del Comité de Oftalmología de la American Academy of Pediatrics (AAP).<sup>18</sup> Después de un período de entrenamiento del pediatra en el Servicio de Oftalmología del HNRG, los niños fueron evaluados directamente en el consultorio pediátrico, donde se realizó la semiología ocular, el reflejo rojo, el reflejo corneal a la luz y el cover test. La agudeza visual se evaluó con la cartilla de LEA, previamente se consideró si ésta era compatible con la maduración de cada niño. Ante la sospecha de esta patología, los niños fueron derivados al Servicio de Oftalmología del HNRG para consulta, diagnóstico y eventual tratamiento.
8. Pesquisa pediátrica de la audición. Se recavó información en la anamnesis sobre factores de riesgo para trastornos auditivos,<sup>19</sup> se realizó otoscopia neumática; todos los niños fueron derivados a la Sección Audiología del HNRG donde se les practicaron audiometrías y examen impedanciométrico completo (presión de oído medio, timpanometría y valoración del reflejo estapedial, ipsilateral y contralateral). El método elegido para el examen auditivo varió según la maduración y la colaboración del niño, entre una audiometría a campo libre por condicionamiento por juego y una audiometría tonal por condicionamiento por juego.
9. Evaluación del lenguaje. Tuvo en cuenta tanto conversaciones con el niño como un interrogatorio dirigido a su madre. En caso de sospecha de trastornos del lenguaje, se derivó a estos niños a la Sección Foniatría.<sup>20-26</sup>
10. Los niños que requerían interconsulta psicopatológica fueron evaluados por el profesional incorporado al equipo para este fin.
11. Los niños que requirieron interconsulta con Psicopedagogía fueron incluidos en un protocolo de evaluación (Protocolo de Pesquisa Preescolar, PPP) diseñado para este fin por la Sección Psicopedagogía del HNRG. Esta evaluación fue ideada para ser administrada en seguimiento pediátrico con un tiempo de administración de 30-40 minutos. El objetivo general fue desarrollar acciones que apuntaran a prevenir el fracaso escolar. A través de esta evaluación se consideró la lectoescritura, matemática, la capacidad de atención, memoria, comprensión y coordinación visuomotora. Cuando se detectaron niños en situa-

ciones de riesgo, se implementaron talleres de juego y aprendizaje destinados a promover la construcción de estructuras de pensamiento y de esquemas cognitivos necesarios en la etapa escolar. En forma paralela, se llevaron a cabo talleres con los padres en los que se trabajaron aspectos saludables de crianza que facilitarían la adquisición de aprendizajes de sus hijos.

12. Los niños con otras patologías fueron derivados, en forma personalizada, a los Servicios pertinentes del HNRG.
13. Al final de la consulta, se destinó un tiempo para tratar los temas detectados a través de la encuesta de hábitos de vida, responder preguntas de los padres y proveerlos de un material diseñado previamente para ser leído en sus casas, con los cuidadores habituales de estos niños. Este material contenía información sobre las características de los niños en edad preescolar, recomendaciones de juegos adecuados para la edad, cómo fomentar hábitos de autonomía y vida saludables y cómo prevenir accidentes. En los casos en que se detectaron patologías, se transmitieron los resultados a los padres y los tratamientos por seguir para su mejoría.
14. La cantidad de controles dentro del protocolo dependió de las necesidades de cada niño, según las patologías halladas.

El análisis estadístico se realizó mediante el programa Epi Info versión 6.04. Se consideró significativa una  $p \leq 0,05$ . La medida de asociación utilizada fue razón de probabilidades (*odds ratio*, OR) con un intervalo de confianza del 95%.

Los procedimientos se realizaron luego de obtener el consentimiento informado de los padres, con asentimiento de los niños. De esta forma, se cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

## Resultados

La población evaluada fue de 104 niños: 48 de 4 años (46,2%) y 56 de 5 años (53,8%); 60 eran de sexo femenino (57,7%) y 44, de sexo masculino (42,3%).

La encuesta a los padres permitió conocer hábitos de vida de los niños y el potencial medioambiental, a fin de brindar estimulación para su desarrollo físico, cognitivo y emocional.

### Instrucción de los progenitores

Madres: 8 (7,7%) primaria incompleta, 56 (53,8%) primaria completa, instrucción mayor que primaria 40 (38,46%).

