

**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL EN LA
FORMACIÓN DE FISIOTERAPEUTAS.
UN ESTUDIO DE CASO**

PAOLA PENAGOS GOMEZ

**MAESTRIA EN DESARROLLO INFANTIL
FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MANIZALES 2010**

**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL EN LA
FORMACIÓN DE FISIOTERAPEUTAS.
UN ESTUDIO DE CASO**

Autora

PAOLA PENAGOS GOMEZ

Asesora

MARIA INÉS MENJURA ESCOBAR

**Tesis presentada como requisito para optar el título de Magister en
Desarrollo Infantil**

**MAESTRIA EN DESARROLLO INFANTIL
FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DE MANIZALES
MANIZALES 2010**

DEDICATORIA

A mi madre que me invitó a soñar, a mi padre que quien aprendí el valor del esfuerzo y la dedicación, a mis hermanos que me enseñaron a ver más allá de mis propias razones. A Luis Fernando por su serenidad y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a los estudiantes que me acompañaron en esta experiencia. Su compromiso y entusiasmo me alentaron hasta el final.

A la Universidad Santiago de Cali por creer en este proyecto y brindarme todo su apoyo en estos dos años.

A la Facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, por promover un espacio de aprendizaje fecundo, con calidad y proyección social.

A mi familia que siempre ha sido una grande influencia en mi vida, que me animó a cumplir esta meta y me respaldó en todo momento.

A Marcela y Camilo por sus valiosos aportes y su agradable compañía en esta aventura.

A María Inés que tuvo confianza en mis sueños y me guió siempre con entrega y dedicación.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	I
INTRODUCCION	1
1. ANTECEDENTES, JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 ANTECEDENTES	4
1.2 JUSTIFICACIÓN	7
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GENERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. REFERENTE TEORICO	14
3.1 CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL	14
3.2 FORMACION DEL FISIOTERAPEUTA	31
3.3 FISIOTERAPIA Y LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL	38
4. METODOLOGÍA	40
4.1 TIPO DE ESTUDIO	40
4.2 EL CASO ANALIZADO	41
4.3 UNIDAD DE TRABAJO	43
4.4 MARCO ANALITICO	47
4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	43
4.6 CRITERIOS DE VALIDEZ	47

4.7 ASPECTOS ETICOS	49
5. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	50
5.1 PRACTICA EVALUATIVA	50
5.2 CONCEPCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL	61
5.3 DESEMPEÑO DEL FISIOTERAPUETA	64
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
6.1 APRENDIZAJES DE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACION	78
6.2 APRENDIZAJES DEL METODO	84
6.3 RECOMENDACIONES	87
7. BIBLIOGRAFÍA	90
ANEXOS	95
Anexo 1. Guía para la Observación:	95
Anexo 2. Guía para la entrevista:	97
Anexo 3. Guía para el análisis documental:	100

RESUMEN

La presente investigación de corte cualitativo, pretendió reconocer los procesos de evaluación del desarrollo infantil realizados por los estudiantes de fisioterapia de una reconocida institución educativa de la Ciudad de Cali, estudiando la articulación de los conceptos teóricos, los procedimientos y las funciones operativas que emergen de estas evaluaciones, asumidos desde la visión de los estudiantes como actores de un proceso de formación académica con responsabilidad social. La información se recolectó por medio de técnicas e instrumentos propios de los estudios interpretativos como: observación directa, entrevista individual estructurada y análisis documental.

El estudio concluyó que a pesar de los avances científicos y tecnológicos que han permeado la formación de fisioterapeutas en Colombia y América latina, la evaluación del desarrollo infantil que se realiza en los contextos de formación universitaria, refleja la persistencia de una visión mecanicista del cuerpo utilizando métodos de evaluación que se enfocan en el seguimiento de conductas motoras, cuyo objetivo principal está relacionado con la detección de limitaciones y deficiencias corporales. En cuanto a los factores que condicionan las actividades de evaluación, estos se relacionan principalmente con la disposición de recursos tanto físicos como tecnológicos y con la falta de claridad frente a las funciones que deben desempeñar los fisioterapeutas dentro de los equipos interdisciplinarios.

Palabras Clave:

Evaluación, desarrollo infantil, formación de fisioterapeutas.

ABSTRACT

This qualitative research, aimed to understand the process of child development assessment, conducted by physical therapy students from a recognized educational institution in Cali, observing the articulation of the theoretical concepts, procedures and operative functions of these evaluations, undertaken from the perspective of students as actors in a process of academic education with social responsibility. The information was collected by means of techniques and instruments of interpretive studies such as direct observation, structured interview and document analysis.

The study concluded that despite of the scientific and technological advances that have permeated the preparation in physical therapy in Colombia and Latin America, the child development assessment made in clinical practice contexts, reflects the persistence of a mechanistic view of the body, that analyzes development from the physical limitations and disabilities, using evaluation methods focused on motor behaviors and not assuming development in all its dimensions. The factors that influence the evaluation activities are heterogeneous and are related to the provision of physical spaces and technological resources and also associated with lack of clarity compared to the actions to be performed by physical therapists within the interdisciplinary teams as stipulated in the care programs and guidance documents from the Ministry of Social Protection

Key Words:

Assessment, child development, physical therapy preparation

INTRODUCCION

Un desarrollo infantil pleno permitirá sentar las bases para la formación de un individuo con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano con mayor poder de resolución. El mismo será capaz de enfrentar adversidades que la vida le presente contribuyendo a reducir las disparidades sociales y económicas dentro de la sociedad.

Para que este proceso de desarrollo se dé adecuadamente, requiere que sea integral, armónico y permita la vinculación del niño a los grupos sociales, sin olvidar que cada ser humano es único e irrepetible y con características que le son propias y que hay que respetar (SIPI, 2001). Desde esta perspectiva, los equipos de salud deben orientar a los niños, sus familias y comunidades a través de guías y normas basadas en la evidencia científica que promueven la apropiación de estilos de vida saludables, ambientes sanos y cuidados básicos de la salud.

Lamentablemente los niños que viven países en vía de desarrollo no gozan de igualdad de condiciones para crecer y desarrollarse, la prevalencia de enfermedades, las gestaciones desfavorables, la prematurez y el vivir en condiciones socioeconómicas adversas marcará trayectorias diferenciales a lo largo de los años que se expresarán en la mayor o menor posibilidad de satisfacción con el proyecto de vida en la edad adulta.

Debido a este escenario complejo en que se debate la niñez, los programas de salud deberán trazarse como objetivo replantear sus estrategias de intervención, atendiendo una realidad que promueva la salud de los niños y niñas desde etapas tempranas y desde múltiples niveles de intervención que incluyan iniciativas para evaluar las condiciones de desarrollo, identificar posibles problemas, brindar las

recomendaciones de tratamiento más apropiadas, y fomentar la aplicación de prácticas sencillas que contribuirán a estimular precozmente el desarrollo infantil; de acuerdo a la importancia y al impacto de los atrasos en el desarrollo en la morbilidad infantil, es fundamental que se pueda lo más rápidamente posible, identificar a los niños de mayor riesgo, con el fin de minimizar los efectos negativos que ahí surgen. Existen evidencias suficientes de que cuanto más oportuno sea el diagnóstico de atraso en el desarrollo y la intervención, menor será el impacto de ese problema en la vida futura del niño.

Para que estos objetivos sean alcanzables, es necesario que los recursos humanos que se encuentran inmersos en la atención y cuidados de la niñez, adquieran la formación necesaria, orientación adecuada y dispongan de recursos suficientes para promover y preservar el desarrollo de los niños en un estrecho trabajo con padres y cuidadores.

Es en este contexto relacionado con la formación de profesionales en salud donde se plantea la presente investigación, la cual ha sido realizada con el fin de comprender los procesos de evaluación de desarrollo infantil realizados por los estudiantes de fisioterapia de una reconocida institución educativa del suroccidente Colombiano, observando la articulación de los conceptos teóricos que emergen de las evaluaciones, los procedimientos y las condiciones como se llevan a cabo estas intervenciones, asumidos desde la visión de los estudiantes como actores de un proceso de formación académica con responsabilidad social.

El desarrollo de este trabajo se puede observar en capítulos consecuentes con cada uno de los objetivos específicos planteados; en estos se descifra el problema mediante descripciones y argumentos, que de forma ascendente permiten el alcance del objetivo general. En los dos primeros se delimita el problema y se los contextualiza, argumentando su justificación dentro de las actividades de

evaluación del desarrollo infantil y la formación de fisioterapeutas. En el tercero y cuarto se presenta la sustentación teórica y el método de investigación.

Los resultados se exponen en el quinto capítulo y finalmente en el capítulo sexto se presentan las conclusiones y recomendaciones a manera de aprendizajes sobre la comprensión del proceso de evaluación del desarrollo infantil en la formación de fisioterapeutas en el caso de la Universidad Santiago de Cali

1. ANTECEDENTES, JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

Las investigaciones realizadas en el ámbito nacional e internacional en fisioterapia sobre el tema del desarrollo infantil, han estado enfocadas particularmente en dos aspectos: uno de ellos es la revisión metodológica de los instrumentos utilizados en la evaluación y el otro se centra en la descripción del desarrollo motor en condiciones particulares que van desde el niño en edad escolar, hasta la evaluación de los niños y las niñas en situación de discapacidad. Todos estos estudios, son abordados desde el paradigma positivista¹ y no se reportan investigaciones que permitan visualizar todo el proceso o comprender las actividades que se integran en la evaluación del desarrollo infantil desde enfoques cualitativos

Ahora bien la formación de los fisioterapeutas en la evaluación del desarrollo infantil, ha sido abordada por diferentes investigaciones de manera indirecta desde un concepto más genérico como lo es la formación en el área de la fisioterapia pediátrica, desde allí se han hecho valiosos aportes que han permitido determinar la ausencia de unificación de criterios en la academia, en torno a las competencias que deben desarrollar los fisioterapeutas en pregrado tanto en los cursos teóricos como en las prácticas formativas.

¹ No se pretende invalidar el paradigma positivista, sus aportes a la investigación en fisioterapia han sido notables. Se intenta demostrar la ausencia de investigaciones desde otros paradigmas que expliquen el fenómeno de manera más amplia.

Desde el año de 1974 cuando la Asociación Americana de Terapia Física (The American Physical Therapy Association APTA) incluyó dentro de su guía de atención un capítulo dedicado a la atención pediátrica, las escuelas de fisioterapia en los Estados Unidos comenzaron a reunirse para discutir la forma como debían incluir el contenido de este nuevo capítulo en sus procesos de formación. Desde entonces se han dirigido esfuerzos por reformar la estructura y contenido curricular en pregrado integrando el contenido pediátrico.

Un estudio denominado Estructura y Contenido Curricular en Fisioterapia Pediátrica, realizado por la Universidad de Creighton en 1991, hizo el seguimiento por medio de una encuesta a tres aéreas pediátricas que incluían el desarrollo infantil al currículo de 76 programas de fisioterapia. Los resultados concluyen que aunque en la mayoría de las universidades el contenido pediátrico es obligatorio, existen otros planes de estudio que lo ofertan como electiva, señalando la necesidad de incluir en todos los programas unos contenidos básicos que en este campo, pues relegar el contenido pediátrico a una modalidad electiva dentro del currículo no permite al egresado desarrollar competencias mínimas para el manejo de esta población.

Una situación adicional que demuestran los resultados es que un muy bajo porcentaje de las universidades participantes en el estudio, considera las prácticas clínicas en pediatría como un componente obligatorio para sus estudiantes, argumentando falta de tiempo o sitios de práctica donde llevarlas a cabo.

Años más tarde Cherry en 1993 realizó un rastreo de dos aéreas de Desarrollo Infantil: Alteraciones Pediátricas y Manejo-Tratamiento en los currículos de 76 programas de fisioterapia de Norte América; las principales diferencias estuvieron representadas en cuatro categorías: 1) la ubicación dentro del currículo, 2) intensidad horaria 3) oferta de los cursos como obligatorios o electivas 4) satisfacción del estudiante con la cantidad de tiempo asignado a cada tema.

Con respecto al contenido académico del área de desarrollo infantil se evidencian en las respuestas de todos los programas participantes, 18 estrategias de evaluación y tratamiento dentro de las cuales se destacan el desarrollo motor grueso y fino y el desarrollo psicosocial en lactantes, primera infancia y adolescencia. Estos resultados son contrastados con la situación que se describe en las prácticas donde se reporta que el tiempo destinado a ellas es muy poco; algunos programas describen no proveer a sus estudiantes ningún contacto con niños, sólo 6 programas reportaban las practicas clínicas en pediatría como obligatorias para sus estudiantes.

En Colombia, hasta el momento no se han realizado estudios que revelen la situación actual de la enseñanza o de los contenidos específicos pediátricos en la formación de fisioterapeutas, el mayor acercamiento a este tipo de investigación se realizó en el año 2001 como parte del Macroproyecto Nivelación y Globalización Curricular de la Fisioterapia y la Kinesiología en América latina, el cual describió de forma analítica la estructura de 24 los planes de estudio en pregrado de los 26 existentes en el país. Los resultados en términos de Ámbito de Acción y Grupos Etéreos exponen que sólo dos programas no cuentan con formación teórico práctica en neonatos. Sin embargo el estudio no revela datos que permitan determinar la situación actual de la formación que reciben los estudiantes en pregrado para la atención a la población infantil.

Estos esfuerzos reflejan el interés transnacional por el tema, pero también permite dilucidar la necesidad de aumentar el número de investigaciones y ampliar la profundidad del análisis de este fenómeno a través de estudios cualitativos

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de los primeros años de vida en el ser humano ha sido reconocida primordialmente, a partir de los avances en diferentes campos disciplinares como la psicología, las neurociencias, la medicina y la pedagogía; resultado de varios siglos de investigación ha permitido precisar que es, en este periodo que se alcanzan avances significativos en las dimensiones psicomotora, cognitiva, afectiva y social (Halpern, 2000). Es por ello que la vigilancia y acompañamiento del desarrollo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica.

En nuestro país, el programa de Crecimiento y Desarrollo se estructura como parte de las políticas públicas a partir de 1974 y ha sido impulsado con especial interés después de la declaración de Alma Ata como estrategia para promover la supervivencia infantil a través de dos componentes estructurales; uno de prevención enfocado a la educación y el segundo a detectar y corregir oportunamente alteraciones del crecimiento y desarrollo, para ello las instituciones de salud enfatizan en la evaluación del desarrollo infantil donde se evalúan casi exclusivamente el áreas psicomotriz, mediante el observación de cuatro conductas, motriz, adaptativa, del lenguaje y personal social. Este proceso se realiza de manera exclusiva dentro de las instituciones de salud.

Recientemente se ha incrementado el interés por el estudio del desarrollo infantil, no solamente en aquellos niños y niñas en los que se han detectado factores de riesgo, sino también en aquellos que su condición actual no sugiere dificultades aparentes, puesto que muchas alteraciones leves o moderadas pueden no ser detectadas por los padres y cuidadores e incluso por los agentes de salud en los primeros meses de vida y posteriormente son diagnosticadas en la edad preescolar (Kroes, 2000), lo que determina la importancia que debe desempeñar

todos los agentes de salud, quienes deben extender sus acciones más allá del campo clínico y adelantar propuestas y aplicar herramientas de evaluación en el niño sano y dentro de sus contextos naturales de desarrollo.

En la actualidad se dispone de varias pruebas psicométricas para evaluar el desarrollo en el periodo de edades que comprenden la niñez temprana, algunas de ellas reconocidas y utilizadas ampliamente en el mundo como las escala de Brazelton de Valoración del Comportamiento neonatal, el test de tamización del desarrollo de Denver (Denver Development Screening Test, Denver II), escala de Bayley de Desarrollo Infantil (Bayley Scales of Infant Development, BSID II) Escala para medir el Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia de Brunet Lezine.

Sin embargo se han hecho muchas críticas a estos instrumentos, aludiendo a aspectos metodológicos, particularmente en relación con el tamaño de la muestra y la aplicación de métodos analíticos deficientes.(Wiart L- Darrah J, 2001)

En el caso particular de la escala de Bayley, un estudio realizado por la Universidad de Córdoba (España) en el año 2005, sobre el análisis de la consistencia interna de esta prueba en niños menores de un año, arrojó resultados positivos para las puntuaciones del test. No obstante, las conclusiones apuntan a la continuación del proceso de adaptación del test y se recomienda la ampliación de la muestra, así como la realización de estudios de estabilidad y validez.

En Colombia, no existen publicaciones que documenten la reproductibilidad o validez de ninguno de estos instrumentos. En el territorio nacional y por disposición del Ministerio de Salud en la Resolución 00412, el seguimiento del desarrollo infantil se enmarca en el programa de crecimiento y desarrollo y debe realizarse a través de la utilización de la Escala Abreviada del Desarrollo en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el objetivo de detectar de manera precoz alteraciones y promover una intervención oportuna y adecuada.

Sin embargo a pesar del uso generalizado de la Escala Abreviada del Desarrollo, no se cuenta con publicaciones sobre el estudio de su validez o reproducibilidad.(Hormiga-Camargo-Orozco, 2008).

La investigación llevada a cabo por la Universidad Industrial de Santander en 2008, en la que se estudió la Reproducibilidad y Validez convergente de la Escala Abreviada del Desarrollo, resalta las siguientes conclusiones: -Existe una buena reproducibilidad del instrumento al ser aplicado por fisioterapeutas con experiencia en el área pediátrica – Es un instrumento de rápida aplicación que proporciona una visión general de la motricidad de los niños y puede ser de utilidad en pesquisas rápidas del desarrollo motor, sin embargo en la aplicación e interpretación de sus resultados en la práctica clínica, se debe tener presente que su enfoque de valoración se limita a aspectos cuantitativos del desarrollo motor, por lo que este instrumento no se debe utilizar como una herramienta diagnóstica por el fisioterapeuta, ya que pueden pasar desapercibidas alteraciones leves.