Padres: 1 no asistió al colegio (1%), 7 primaria incompleta (6,7%), 58 primaria completa (55,8%), instrucción mayor que primaria 39 (37,5%).

Treinta y dos familias (30,8%) tenían necesidades básicas insatisfechas (NBI).

En la Tabla I, se detallan los resultados del examen físico completo.

Cinco niños tenían carné de vacunación incompleto (4,8%) y recibieron las vacunas correspondientes.

Se realizó la PRUNAPE en los 104 niños (Figura 1).

### Evaluación audiológica

Sólo 8 niños (7,8%) tenían valoración audiológica previa. En 3 (2,8%) de los 104 niños, se hallaron factores de riesgo para patologías de la audición. En 98 niños (94,2%), se logró realizar la audiometría con timpanometría, 6 niños no concurren al control. En 3 casos (3%), se diagnosticó hipoacusia conductiva secundaria a otitis media serosa. Se detectó otitis media serosa unilateral en un niño y bilateral en 9 niños (10% de los niños). No se detectaron hipoacusias neurosensoriales unilateral o bilaterales.

### Evaluación del lenguaje

Se derivaron 19 (18,3%) de los 104 niños a la Sección Foniatría; de ellos, 3 no concurren. Entre los 16 niños evaluados, se diagnosticó: dislalia (6 casos, 5,8%), trastorno fonológico (6 casos, 5,8%), respiración bucal (1 caso, 1%), trastorno fonológico y respiración bucal (1 caso, 1%), disfluencia (1,1%) y en un niño no fue necesario un tratamiento fonoaudiológico.

Cinco de 15 (33%) pacientes con patología del lenguaje tenían antecedentes familiares de este tipo de trastorno, lo que resultó estadísticamente significativo (Tabla II). Los trastornos del lenguaje fueron más frecuentes en varones que en niñas (9 niños, 8,6% y 6 niñas, 5,8%).

### Evaluación oftalmológica

Quince niños de 104 (14,4%) tenían valoración oftalmológica previa. Diez (9,6%) fueron derivados al Servicio de Oftalmología del HNRG.

Tabla I. Hallazgos del examen físico (n = 104)

Diagnósticos a partir de sospecha por examen físico	Niños con patología n (%)
Desnutrición leve	2 (1,9)
Riesgo de obesidad	12 (11,5)
Obesidad leve	13 (12,5)
Obesidad moderada	2 (1,9)
Obesidad severa	1 (1)
Xerosis en piel	9 (9,3)
Otras patologías dermatológicas	9 (9,3)
Caries	55 (52,8)
Mordida invertida	4 (3,8)
Soplos inocentes	7 (6,8)
Comunicación interauricular	1 (1)
Broncoespasmos	4 (3,8)
Otitis media serosa	10 (9,8)
Fimosis	6 (5,8)
Balanopostitis	2 (1,9)
Vulvitis inespecífica	2 (1,9)
Signos blandos neurológicos	1 (1)
Escoliosis	2 (1,9)
Otras patologías traumatológicas	6 (5,8)

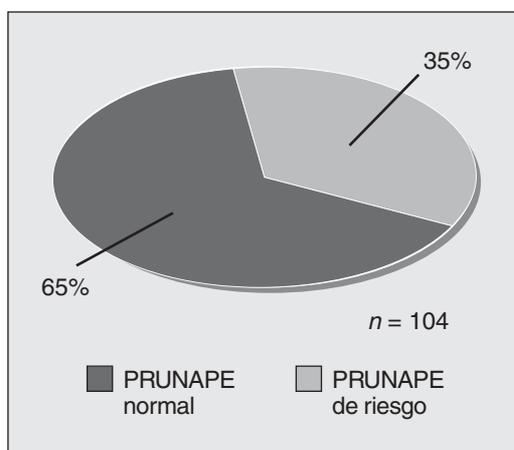


Figura 1. Resultado de la PRUNAPE.