En fisioterapia, la evaluación del desarrollo infantil ha sufrido modificaciones importantes en su estructura y contenido, derivados de los avances científicos y tecnológicos que han permeado la clínica y la academia. En la actualidad se reconoce la importancia de las mediciones exactas por medio de test validados y registros formales para determinar objetivamente las desviaciones del desarrollo (Kay y col 2001). No obstante, los procesos de evaluación en la práctica clínica en pocas ocasiones utiliza instrumentos validados y estandarizados internacionalmente; casi siempre se realizan evaluaciones a los niños y las niñas que son tratado(a)s, pero no siempre realizan el registro de los datos obtenidos; ninguno de los participantes del estudio realiza estas valoraciones con fines de investigación.

En esta perspectiva, surge la necesidad de conocer a fondo lo que ha venido sucediendo en las actividades que comprometen el desempeño del fisioterapeuta

en la evaluación del desarrollo infantil, debido a que su currículo de formación básica aborda la problemática de la atención del niño desde un enfoque integrador que incluye además la familia, la comunidad y el medio ambiente donde se desenvuelve (Ley 528,1999).

En razón de ello, se consideró necesario realizar una investigación que permitiera un acercamiento a la Práctica Formativa de las estudiantes de último año de fisioterapia y conocer su experiencia en torno a la evaluación del desarrollo infantil.

Comprender el proceso de evaluación del desarrollo infantil en la formación de fisioterapeutas y los factores que lo condicionan, permitirá aportar elementos teórico prácticos, indispensables para enriquecer el currículo de formación en fisioterapia y orientar propuestas de formación de las nuevas generaciones. Además de los aportes académicos, este espacio de reflexión podrá constituirse como fuente de argumentos para favorecer intervenciones tempranas y oportunas, posibilitando que los niños y las niñas alcancen su mayor potencial y una mejor calidad de vida.

Teniendo en cuenta las reflexiones antes anotadas, la presente investigación se propone responder la siguiente pregunta que define el planteamiento del problema:

- ¿Cómo se lleva a cabo la evaluación del desarrollo infantil en la formación de fisioterapeutas en los escenarios que constituyen la Práctica Formativa de Infancia y Adolescencia de la Universidad Santiago de Cali?

Para contestar la pregunta central, se necesitará dar respuesta a otras inquietudes, especialmente las presentadas a continuación:

¿Cómo conceptúa el estudiante de fisioterapia el desarrollo infantil?

¿Cómo se estructuran y ejecutan Las actividades de evaluación del desarrollo infantil en la práctica formativa?

¿Cuáles son las condiciones en las que se realizan las actividades de evaluación del desarrollo infantil?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El desarrollo infantil es determinante para la salud y el desarrollo humano. Diversas investigaciones han planteado la relación entre retrasos del desarrollo con enfermedades crónicas, problemas de salud mental y problemas sociales como delincuencia, desempleo y pobreza (Bedregal, 2006), de ahí que se haya reconocido desde diferentes estamentos sociales la importancia en torno al cuidado, atención y evaluación del desarrollo en los primeros años de vida, pues la ausencia de intervenciones adecuadas afecta tanto la supervivencia de los niños, como el desarrollo social de una región.

A pesar de existir un consenso entre los profesionales de la salud sobre la importancia del seguimiento del desarrollo del niño, la forma de hacerlo aún genera discusión. Existen diversas propuestas y modelos para el seguimiento del desarrollo, utilizando pruebas escalas, exámenes y otros procedimientos. En relación con la naturaleza del proceso en sí, hay controversias teóricas y metodológicas respecto a la posibilidad de medición de algunos aspectos cuantitativos y cualitativos y al empleo de instrumentos diseñados y usados con más frecuencia.

En las últimas décadas se han llevado a cabo diversos estudios enfocados a identificación de factores de riesgo para el desarrollo infantil, no sólo por el interés científico de los investigadores sino también por el de organizaciones

gubernamentales y no gubernamentales que están involucrados desde diferentes frentes en los derechos y cuidados de los niños. No obstante todavía existen vacíos en términos de investigación sobre la comprensión total de los procesos de evaluación donde confluyen los métodos, conocimientos y enfoques teóricos que emergen de las actividades de evaluación.

En este sentido investigaciones reportadas han presentado las características biológicas de la población infantil como determinante principal de las alteraciones del desarrollo. Esto puede ser aceptado para niños gravemente comprometidos, pero no para la mayoría de los niños y las niñas que presentan retraso moderado o leve en su desarrollo (Whitaker, 1996).

Para un mejor abordaje del desarrollo infantil se hace necesaria otras concepciones, donde sea posible un análisis colectivo de las variaciones del desarrollo ofreciendo una perspectiva multifactorial e integradora de los hallazgos encontrados. Por lo tanto para que se pueda realizar la vigilancia del desarrollo infantil, es necesario que los profesionales de salud desde su proceso de formación reconozcan como se relacionan entre sí los efectos de los problemas biológicos, la familia, del medio ambiente y de la sociedad, sobre el desarrollo humano. De esta manera los programas e intervenciones que buscan la prevención o minimización de los problemas de desarrollo en niños y niñas podrán detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte en este importante grupo poblacional.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Reconocer el proceso de evaluación del desarrollo infantil en la formación de fisioterapeutas evidenciado en las prácticas formativas de Infancia y Adolescencia de la Universidad Santiago de Cali.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el concepto de desarrollo que emerge de las evaluaciones realizadas por los estudiantes de fisioterapia en la Práctica Formativa
- Analizar los procedimientos de evaluación del desarrollo en la Práctica Formativa de los estudiantes.
- Conocer las condiciones en las que se desarrolla la evaluación del desarrollo en la Práctica Formativa de los estudiantes.

3. REFERENTE TEORICO

3.1 CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL

3.1.1 Situación del desarrollo infantil en los países latinoamericanos

Las últimas estimaciones disponibles indican que en el continente americano alrededor de medio millón de niños y niñas mueren antes de alcanzar los cinco años de edad. Esta pérdida continua de vidas se debe principalmente a causas que pueden ser prevenidas o tratadas si se detectan temprano; entre ellas se encuentran la desnutrición, y una gran parte de las enfermedades infecciosas y respiratorias, que ocasionan en conjunto, por lo menos una de cada cuatro muertes de menores de cinco años. Pero, además de estas enfermedades, el perfil de la mortalidad durante los primeros cinco años de vida muestra como primera causa de mortalidad las afecciones y problemas que se originan durante la gestación, el nacimiento y las primeras semanas de vida.

De estas muertes en menores de 1 año, más de un tercio corresponde a niños y niñas menores de un mes, quienes mueren privados de servicios esenciales de salud y sin acceso a los productos básicos que podrían haberlos salvado. Un número considerable de esas defunciones infantiles son el efecto de infecciones respiratorias o diarreicas (Unicef, 2008) estas afecciones del período perinatal y neonatal son actualmente la causa de alrededor del 40% de las muertes de menores de cinco años en la Región de las Américas, y el peso de estas causas se eleva al 60% entre los menores de un año.

Por ser un perfil de mortalidad regional, la distribución e importancia de las distintas causas de muerte de menores de cinco años oculta las grandes

diferencias que existen entre los países. Las enfermedades infecciosas, las enfermedades respiratorias y la desnutrición, por ejemplo, que representan aproximadamente el 27% de las muertes totales de menores de cinco años en el continente, tienen una importancia mucho mayor en algunos países, en especial en aquellos con elevadas tasas de mortalidad en este grupo.

En los países con tasas de mortalidad de menores de cinco años superiores a 50 por 1000 nacidos vivos, las enfermedades respiratorias, infecciosas y la desnutrición representan el 40% de la mortalidad del grupo, mientras que en los países con tasas de mortalidad de entre 20 y 50 por 1.000 nacidos vivos, el peso de estas causas es de alrededor de la mitad. De este modo, mientras que en el primer grupo de países, dos de cada cinco muertes de menores de cinco años se deben a estas causas, en el segundo grupo estas causas ocasionan una de cada cinco muertes en este grupo de edad.

Este contraste pone de manifiesto la falta de equidad en el acceso a medidas básicas que pueden contribuir a la prevención y tratamiento temprano de las enfermedades infecciosas y las enfermedades respiratorias, medidas que ya están al alcance de los niños de otros países.

La ocurrencia frecuente de episodios de enfermedades infecciosas y enfermedades respiratorias durante la infancia no solo es una amenaza para la supervivencia infantil, sino que también afecta seriamente las condiciones de salud de la niñez. Con una incidencia promedio de entre cuatro y seis episodios anuales, tanto la diarrea como los episodios de enfermedad respiratoria dificultan la alimentación del niño lo que contribuye a deteriorar su estado nutricional y a dificultar que éste reciba los nutrientes esenciales para su crecimiento y desarrollo.

Las enfermedades frecuentes también afectan la movilidad y la interacción del niño con otras personas y, por lo tanto, contribuyen a retrasar la adquisición de habilidades motoras, sociales y de lenguaje.

Por otra parte, muchos niños y niñas no reciben durante sus primeros años de vida los cuidados y la atención que necesitan, debido a la falta de información adecuada de los padres o de las personas que los cuidan. Esto impide que los niños y las niñas se beneficien de una buena alimentación y del estímulo que le permitiría mejorar sus procesos de crecimiento y desarrollo en la infancia, así como sus desempeños futuros durante la adolescencia, la juventud y la vida adulta.

El proceso de transición epidemiológica de la salud infantil en la región de las Américas muestra un panorama complejo, relacionado con la mortalidad infantil por constituir un indicador importante del desarrollo de los países y un reflejo de sus prioridades y valores. Invertir en la salud de los niños y sus madres no solo es primordial desde el punto de vista de los derechos humanos, también es una decisión económica sensata y una de las maneras más seguras en que los países pueden encaminarse hacia un futuro mejor. Dentro de esta visión, el Estado deberá participar a través de la formulación de políticas y marcos institucionales a favor de la niñez temprana, la comunidad mediante modelos de organización y participación colectiva y las familias en su papel trascendente de protección y cuidado.

3.1.2 Enfoque Conceptual y estratégico de la evaluación del desarrollo infantil.

Definir el concepto de desarrollo infantil no es una tarea sencilla, y varía según las referencias teóricas que se quiera adoptar y los aspectos que se quiera abordar,

los hallazgos de investigaciones reportados en los últimos veinte años sugieren una nueva formulación de desarrollo desde una perspectiva de reconstrucción y reorganización permanente, que se caracteriza por tres aspectos. En primer lugar, el desarrollo cognitivo, lingüístico, social y afectivo de los niños no es un proceso lineal. Por el contrario, se caracteriza por un funcionamiento irregular de avances y retrocesos. En segundo lugar, el desarrollo no tiene un principio definitivo y claro, es decir, no inicia desde cero. Y en tercer lugar, el desarrollo no parece tener una etapa final, en otras palabras, nunca concluye, siempre podría continuar. (Ministerio de Educación, 2010).

Su estudio consiste en detectar cómo y porqué el organismo humano crece y cambia durante la vida, en base a tres objetivos: el primero es comprender los cambios que parecen ser universales y que ocurren en todos los niños, sin importar la cultura en que crezcan o las experiencias que tengan; un segundo objetivo es explicar las diferencias individuales; y un tercer objetivo es comprender cómo el comportamiento de los niños es influenciado por el contexto o situación ambiental. Estos tres aspectos —patrones universales, diferencias individuales e influencias contextuales— son necesarios para entender en desarrollo infantil.

Dependiendo de la orientación seguida por el investigador y de qué quiere ser estudiado, el proceso puede ser abordado desde tres perspectivas teóricas: organicista, mecanicista y equilibratoria.

Las teorías organicistas asumen que el cambio es generado desde el interior del organismo. Los niños son vistos como seres activos, resueltos que dan sentido a su mundo y determinan su propio aprendizaje (Dixon y Lerner, 1991).

En contraposición a estos postulados, las teorías mecanicistas se centran en la relación ambiente-conducta, considerando al niño como sujeto pasivo sensible a la estimulación ambiental (Miller, 1993).

En el devenir de los años han surgido posturas más equilibradas, que reconocen la influencia de los factores genéticos y ambientales en la producción del desarrollo. Se ha aceptado que algunas habilidades tienen un origen hereditario o genético, que están presentes en ser humano sólo de manera potencial, pero son desarrolladas a partir de la práctica, la experiencia, y las demandas del entorno.

Un ejemplo de ello son la adquisición de los patrones de movimiento en los primeros años; en la actualidad ya no son considerados como simple producto del reloj biológico y se estima que las experiencias motoras de desarrollo son indispensables para la ejecución y perfeccionamiento de patrones maduros de movimiento. El desarrollo de habilidades elementales es un proceso que involucra maduración y experiencia (Clenaghan y Gallahue, 1980).

Recientemente y a pesar de la evidencia demostrada, la disensión en esta materia persiste, al tratar de poner en evidencia cuál de ellos tiene mayor influencia que el otro. Diferentes autores han hecho aportes, con el objeto de mitigar la discusión. Las contribuciones de palacios en este sentido, señalan que en el código genético existen contenidos abiertos y cerrados. En el caso de los primeros, estos pueden ser modificados con cierta facilidad, mientras que los segundos no.

Otra propuesta hecha en este sentido, es el concepto de “canalización” formulado por MacCall, quien expone que en los primeros años de vida impera la información contenida en el código genético y en la medida que el niño y niña crecen, van adquiriendo mayores dimensiones las influencias del medio ambiente; pero durante todo el proceso permanecen los aportes de ambos.

Esta diversidad de paradigmas ha encontrado grandes aliados y contradictores, esta discusión finalmente permite el avance, pues de forma permanente se cuestionan e integran estos puntos de vista, desde donde emergen nuevas formas

de entender este fenómeno. Entre los más significativos bien vale la pena citar los siguientes modelos:

El Modelo Neurobiológico

Favorece los postulados propuestos por Anastasiow (1990) para quien la información provista por la neurociencia puede ser aplicada a la comprensión del desarrollo del niño.

Investigaciones realizadas recientemente por Nelson (2002) han logrado demostrar que la maduración neurobiológica está controlada por mecanismos genéticos y que de la misma manera sus momentos de aparición están regulados de forma precisa y que su despliegue depende de la estimulación ambiental. Estos mismos datos a su vez permiten establecer que el impacto de una lesión cerebral debe explicarse en términos de vulnerabilidad evolutiva en vez de incapacidad inevitables.

Desde esta perspectiva los principios generales que se derivan de la neurociencia han sido utilizados para el desarrollo de estrategias de intervención tanto en niños sanos como aquellos en condición de discapacidad. De la misma manera sugiere datos evolutivos apropiados para determinar tanto el inicio, como la intensidad y la duración de dichas intervenciones.

En este modelo el éxito de las intervenciones de los niños con discapacidades es comprender que su desarrollo es similar, aunque no del todo igual al de aquellos que no la poseen. Así si se comprende el proceso de desarrollo se puede inferir por las condiciones adversas y pueden implementarse programas que compensen esas carencias. Además comprender las limitaciones del sujeto sano durante el transcurso del desarrollo es importante para no señalar como anormal una conducta inmadura.

Modelo de Interacciones Sociales

Propone la función de los padres como agentes sociales que garantizan el completo bienestar del niño desde su nacimiento. En el proceso de satisfacción de las necesidades biológicas que aseguran la supervivencia, los padres mediante las emociones que expresan al niño a los otros y mediante el contenido y secuenciación de la conducta, podrían influir sobre las competencias emergentes de sus hijos a nivel cognitivo, lingüístico, emocional y social afirmando lo expresado por Beckwit (1976, 1990) quien establece una relaciones entre las interacciones adulto-niño y sus potencialidades de desarrollo.

Recientemente estos estudios se han extendido a las poblaciones con problemas clínicos, estudiando de qué forma las dimensiones de la paternidad influyen sobre los procesos evolutivos, tanto en los niños expuestos a riesgo biológico y social.

El estudio de las interacciones adulto-niño se ha enriquecido por el hecho de incluir las relaciones entre los distintos miembros de la familia y estudiarlas en el contexto (Munichin, 1995).

Tal como lo señalaron Ososfsky y Thompson (2000), se ha pasado del interés de las necesidades de los individuos o necesidades concretas de hijos o progenitores a resaltar la importancia de las relaciones en sí mismas y en como proporcionar apoyo a las personas en sus relaciones con el contexto.

Modelo de Ecología del Desarrollo Humano

La ecología puede entenderse como la relación entre los organismos y los ambientes. En este sentido los ecologistas se encargan de estudiar y documentar la forma mediante la cual las personas y sus hábitats configuran mutuamente su desarrollo.

Desde esta perspectiva y según Garbarino y Ganzel (2000) el hábitat de los niños en riesgo incluye la familia, los vecinos y la escuela, pero también aspectos menos cercanos como la geografía, el clima social y el ambiente físico.

En esta aproximación de sistemas se examina el ambiente en cuatro niveles jerarquizados, además del organismo individual que van desde el micro hasta el macrosistema (Bronfenbrenner 1979).

El microsistema “Es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado con características físicas y materiales determinadas” (Bronfenbrenner 1979/1987, pag.41). De esta forma el microsistema más importante para el niño durante la infancia es la familia.