Tabla II. Antecedentes familiares de patología del lenguaje (n = 101)

Factor de riesgo	Patología del lenguaje	Sin patología del lenguaje	OR (IC 95%)
Antecedente familiar de patología del lenguaje	5	5	8,10 (1,65-40,9) p = 0,04
Sin antecedente familiar de patología del lenguaje	10	81	

En 4 (3,8%) de ellos, se diagnosticó patología oftalmológica; 2 (1,9%) tenían astigmatismo; 2 (1,9%), miopía, 3 (2,8%), seudostrabismo y, en 3 casos (2,8%), no se logró la colaboración para una evaluación completa, por lo que los niños fueron citados para un nuevo control.

### **Evaluación psicopedagógica**

Veinticuatro niños (23%) con PRUNAPE de riesgo (16 pacientes de 5 años y 8 de 4 años) fueron incorporados en el PPP diseñado por la Sección Psicopedagogía. Entre todos los niños evaluados, 6 iniciaron tratamiento psicopedagógico. El resto continuó en seguimiento pediátrico.

### **Evaluación psicológica**

Diagnósticos en 15 niños (14,4%): trastorno reactivo del vínculo, subtipo inhibido [313.89 subtipo F94.1], según el DSM-IV (9 niños, 8,8%); trastorno reactivo del vínculo, subtipo desinhibido [313.89 subtipo F94.2] (1 caso, 1%); duelo no resuelto (2 niños, 1,9%); enuresis [307.6 F98.9] (1 niño, 1%); trastorno del vínculo, subtipo desinhibido más enuresis (1 niño, 1%); duelo no resuelto más enuresis (1 niño, 1%).

### **La encuesta dejó al descubierto entre otros datos significativos:**

- A. El 32,6% de los niños falta al colegio más de 2 veces por mes.
- B. Capacidad de estimulación del medio ambiente familiar:
  1. No les cuentan cuentos en la casa (15,4%), no les leen cuentos en la casa (19,2%), tienen menos de 10 libros infantiles en el hogar (54,8%), no tienen ninguno (12,5%).

2. Miran más de 2 horas de televisión por día (55,4%); de estos últimos, el 20,4% mira más de 4 horas.

- C. Al preguntarles sobre si saben escribir su nombre: el 53,8% lo hacía bien y el 36,5% hacía intentos por escribirlo.
- D. El 62,5% de las familias utilizan métodos violentos de disciplina (Figura 2).

### **Se evaluaron los siguientes parámetros para determinar el grado de autonomía de esta población:**

- El 40% no se viste solo.
- El 5,8% continúa con el biberón.
- El 2% continúa con chupete.
- El 8% tiene colecho con sus padres.
- El 15,4% no puede abrocharse los botones solo
- El 75% no se ata los cordones solo

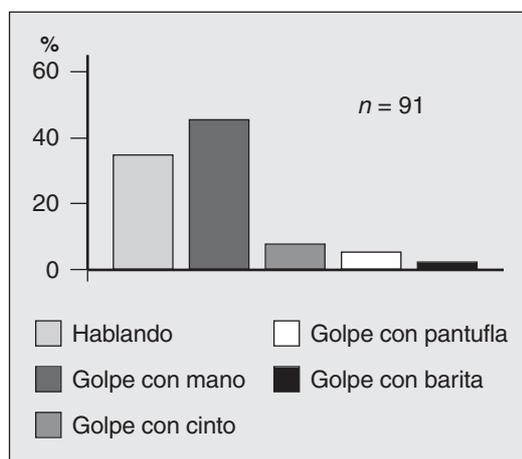
Se detectó enuresis en 6 pacientes (9,6%) del grupo de 5 años. En nuestra población, no se hallaron diferencias con respecto al sexo (3 varones y 3 niñas).

## **Discusión**

Los controles en salud de los niños de nuestra población a partir del año de vida no son frecuentes. En esta experiencia de trabajo, la consulta fue promovida por el colegio o por la ansiedad de los padres ante el comienzo inminente de la educación formal de sus hijos. Resultó ser un buen momento para un control clínico completo que incluyó valoración del desarrollo psicomotor y neurosensorial.