El mesosistema implica la relación entre diferentes contextos o situaciones (microsistemas). “comprende las interacciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente” (Bronfenbrenner 1979/1987, pag.44). El mesosistema es considerado como un sistema de microsistemas y por tanto se ha estimado como el ambiente más importante para los niños en riesgo para efectos de la efectividad en las intervenciones. Los mesosistemas pueden ser las instituciones formales o no formales tales como las estructuras políticas o gubernamentales.

El exosistema incluye las estructuras sociales primarias que influyen en la persona en desarrollo “un exosistema se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona concreta como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo o que se ven afectados por lo que ocurre en el entorno (Bronfenbrenner 1979/1987, pag.44).

El macrosistema “se refiere a las correspondencias en forma y contenido de los sistemas de menor orden que existen o podrían existir, en el plano de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideologías que sustente esta correspondencia” (Bronfenbrenner 1979/1987, pag.45). Así el macrosistema se concibe no sólo en términos estructurales , sino también como portador de información e ideología que imprime significado y motivación a las redes sociales, los roles, las actividades e interacciones.

De acuerdo a Pérez y López (2001) esta concepción del desarrollo implica que lo sujetos no son independientes y que a pesar de sus individualidades desde el punto de vista biológico se comparten experiencias e influencias debidas a su pertenencia a sistemas de más alto nivel tales como la familia, las organizaciones, las comunidades y los periodos históricos. Por este motivo los programas de intervención no pueden ser totalmente comprendidos sin tener información de los distintos niveles de organización social en los que están incluidos el desarrollo y la acción humana.

Modelo Transaccional

Desde el modelo propuesto por Sameroff y Fiesse (1990,2000), el desarrollo del niño se concibe como el producto de las continuas interacciones dinámicas entre las personas y las experiencias proporcionadas por su familia y el contexto social.

El aporte innovador de este modelo es la visión igualitaria de los efectos del niño y el ambiente de modo que las experiencias proporcionadas por el ambiente no se consideran como independientes del niño. El niño puede haber sido un importante determinante de sus experiencias actuales, pero los resultados evolutivos no se pueden describir de forma sistemática sin realizar un análisis de los efectos del ambiente sobre el niño.

De acuerdo con el modelo, los cambios en la conducta son el resultado de una serie de intercambios entre los individuos dentro de un sistema compartido, que siguen unos principios reguladores que pueden ser especificados. Se destaca la multidireccionalidad del cambio, aunque se precisan las fuentes reguladoras del mismo. Examinando las virtudes y los defectos del sistema regulador, pueden identificarse los objetivos que minimizan la cantidad necesaria de intervención y que maximiza su eficacia.

En algunos casos, algunas alteraciones en la conducta del niño pueden ser todo lo que se requiere para restablecer el buen funcionamiento de un sistema evolutivo. En otros casos, los cambios en la percepción que tienen los padres acerca de los hijos puede ser la estrategia de intervención más adecuada. Una tercera categoría son los casos que requieren mejoras en la habilidad de los padres para el cuidado de los hijos. Estas estrategias se han denominado remedio, redefinición y reeducación

Remedio: Es una técnica de intervención diseñada para cambiar al niño, contando con los cambios eventuales que se producen en los padres. El remedio no está dirigido a cambiar a la familia o sus códigos culturales, la meta de la intervención es capacitar al niño para que posteriormente los padres puedan aplicar adecuadamente sus competencias de cuidado.

El remedio generalmente se implementa desde afuera del sistema familiar y mediante un profesional cuya meta es cambiar una condición concreta en el niño, una vez que la condición del niño se ha cambiado la intervención ha completado.

Redefinición: Es una estrategia de intervención indicada cuando los códigos familiares existentes no encajan con la conducta del niño. Las estrategias de redefinición van dirigidas fundamentalmente a facilitar interacciones parentales más apropiadas y son convenientes cuando los padres han definido a su hijo como anormal son incapaces o desconocen las formas de cuidado apropiado.

Finalmente, aunque la redefinición intenta modificar los patrones paternos debidos a percepciones mal adaptadas o experiencias pasadas de paternidad inadecuadas, hay casos en la que los padres no tienen requisitos suficientes para mostrar habilidades suficientes de paternidad. En este caso es necesaria la reeducación.

Reeducación: Está dirigido a los padres que no tienen el conocimiento base para utilizar un código cultural apropiado a la hora de regular el desarrollo de sus hijos.

La intervención en reeducación va dirigida a las familias que presentan deficiencia en alguna habilidad necesaria para un ejercicio correcto de la paternidad. Una vez se ha determinado la forma de intervención (remedio, redefinición, reeducación o una combinación de todas ellas) se debe identificar el nivel de regulación (micro, meso, exo, macrosistema). El modelo transaccional trabaja en este punto, proporciona un marco teórico para identificar los medios de intervención más efectivos, considerando las propiedades sistemáticas del cambio, reconoce además que la intervención centrada en un área puede necesitar además la mediación de otra área.

Todos estos modelos teóricos, proporcionan marcos organizados para el estudio de la evaluación e intervención del desarrollo infantil, cuyos resultados no sólo tienen implicaciones científicas sino que también son relevantes y útiles para la resolución de la necesidades y problemáticas de los niños, desde una perspectiva interdisciplinar y con un enfoque holístico que abarque todos sus dimensiones de desarrollo, e incluya al Estado, la sociedad, la ciencia y una gran variedad de campos aplicados, incluyendo la educación, la epidemiología y la salud, entre otros.

3.1.3 Evaluación del Desarrollo Infantil

Para algunos autores la evaluación ha sido definida como una valiosa herramienta que fundamenta la toma de decisiones. La ejecución del proceso apunta a la consecución de objetivos tales como orientar de forma preventiva, examinar, diagnosticar, intervenir, rehabilitar y reexaminar progresos.

La evaluación del desarrollo infantil puede llevarse a cabo el cumplimiento de uno a varios de los siguientes propósitos:

- Evaluación exploratoria: es una valoración relativamente breve que se realiza para identificar quien: a) reúne los requisitos de idoneidad de ciertos programas, b) padece de algún trastorno o discapacidad que necesita tratamiento o rehabilitación o c) necesita una evaluación más compleja. Las decisiones que se toman con base a la evaluación exploratoria no deben ser permanentes y en consecuencia, tienen que modificarse o profundizarse a conveniencia.
- Evaluación focal o para la resolución de problemas: es una valoración detallada que se hace en determinada área del funcionamiento. La evaluación puede abordar una pregunta de diagnóstico o estar asociada con la valoración de habilidades.
- Evaluación diagnóstica: es una valoración detallada de fortalezas y debilidades del niño o niña en diversas áreas del funcionamiento como: motora, lingüística, cognitiva, afectiva y social. Abarca diversos objetivos incluido el diagnóstico, pues permite determinar el nivel y el tipo de alteración, enfermedad o discapacidad, sugiere pautas para la ubicación e intervención.

- Evaluación de asesoría y rehabilitación: es similar a una evaluación de ubicación o clasificación, salvo por el énfasis que aquella pone en las capacidades que tiene el niño para adaptarse y cumplir adecuadamente con sus responsabilidades cotidianas. En dicha evaluación también se consideran las posibles respuestas al tratamiento y el potencial de recuperación de la persona.
- Evaluación para valorar el progreso: se enfoca en la evaluación diaria, semanal, mensual o anual del niño. Se emplea para evaluar las modificaciones en el desarrollo y las habilidades para valorar la eficacia de los procedimientos de intervención.

La rigurosidad de la evaluación difiere de la simple aplicación de pruebas por la amplitud y aplicabilidad de instrumentos de aplicabilidad clínica como pruebas formales e informales, observaciones y entrevistas; el énfasis reside no sólo en la recopilación de datos y síntesis de los resultados, sino también en dar sentido a los hallazgos en el contexto de la vida del examinado a través del razonamiento clínico.

Métodos de Evaluación

Para que el niño logre todo su potencial de desarrollo es necesario estar atento a su evolución normal y a los factores que puedan intervenir en esta evolución. Por lo tanto, es necesario el seguimiento no solo de los familiares, sino también de los profesionales que pueden ayudar en la identificación de las alteraciones, refiriéndolas lo antes posible para su tratamiento.

A continuación se describen cuatro pilares sobre los cuales se erige el proceso de evaluación:

Pruebas con referencia a la norma:

Estas cuantifican en cierta medida el funcionamiento del niño en todas las áreas de desarrollo. La cuantificación (asignar medidas numéricas a las respuestas) es útil para diversos fines incluyendo: las descripción del desempeño actual en relación a los percentiles establecidos como normales, identificar fortalezas y debilidades en el desarrollo, establecer estándares individuales para la valoración de progresos durante y después del tratamiento o intervención.

Entrevistas:

La entrevista permite obtener información útil de la evaluación de las propias palabras de los entrevistados, a la que no es posible acceder a través de pruebas estandarizadas; con este propósito es de gran utilidad llevarla a cabo con el niño, cuidadores y maestros, así como otras personas que desempeñen un rol significativo en la vida del niño.