La población colaboró ampliamente con la pesquisa respondiendo con muy buena aceptación por parte de los niños y padres que concurrieron, en la mayoría de los casos, a los nuevos controles para diagnósticos definitivos de las patologías sospechadas. Los padres estaban interesados en conocer el estado de salud y la maduración de sus hijos. Los niños mostraron gran colaboración, porque encontraron en la evaluación un espacio de atención y juego, pero fundamentalmente porque se tuvieron en cuenta sus intereses y preocupaciones, se sintieron escuchados y respetados. Es de destacar que la atención personalizada brindada por un pediatra con capacitación y experiencia en el tema, sumada a un sólido trabajo inter-

Figura 2.  
Métodos de disciplina.



disciplinario, facilitaron el logro de nuestros objetivos.

Esta población, por sus características, tiene gran vulnerabilidad en su crecimiento y desarrollo en una etapa en la que el apoyo y estímulo familiar y medioambiental son indispensables.<sup>3,27,28</sup>

Al realizar un examen físico exhaustivo en el control del niño preescolar, se detectaron patologías que deberían haberse diagnosticado antes.

Con respecto al estado nutricional y considerando la tendencia actual, el porcentaje de sobrepeso fue elevado. Por el contrario, la apreciación subjetiva de las madres en más de la mitad de los casos era que sus hijos comían poco.

La salud bucal es un buen indicador de salud de la población; en este estudio, fue preocupante encontrar que la mayoría de los niños nunca había concurrido a un odontólogo.<sup>3</sup>

El porcentaje de fimosis (6%) coincide con la literatura pediátrica consultada.<sup>29</sup>

La AAP recomienda realizar una audiometría en todo niño antes de su ingreso escolar y, especialmente, en aquellos con factores de riesgo de padecer patología de la audición.<sup>19</sup> En este trabajo, se realizó una audiometría a todos los niños y el 3% tenía hipoacusia conductiva.<sup>4</sup>

Si bien la mayoría de los niños tiene un episodio de otitis media serosa en algún momento de su vida, y la mayoría son benignos y autolimitados, es función del pediatra de cabecera controlar su evolución y definir, en casos de cronicidad, una derivación al otorrinolaringólogo y audiólogo, y de esta manera, no pasar por alto un porcentaje de hipoacusias que tiene indicación de tratamiento específico.<sup>30,31</sup>

El lenguaje es la vía de comunicación humana, es uno de los principales instrumentos para el aprendizaje y los niños "escriben como hablan" y no "como se les dicta". Así, niños con trastornos del lenguaje correrán riesgo de tener dificultades en la adquisición de la lectoescritura.<sup>25</sup> Es imprescindible el diagnóstico y el tratamiento oportunos de estas patologías antes del ingreso escolar, para evitar la posible incidencia negativa en el desarrollo psicossocioeducacional del niño.

Los diagnósticos más frecuentes fueron dislalias y trastornos fonológicos (315.39 en el DSM-IV), con mayor prevalencia en varones que en mujeres. Estos hallazgos coinciden con la bi-

bliografía.<sup>23,25</sup> En la población referida, los trastornos del lenguaje resultaron más frecuentes en niños con antecedentes familiares.<sup>25,32</sup>

Durante el desarrollo del trabajo, se implementó un programa de estimulación de la lectura, pues se sabe que la lectura puede mejorar las aptitudes de los niños al aumentar la cantidad y la diversidad del lenguaje de su entorno, sobre todo en familias de bajos recursos socioeconómicos.<sup>25</sup> Pese a la alta prevalencia de trastornos del lenguaje, a ninguno de los pacientes se le había realizado una audiometría.

El examen de la visión debe incorporarse en el control pediátrico habitual, y el niño debe ser derivado al especialista, si se sospecha una patología.<sup>19,33</sup> De 10 niños derivados a oftalmología, 4 tuvieron diagnóstico de patología de refracción. Estos números son menores que en la mayoría de las publicaciones revisadas.<sup>3,4</sup>

Gran parte de los estímulos que incidirán en el complejo proceso del aprendizaje nos llega por el sentido de la vista, lo que explica que niños con alteraciones de la agudeza visual tengan mayor índice de fracaso escolar. Existen trabajos que justifican la utilización de pruebas para evaluar la agudeza visual en niños.<sup>5,6</sup>

Sólo el 50% de los niños citados concurrieron a los talleres de juego y aprendizaje. Nuestra hipótesis acerca de la alta deserción es que los padres a esta edad todavía no visualizan la seriedad del problema y seguramente lo harán más adelante cuando se traduzca en un trastorno del aprendizaje, de la conducta o en la repetición escolar. Los talleres resultaron muy enriquecedores tanto para los profesionales participantes como para los padres y niños. El comentario de las historias personales y el juego facilitaron la participación grupal y propiciaron un espacio donde el personal de salud pudo canalizar sus inquietudes, elaborando estrategias de trabajo con las familias. Educar, capacitar y sensibilizar a los padres en el cuidado y la detección de diferentes problemáticas, permite optimizar el trabajo pediátrico y repercutir positivamente en el niño.