Las entrevistas pueden ser no estructuradas, semiestructuradas y estructuradas. En el caso de las dos primeras son menos rigurosas que las pruebas formales, la diferencia radica en el caso de las no estructuradas en que suelen ser abiertas sin un formato establecido previamente, las semiestructuradas por su parte puede aplicarse con un enfoque determinado para el cual se construye un listado de preguntas. Las de tipo estructurado se aplican para obtener un diagnóstico, para lo cual es necesario diseñar un formato de preguntas riguroso y completo.

Observaciones:

Observar al niño, en el proceso formal de la evaluación así como en sus entornos naturales (escuela, hogar, grupo de amigos), permite ampliar la visión del niño y de los espacios donde se desenvuelve, esta información puede ser utilizada para brindar recomendaciones para la recuperación y el tratamiento dirigido a padres, maestros y cuidadores.

La observación directa del comportamiento del niño, permite centrarse en un comportamiento en particular u objetivo específico, determinar frecuencia, duración y características del comportamiento.

Las observaciones en entornos naturales, ayuda a conocer la respuesta del niño en situaciones que exigen planeación, toma de decisiones, memoria y funciones corporales.

Estas acciones permitirán identificar factores que contribuyen y refuerzan comportamientos problemáticos y que pueden resultar útiles para planear las intervenciones. Las observaciones de los cuidadores en diversos entornos y distintos momentos del día pueden ser benéficos para crear planes de tratamiento orientados hacia algún objetivo.

Pruebas informales:

Los procesos de evaluación basados en las pruebas estandarizadas que hacen referencia a la norma, pueden complementarse con procedimientos informales como:

- Pruebas de lenguaje escrito
- Exámenes fónicos o de velocidad de lectura
- Registros escolares anteriores y actuales
- Documentos personales (como diarios, poemas etc)
- Role placing.

Para que el proceso de evaluación se lleve a cabo de manera adecuada los equipos de salud deben orientar a los niños, sus familias y comunidades a través de guías y normas basadas en la evidencia científica que promueven la apropiación de estilos de vida saludables, ambientes sanos y cuidados básicos de la salud.

3.1.4 La Evaluación del desarrollo infantil como política de estado

En Colombia, la evaluación del Desarrollo Infantil está considerada en las políticas de salud vigentes, cuyos objetivos se encuentran orientados a producir cambios significativos en los principales indicadores de salud de la población infantil, como medio para mejorar las condiciones de vida y de salud.

El fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud es considerada una Política de Estado; en razón de ello el programa de Crecimiento y Desarrollo fue impulsado con especial énfasis después de Alma Ata como estrategia para promover la supervivencia infantil. Desde esa época ha tenido dos componentes básicos. Uno de prevención, centrado en la educación sobre el manejo adecuado y oportuno de las enfermedades prevalentes en la infancia temprana y sobre otros aspectos de puericultura como higiene, nutrición, lactancia materna, el desarrollo emocional y social, entre otros. El segundo componente está dirigido a detectar y corregir oportunamente las alteraciones del crecimiento y desarrollo.

Con la resolución 0412 de 2000, el Ministerio de Salud reglamenta las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud y al interior de la reestructuración del sistema de salud, se le ha dado el nombre de “Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 años”, e incluido en el Plan Obligatorio de Salud – POS -, como un servicio de salud fundamental para “ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades” y para “disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables” tal como se propone en los objetivos de las normas técnicas del Ministerio de Salud (2000).

La atención integral a todo niño sano menor de 10 años, que comprende la vigilancia y acompañamiento de su proceso de crecimiento y desarrollo y la detección temprana e intervención oportuna de problemas y factores de riesgo, se

constituyen en una acción altamente costo eficiente, que contribuye a lograr una sociedad más justa y equitativa.

Se trata así, de intervenciones oportunas, resolutivas, seguras, eficientes y pertinentes al alcance de todos los niños y niñas, realizadas de manera continua por profesionales de la salud debidamente capacitados en el tema del crecimiento y desarrollo y con el compromiso de trabajar en equipo. (De acuerdo a la legislación. Decreto 23 del 09 2002)

Además de la obligatoriedad administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar la protección y el mantenimiento de la salud de los niños y niñas menores de diez años.

Idealmente la inscripción para la valoración del crecimiento y desarrollo debe hacerse desde el nacimiento e iniciarse desde el primer mes de vida, sin embargo, si esto no se logra, se debe realizar en el menor tiempo posible a cualquier edad y siguiendo el esquema definido en esta norma. Se deben hacer intervenciones en edades claves del crecimiento y desarrollo; brindar a los niños, a las niñas y a sus familias, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso.

Los controles periódicos permiten vigilar la salud física, el desarrollo del niño, evaluar que se establezca el vínculo entre padres e hijos y ofrecer una excelente oportunidad para facilitar confianza y participación activa de ambos. Permitiendo de esta manera mejorar el bienestar, corregir conceptos, optimizar el funcionamiento familiar y promover la realización de los potenciales de la familia. Además los controles permiten observar y detectar factores de riesgo involucrados en el desarrollo de futuras enfermedades crónicas del adulto, que están presentes desde edades tempranas y pueden ser modificados con mayor facilidad en los primeros años.

3.2 FORMACION DEL FISIOTERAPEUTA

3.2.1 Formación del fisioterapeuta en América latina Y Colombia

En América Latina la profesión de Fisioterapia / Kinesiología está institucionalizada para su enseñanza desde 1922, en la Universidad de Buenos Aires, república de Argentina. En los otros países de la región, la profesión se institucionaliza a mitad del siglo. El proceso de creación mantuvo un ritmo secuencial hasta la década de los 90, a partir de la cual se observa un marcado incremento en su número, hoy en día la región cuenta con más de 68 facultades, en las cuales el proceso de formación fluctúa entre 3 y 5 años, siendo ésta última duración la más frecuente. En la región coexisten los niveles técnico, tecnológico y universitario, siendo este último el más frecuente.

Todos los programas de formación son presenciales y el 90% funciona en jornada diurna. En cuanto a la estructura curricular se distinguen en la región al menos tres clases de actividades pedagógicas: teóricas, prácticas y la práctica profesional; de las áreas de formación, aunque la organización interna es variada, se han concertado cuatro áreas básicas: área de ciencias Físico – naturales, área social humanística, área disciplinar profesional y el área metodológica – investigativa.

La práctica profesional refiere los siguientes campos de desempeño profesional: Prevención, recuperación y rehabilitación y promoción, en algunos casos se referencian además campos como Educación, salud ocupacional, Administración y deporte.

En la actualidad las comunidades profesionales de cada uno de los países se encuentran organizadas y debidamente reconocidas por el Estado. La visión corporativa ha sido una característica de los fisioterapeutas y Kinesiólogos latinoamericanos, evidenciada en la temprana conformación de la Confederación

Latinoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, CLAFK, como un estamento de cohesión y cooperación permanente entre los países de la región. Esta condición fue determinante para la regionalización de la Confederación Mundial.

En la región ha existido una preocupación permanente por los procesos formativos, ya que se parte del convencimiento de que la comunidad profesional se gesta en las aulas y es allí donde se deben centrar los esfuerzos para lograr la comunidad profesional que se desea tener. Es así como se ha buscado diagnosticar la formación académica y elaborar propuestas de currículos mínimos para la región; de estos procesos se ha podido concluir que existe una gran heterogeneidad en los conceptos básicos utilizados al interior de la profesión en cuanto a los procesos curriculares, demostrando la necesidad de establecer una terminología común al interior de la profesión.

La Fisioterapia surge en Colombia en el año de 1.952, con la creación del primer programa académico de Fisioterapia en la Escuela Nacional de Fisioterapia, actual Escuela colombiana de Rehabilitación (Sarmiento-Cruz, 2004).

El 5 de diciembre de 1953, después del acto de graduación de la primera promoción de fisioterapeutas, se declara formalmente fundada la Asociación colombiana de Fisioterapia, ASCOFI, como entidad gremial que apunta a hacer conocer y respetar la nueva profesión en el país.

En 1.954 mediante el decreto 1056 se reglamenta el ejercicio de la profesión y en 1.976 mediante la ley 9 se determina su carácter Universitario. Sin embargo es hasta 1.999, mediante la ley 528 en que la fisioterapia se consolida como una “profesión liberal, del área de la Salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en que se desenvuelven”. (Ley 528, 1999).

La Ley 528 que reglamenta el ejercicio de la profesión en fisioterapia considera de vital importancia que todos los programas de formación de fisioterapeutas al menos tengan el referente de las competencias básicas, para que los nuevos profesionales que salgan a producir impacto en la sociedad lo hagan de forma competente en pro de la profesión de fisioterapia. Igualmente esta Ley permite al fisioterapeuta: profundizar argumentos científicos; argumentar modelos de evaluación, diagnóstico e intervención; desarrollar tecnologías propias.

En Colombia actualmente se cuenta con casi 30 programas oficialmente reconocidos, que ofrecen formación a nivel universitario, la duración de los programas oscila entre los 8 y 10 semestres, siendo mayor el promedio superior a 8 semestres. Aunque se observa una alta heterogeneidad en los planes de estudio de los programas de fisioterapia en Colombia, en términos generales los promedios con respecto a duración e intensidades guardan estrecha relación con los promedios hallados en América Latina.

3.2.2 Formación del profesional en Fisioterapia en la Universidad Santiago de Cali

El programa tiene una estructura curricular expresada en 174 créditos. Los créditos se distribuyen en dos (2) ciclos de formación, el básico y el profesional que significan etapas ligadas al desarrollo por niveles de las competencias de los estudiantes, y que permite avanzar coherentemente en la formación integral del estudiante en el tiempo.

El ciclo básico propicia las condiciones para el desarrollo de la sensibilidad en lo estético, las humanidades, lo tecnológico, lo científico natural, lo matemático, lo social, de tal modo que garantice la formación académica básica e integral. A la vez, debe proporcionar el dominio y uso de los conceptos, métodos y operaciones en uno o diversos campos del saber.

Se enfatiza en la intencionalidad del Proyecto Educativo la formación del ser humano, aquí se busca el cambio del estudiante como persona, su actitud sensible ante la realidad social, se forme en la lectura, la escritura, el razonamiento, el análisis, la investigación y un segundo idioma, el que le permitirá el contacto con la globalización actual. Además, se proporcionan los fundamentos para que comprenda el movimiento corporal humano como un sistema natural.

El ciclo profesional por su parte debe hacer énfasis en a) los aspectos instrumentales, conceptuales y metodológicos de la formación profesional ; b) en los sistemas de referencia teóricos deben ser relativamente abiertos y flexibles; c) va dirigido a la formación teórico-práctica.

Distribución porcentual por ciclos con base al número de créditos y cursos para cada ciclo en el programa de Fisioterapia de la Universidad Santiago de Cali es la expresada de acuerdo a la información suministrada en la tabla 1.

Ciclos de formación del Programa

Ciclos del Programa	Créditos	% Créditos	Cursos %	Cursos %
Básico	71	41%	22	49%
Profesional	103	59%	24	51%
Total	174	100%	46	100%

Tabla 1. Ciclos Formación Programa Fisioterapia USC 2009

3.2.3 Prácticas Formativas Profesionales

El ejercicio de la Fisioterapia está inmerso en la evolución histórica de los procesos de salud - enfermedad y en contexto con la realidad social, política y

económica del país, acorde con la reglamentación propuesta en la ley 528 de 1999”, a través de la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión en Colombia” y de conformidad con su artículo 2 “El ejercicio de la fisioterapia impone responsabilidades frente al desarrollo social y comunitario. Por tanto las acciones del fisioterapeuta se orientan no solo en el ámbito individual de su ejercicio profesional sino hacia el análisis del impacto de éste en el orden social.”

Es por esta razón que la Universidad Santiago de Cali, articula no solo las normas legales vigentes en los contextos anteriormente expuestos, sino también sus principios institucionales para proporcionar espacios de desempeño laboral a través de sus prácticas dirigidas en conformidad con lo planteado en el artículo 7(estatutos generales) Acuerdo No Consejo Superior 03 de 2.003.

La Universidad Santiago de Cali, fiel a su trayectoria y consciente de sus compromisos con el entorno y la sociedad, enfatiza y profundiza la formación científica, humanística, la cual contribuye a la formación de seres autónomos y competitivos que sean pioneros de la integración cultural, política social económica e intelectual en el Sur Occidente colombiano.

Definición:

La práctica se concibe como el espacio académico para la formación integral del estudiante, donde aplica sus conocimientos y los contextualiza en la comunidad, con el fin de desarrollar sus potencialidades y competencias a través de experiencias humanas y profesionales en la solución de problemas.

Los escenarios de práctica pueden ser:

Intramurales: Son las prácticas que realiza el estudiante al interior de la USC durante el calendario fijado por el Consejo académico.

Extramurales: Son las practicas que realizan los estudiantes fuera de la USC en Instituciones Hospitalarias y en otros espacios comunitarios (instituciones

educativas, guardería, ancianatos, instituciones para educación especial y fundaciones entre otros), que se rigen por los convenios Docente Asistenciales según las necesidades de cada Programa.

Ubicación dentro del plan de estudios

Las prácticas formativas se integran dentro del área profesionalizante. En el actual plan de estudios del programa se han estructurado tres niveles de práctica formativa

Nivel I: corresponde a las prácticas obligatorias, enmarcadas dentro del ciclo vital

Nivel II: corresponde a las prácticas electivas con las que pretenden complementar, integrar y diversificar la formación del profesional en Fisioterapia.

Nivel III: corresponde a las prácticas de profundización de acuerdo a los énfasis que ofrece el programa.

Las prácticas formativas profesionales tienen como propósito articularse con la política de salud pública en la ejecución de las siguientes acciones: Promoción de la Salud y Calidad de Vida, Prevención del Riesgo, Recuperación y Superación del Daño, Vigilancia en Salud e Investigación en instituciones de salud de todos los niveles de complejidad, aportando al desarrollo humano y a la calidad de vida de las comunidades.

Duración y Obligatoriedad de las Prácticas

Para obtener el título profesional el estudiante entre séptimo y décimo semestre deberá realizar cuatro prácticas obligatorias, tres electivas y una práctica de profundización.

Las prácticas formativas profesionales tendrán una duración de ocho semanas, la intensidad horaria varía de acuerdo al nivel de complejidad.

- Horas semanales: en electivas: 16, obligatorias: 32, profundización: 24
- Horas semestrales: electivas: 144, obligatorias: 288, profundización: 216

Obligatorias	Electivas	Profundización
Proyección Comunitaria y Ocupacional Infancia Y Adolescencia Adulto Adulto Mayor	Psicomotricidad Neonatología Hipoterapia Acondicionamiento Físico Ergonomía Rehabilitación de Amputados Deporte Adaptado Evaluación y Diagnóstico Clínico Osteoartromuscular. Deporte de Alto Rendimiento Rehabilitación Cardíaca. Fundamentos Básicos en UCI	Salud Pública Rehabilitación en Deporte Adaptado. Rehabilitación de Columna Vigilancia en Factores de Riesgo Ergonómico Manejo Avanzado del paciente en UCI Manejo Integral del Niño Rehabilitación Deportiva

- **Tabla 2. Ubicación de Prácticas Formativas, dentro del plan del programa de Fisioterapia USC 2009**

Aspecto Legal

La relación docencia–servicio en las prácticas formativas de la Universidad Santiago de Cali se fundamenta en el siguiente marco legal:

Decreto 1889 de 1992 por el cual se crea el consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud; el decreto 190 de 1996 por el cual se

reglamenta la relación Docente-Asistencial en el sistema General de seguridad Social en salud.

El decreto 2309 de 2002 por el cual se creas el sistema obligatorio de Garantía Calidad de la Atención de Salud en el SGSSS; el decreto 2566 de 2003 por el cual se establecen los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud.

El acuerdo 003 de 2003 por el cual se adoptan los criterios de evaluación y verificación de los convenios docente asistenciales necesarios para desarrollar los Programas de pregrado o postgrado en el área de la salud.

En el año 2008, el Consejo Asesor de programa Fisioterapia de la Universidad Santiago de Cali, en el ejercicio de sus atribuciones estatutarias, reglamenta las practicas formativas del Programa de Fisioterapia que se desarrolla en la Universidad Santiago de Cali ofrecido en la Facultad de Salud y que de conformidad con lo indicado en el literal c) del artículo 29, del estatuto general, es función del Concejo Superior aprobar y expedir los reglamentos que sean necesarios para el buen funcionamiento de la Universidad.

3.3 FISIOTERAPIA Y LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL

En fisioterapia las acciones de atención a la población infantil se encuentran inmersas en el área de la fisioterapia pediátrica. La Asociación Americana de Fisioterapia (APTA) ha definido la fisioterapia pediátrica como el desempeño del fisioterapeuta con niños, adolescentes, su familia en el medio ambiente donde se desenvuelven, para identificar su máximo potencial cinético en las esferas de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

El objetivo es que cada niño y adolescente pueda desempeñarse de manera independiente y funcional en su rol académico, familiar y social. Para tal propósito el fisioterapeuta a través de su comprensión y manejo del movimiento corporal humano realizará actividades de valoración, diagnóstico, planeación, intervención y evaluación (Pediatricapta, 2010).

La formación del fisioterapeuta en evaluación del desarrollo infantil, ha sido definido en la actualidad por la Asociación Española de Fisioterapia Pediátrica como una actividad en la que normalmente utilizan escalas motrices y test funcionales para observar y registrar el nivel de desarrollo de los niños en relación a la edad cronológica (SEFIP, 2010).