Por otra parte, la asistencia de los padres a los talleres favoreció la posterior concurrencia a los controles. Este hecho es atribuible a la toma de conciencia acerca de la importancia del problema, lo que permitiría pensar que los encuentros también propiciarán cambios hacia estilos más saludables de crianza. Asimismo, al tratarse de poblaciones de bajos recursos y

pobre nivel de instrucción, esta concienciación por parte de los padres tenderá a una mejor inserción escolar del niño.

En esta población, la mayor parte de los trastornos psicopatológicos tienen como raíz común un trastorno del vínculo familiar. Algunos de los síntomas, considerados como problemas que motivaron la consulta o detectados por los profesionales, fueron: enuresis, fracaso de la pareja parental, madres adolescentes al nacimiento de sus hijos, mujeres que fracasan en el vínculo con sus parejas y fracasan en el vínculo con sus hijos, niños tomados como acompañantes de sus madres en reemplazo de la pareja faltante, violencia intrafamiliar, alcoholismo paterno, niños que aprenden que “pegar es querer”, actitud que trasladan a las escuelas, imposibilidad materna de demostrar afecto a través del juego reemplazado por violencia, madres desautorizadas ante sus hijos por abuelos convivientes, muerte de familiar cercano con duelo no resuelto, enfermedad materna en donde el tema de la muerte está presente.<sup>34-36</sup>

El pediatra de cabecera debe detectar y abordar, en forma temprana, los factores de riesgo de futuros trastornos psicopatológicos. Se considera que un niño que vive en un clima de violencia familiar no puede concentrarse para jugar ni aprender; por lo tanto, se verá alterado el logro del desarrollo normal para su edad. Fue llamativo el alto porcentaje de padres de esta población que utilizan el castigo corporal. Los métodos de violencia para la disciplina están instalados dentro de los patrones de crianza y son normalmente aceptados por ellos. Datos similares aparecen en la bibliografía internacional consultada. En una encuesta británica en 1988, el 88% de los padres dijeron que un chirlo era, a veces, necesario y el 4% mencionó que estaba bien azotar a los niños mayores de 5 años.<sup>37-39</sup> Según la AAP, el 90% de los padres dan “palmadas resonantes” a sus hijos y más del 59% de los pediatras apoyan el castigo corporal, al menos, en algunas situaciones.

Este maltrato repercute en los niños con consecuencias a corto o largo plazo, tales como: aislamiento social, agresividad, abuso de alcohol, disminución de la atención, problemas de aprendizaje y de la conducta, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa y alteraciones del sueño.<sup>40,41</sup> El riesgo de maltrato físico en los niños aumenta con el nivel de violencia en el hogar. Muchas veces la consulta pediátrica puede ser el único momento en que una

víctima de violencia familiar está lejos del agresor y puede revelar su situación sin riesgos.<sup>42</sup>

## Recomendaciones

El pediatra tiene un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, detectando factores de riesgo en la familia e incorporando el tema de disciplina en los controles de salud habituales para reducir al mínimo las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias. La PRUNAPE resultó ser una herramienta muy útil para pesquisar pacientes en riesgo de padecer trastornos del desarrollo.

Por último, es importante resaltar la necesidad de abordajes interdisciplinarios en las patologías del desarrollo, así como incluir esta temática actualizada de desarrollo infantil en la formación de los pediatras.

## Conclusiones

1. El examen clínico completo que incluyó un test de pesquisa para trastornos del desarrollo psicomotor permitió detectar alta prevalencia de patología orgánica y del desarrollo.
2. Muchos de los niños con PRUNAPE de riesgo presentaron diagnóstico final de patología del desarrollo.

## Comentario final

En nuestro país, el fracaso escolar es frecuente y el pediatra atento a la detección precoz de patologías del desarrollo puede colaborar para disminuirlo.

## Agradecimientos

Dra. Angela Gentile, Jefa de la División de Promoción y Protección de la Salud; Fonoaudiólogas Patricia Guershanik, Laura Calderón y Adriana Copiz, Unidad de Otorrinolaringología; Dras. Verónica Hauvillier, Luz María Chiviló y Miriam Smirmic, Servicio de Oftalmología; Fonoaudiólogas María Marta Gebara, Alicia Camarasa, Verónica De Petris y Silvana Franchini, Sección Foniatría; Lic. Silvia Pelenur, Psicóloga del Consultorio de Seguimiento Longitudinal del Niño y su Familia; Equipo de Psicopedagogía, Unidad de Psicopatología; Coordinación: Marta Caballero, Coordinación PSP. 0-5 años: María Toccalino; Lics. Analía Kutz, Celeste Ros Giordano, Ana Guarino; Lic. Débora Ortiz, Psicomotricista; Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”.

## Bibliografía

- Lukin A. El rol del pediatra en el equipo de salud escolar. *Arch Argent Pediatr* 2002;100(3):245-249.
- Sociedad Argentina de Pediatría. *Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes*, Buenos Aires: Ediciones Sociedad Argentina de Pediatría; 2002.
- Michellini ML, Rodríguez S, Montiel S, et al. Apoyo sanitario interdisciplinario en educación inicial. *Rev Chil Pediatr* 2000;71(2):154-176.
- Pascucci MC, Lejarraga H, Kelmansky D, et al. Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor en niños menores de 6 años. *Arch Argent Pediatr* 2002;100(5):374-384.
- Díaz R, Raimann R, Fariña A. Pesquisa de ambliopía en preescolares del Centro de Salud familiar Bernardo Leighton. *Rev Chil Pediatr* 2003;74(6):595-598.
- Juárez-Muñoz IE, Rodríguez-Godoy ME. Frecuencia de trastornos oftalmológicos comunes en población preescolar de una delegación de la Ciudad de México. *Salud Pública de México* 1996;38(3):212-216.
- Triviño X. Periodo preescolar. En: Catalán S, Cifuentes L, Moore R, Valdés T, Tellez A. *La Supervisión de Salud del Niño y del Adolescente*, Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2000:105-114.
- Lejarraga H, Krupitzky S, Giménez E, et al. Organización de un programa nacional colaborativo de evaluación del desarrollo psicomotor infantil, con un programa de entrenamiento para pediatras. *Arch Argent Pediatr* 1996;94(5):290-300.
- Lejarraga H, Krupitzky S, Kelmansky D. *Guías para la Evaluación del Desarrollo del Niño Menor de 6 Años*, Buenos Aires: Nesité Argentina; 1996.
- Guía de Diagnóstico y Tratamiento. Atención Pediátrica Primaria. Parte I*, Buenos Aires: Asociación de Profesionales del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"; 2000.
- Guía de Diagnóstico y Tratamiento. Atención Pediátrica Primaria. Parte II*, Buenos Aires: Asociación de Profesionales del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"; 2000.
- Normas Nacionales de Vacunación*, Ministerio de Salud de la República Argentina; 2003/2004.
- Sociedad Argentina de Pediatría. *Guías para la Supervisión de la Salud de Niños y Adolescentes. Niños de 4 años. Niños de 5 años*, Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría; 2002.
- Lejarraga H, Orfila J. Gráficos de percentilos. *Arch Argent Pediatr* 1987;85:209-222.
- Lejarraga H, Heinrich J, Rodríguez A. Normas y técnicas de medición antropométricas. *Rev Hosp Niños BAires* 1975;17:171.
- Guía de Diagnóstico y Tratamiento. Nutrición*, Buenos Aires: Asociación de Profesionales del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"; 1999.
- Lejarraga H, Kelmansky D, Pascucci MC, Salamanca G. *Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE). Manual Técnico*, Buenos Aires: Fundación Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"; 2005.
- Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Ophthalmology, American Association of Certified Orthoptists, American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus, American Academy of Ophthalmology. Eye examination in infants, children and young adults by pediatricians. *Pediatrics* 2003;111(4Pt1):902-907.
- Joint Committee on Infant Hearing. Principles and guidelines for early hearing detection and Intervention Programs, American Academy of Pediatrics; 2004.
- Klein SK. Evaluation for suspected language disorders in preschool children. *Pediatr Clin North Am* 1991;38:1455-1467.
- Coplan J. Normal speech and language development: an overview. *Pediatrics in Review* 1995;16:91-100.
- Montgomery T. Cuando el principal motivo de consulta es: "No habla". *Contemporary Pediatrics* 1995;3(7):5-16.
- Flaz J, Rapin I. Evaluación de un niño con retraso del habla y del lenguaje. *Contemporary Pediatrics* 1999;7(4):5-16.
- Carbona J, Chevrie-Muller C. *El Lenguaje del Niño: Desarrollo Normal, Evaluación y Trastornos*, Barcelona: Masson; 2001.
- Feldman H. Evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje y del habla en niños en edad preescolar. *Pediatrics in Review (en español)* 2005;26(7):268-278.
- Soprano A. Los trastornos del lenguaje en el niño. En: *La Hora de Juego Lingüística*, Buenos Aires: Ediciones Lumiere; 2003:75-92.
- Lejarraga H, Krupitzky S, Kelmansky D, et al. Edad de cumplimiento de pautas de desarrollo en niños sanos argentinos desde el nacimiento hasta los 5 años. *Arch Argent Pediatr* 1996;94(6):355-368.
- Torralla T, Cugnaco I, Manso M, et al. Desarrollo mental y motor en los primeros años de vida: su relación con la estimulación ambiental y el nivel socio-económico. *Arch Argent Pediatr* 1999;97(5):306-316.
- Super D. Fimosis. En: Hoekelman R. *Atención Primaria en Pediatría*, 4ª ed. Barcelona: Océano; 2003:1695-1697.
- Martín H. Otitis media, PRONAP, Sociedad Argentina de Pediatría, 2004, módulo 2.
- Bachean K, Arvedson J. Identificación e intervención tempranas de niños con hipoacusia. *Pediatrics in Review (en español)* 1998;19(6):203-213.
- Byrd R. School failure: assessment, intervention, and prevention in primary pediatric care. *Pediatrics in Review* 2005;26(7):233-243.
- Friedman L, Kaufman L. Lineamientos para el envío del niño por parte del pediatra al oftalmólogo. *Clínicas Pediátricas de Norteamérica* 2003;1:41-55.
- Pelenur S. El sentido del juego. *Rev Hosp Niños BAires* 1993;35(154):142-147.
- Pelenur S. ¿Qué preguntan los niños? La indefensión infantil, la sexualidad infantil. *Rev Hosp Niños BAires* 1999;41(184):273-278.
- Miller J. El niño entre la mujer y la madre. *Virtualia* 2005;IV(13):2-5.
- Folgarait A. ¿Hay que pegarles a los niños? Disponible en: <http://www.adolescentesxlavida.com.ar/index2.htm>. Consulta 16 de noviembre de 2005.
- Regalado M, Sareen H. Parents' discipline of young children: Results from the National Survey of Early Childhood Health. *Pediatrics* 2004;113(6):1952-1958.
- Slade E, Wissow L. Spanking in early childhood and later behavior problems: A prospective study of infants and young toddlers. *Pediatrics* 2004;113(5):1321-1330.

40. Soriano L. Promoción del Buen trato y Prevención del Maltrato en la Infancia en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. *PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia*, abril 2005.
41. Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE, Crozier J, Kaplow J. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment of psychological, behavioral, and academy problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156(8): 824-830.
42. Cahill L, Sherman P. Maltrato familiar y violencia familiar. *Pediatrics in Review (en español)* 2007;28(4):144-150.

#### Fe de erratas

En el trabajo “**Cuidar a los que cuidan**” de Gustavo Finvarb, Susana Toporosi y Daniela Kaplan publicado en el N° 226, marzo de 2008, en la Introducción se omitieron las siguientes citas bibliográficas:

1. Farías SB. Síndrome de *burnout* en el Equipo de Salud Pediátrico. *Rev Htal Niños BAires* 2006;216(48):3-11.
2. Finvarb G. De la profesión liberal a la precarización del trabajo médico (Trabajo premiado de Salud Pública 2006-2007, de la AMM).