Para esta Asociación en España las evaluaciones pueden llevarse a cabo en el cumplimiento de uno o varios de los siguientes objetivos:

- ofrecer una particularidad para una población determinada, patología o disfunción en particular,
- planificar o determinar la eficacia de un abordaje terapéutico particular y/o hacer un registro básico útil para una investigación.
- ofrecer un registro de maduración global de diferentes áreas.
- Valorar aspectos básicos de la motricidad gruesa y/o fina
- realizar un seguimiento del estado músculo-esquelético del niño en su crecimiento.

Cualquiera que sea el objeto de la evaluación se insiste en la necesidad de realizarla de manera continua, comprensible y coordinada incorporando los nuevos conceptos del desarrollo humano. Alude además a la necesidad de implementarla dentro de un enfoque interdisciplinario y dinámico, ya que la valoración es un proceso complejo que determina las capacidades o déficit del niño involucrando todas las áreas del desarrollo.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo cualitativo con un alcance descriptivo-interpretativo, con el cual se pretendió acceder a los significados, valores e intereses de los estudiantes de fisioterapia en correspondencia con la realización de las actividades de Evaluación del Desarrollo Infantil en el contexto de formación analizado.

Tomando como referente la Matriz de Yin (1994) para la selección del método en investigación social según las características del problema de interés, se optó por el método de caso que implica un examen de un fenómeno específico, como un programa, un evento, una persona, una institución o un grupo social, seleccionado por ser intrínsecamente interesante y que es estudiado a través de unidades complejas compuestas de múltiples variables de potencial importancia para obtener la máxima comprensión del fenómeno investigado.

Los resultados derivados de esta investigación no permiten generalizar sus conclusiones a toda la población de educación superior en la formación de fisioterapeutas. El método de caso propone la generalización y la inferencia “hacia la teoría” y no hacia otros casos.

“En la inferencia lógica (que algunos llaman científica o causal), el investigador postula o descubre relaciones entre características, en el marco de un esquema conceptual explicativo. La relevancia del caso y su generalización no provienen, entonces, del lado estadístico, sino del lado lógico: las características del estudio de caso se extienden a otros casos por la fortaleza del razonamiento explicativo”. (Yacuzzi, 2005)

La investigación se efectuará en cinco instituciones que conforman la rotación de Infancia y Adolescencia las cuales poseen características y dinámicas diferentes. En este punto es importante señalar que la intención del estudio no fue comparar los escenarios, la intención fue recopilar una amplia variedad de factores y condiciones con lo que se logrará una mayor comprensión del fenómeno.

Para la selección de las instituciones, no se efectuó un proceso de muestreo con la intención de obtener algún tipo de representatividad. Se optó entonces por una orientación que enriqueciera al máximo la posibilidad de cualificar las actividades de evaluación del desarrollo infantil en el caso de la universidad Santiago de Cali.

4.2 EL CASO ANALIZADO

Los criterios para la selección del caso han sido fundamentalmente dos:

El primero es que los estudiantes de práctica intervengan en los tres niveles de atención. El segundo es que las actividades realizadas en las instituciones involucren a niños² con discapacidad y sin discapacidad.

Teniendo en cuenta estos criterios se seleccionó la Universidad Santiago de Cali; el enfoque humanístico-Social del programa de fisioterapia de la mencionada institución educativa provee una visión integradora de sus sujetos de atención; por medio de la interacción comunitaria, permite adelantar acciones de evaluación e intervención en los distintos contextos de desarrollo de los niños y adolescentes.

La variedad de escenarios que integran la Práctica Formativa de Infancia y Adolescencia amplían el radio de acción a otras dimensiones del desarrollo infantil allende al enfoque clínico asistencial y a la atención del niño con retraso en el

² En este documento el término niños incluye también a las niñas

desarrollo psicomotor o la discapacidad infantil, aspectos en los que tradicionalmente se centra la atención en fisioterapia pediátrica:

Instituto de Niños Ciegos y Sordos del valle

Institución sin ánimo de lucro, ofrece servicios de rehabilitación y formación académica formal en niños con déficit, visual, auditivo y multipleimpedimento.

Hospital San Juan de Dios

IPS privada sin ánimo de lucro del nivel II de atención que presta servicios de salud a la población Vallecaucana y de la región del sur occidente Colombiano.

Hospital Universitario del valle: Evaristo García

Hospital de III nivel de atención que presta servicios de alta complejidad, a través de sus Unidades Estratégicas de Servicios a la población vallecaucana y el sur occidente Colombiano.

Jardín Baby Life:

Institución privada que ofrece servicios de guardería y educación formal hasta transición.

Campus Pampalinda de la universidad Santiago de Cali

Escenarios deportivos donde se congregan niños y adolescentes en condición de discapacidad para realizar entrenamientos de deporte adaptado a nivel recreativo y alto rendimiento.

Para este estudio se realizó un muestreo intencional y no estadístico. La muestra fue seleccionada en función de que los sujetos participantes pudieran dar cuenta de las múltiples dimensiones que integran la realidad de las prácticas de evaluación del desarrollo infantil en la formación de fisioterapeutas.

4.3 UNIDAD DE TRABAJO

La unidad de trabajo la conformaron ocho estudiantes de décimo semestre que integraron la Práctica Formativa de Infancia y Adolescencia durante el periodo académico 2009 A2³, en las instituciones seleccionadas.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó mediante las siguientes técnicas:

- **Observación Directa de las Actividades de Evaluación:** Estas observaciones tuvieron como objeto recolectar información de la realización de las actividades de los estudiantes en los contextos de intervención, tal como se presentan las situaciones durante la evaluación de los niños y adolescentes.

Se diseñó y aplicó una guía de observación con el objeto de focalizar la atención en patrones de búsqueda. (Anexo 1) las sesiones fueron grabadas y complementariamente se llevó un diario de campo, donde se consignaron datos, que no pudieron ser captados en la filmación, pero también se incluyeron reflexiones y hallazgos considerados relevantes en cada una de las sesiones. En una etapa posterior el registro de los diarios de campo fueron transcritos en textos planos cuyo producto final fue un texto descriptivo de las situaciones observadas.

Se realizaron diez observaciones de tipo no participante en los cinco escenarios donde se adelanta la Práctica Formativa de Infancia y Adolescencia, las cuales fueron llevadas a cabo de la siguiente manera:

³ En la Universidad Santiago de Cali, las Prácticas Formativas tienen una duración de 9 semanas. Esto permite la realización de dos rotaciones por semestre. El término 2009 A2, significa que es la primera práctica efectuada en el primer semestre del año 2009

- Instituto de Niños Ciegos y Sordos: dos observaciones
- Hospital San Juan de Dios: dos observaciones
- Hospital Universitario del Valle: dos observaciones
- Universidad USC: dos observaciones
- Jardín Infantil Baby Life: dos observaciones

Todas las observaciones se realizaron en las horas de la mañana y se permaneció en cada lugar durante todo el proceso de atención que llevó a cabo cada uno de los sujetos involucrados en la investigación.

Estas actividades fueron programadas los días lunes, martes, jueves, viernes y sábados para abarcar el total de los horarios en los que se realiza la Práctica de Infancia y Adolescencia y cubrir enteramente los escenarios.

Los miércoles no fueron incluidos, pues este día los estudiantes no asisten a los escenarios de práctica para cumplir otras actividades académicas en la Universidad.

Con el objeto de favorecer la recolección de información mediante la observación no participante se realizaron de manera frecuente visitas previas para reconocer los horarios de atención, para informar la presencia del observador y favorecer espacios de confianza que no alteraran el normal desarrollo de las actividades, pues en primera instancia se notó algo de nerviosismo en los estudiantes quienes asumían la presencia y actividades del investigador como funciones docentes con fines de calificación sobre su desempeño.

Los sujetos observados fueron los mismos estudiantes que posteriormente fueron entrevistados.

- **Entrevista individual estructurada:**

El objetivo de las entrevistas fue proporcionar entendimiento explícito verbal del tema desde la perspectiva del entrevistado para obtener descripciones de actitudes, conocimientos, opiniones o factores condicionantes que subyacen en las actividades de evaluación del desarrollo infantil.

Para la realización de las entrevistas se elaboró una guía de preguntas abiertas. (Anexo 2) Este cuestionario permitió cumplir varias funciones como cubrir todo el tema, cuidar el itinerario requerido y permitió al investigador prestar toda la atención al testimonio del entrevistado tal como lo explica Mc Craken (1988).

La guía incluyó los siguientes tópicos:

- Concepto de desarrollo infantil
- Utilidad de la evaluación del desarrollo infantil
- Instrumentos de evaluación del desarrollo Infantil
- Conocimientos en fisioterapia para la evaluación del desarrollo infantil
- Registro de información de las actividades evaluación del desarrollo infantil
- Aspectos que condicionan la evaluación del desarrollo infantil
- Conocimiento de programas y disposiciones legales para la evaluación y seguimiento del desarrollo infantil.
- Propuesta para mejorar la actividad de evaluación del desarrollo infantil.

No obstante, el enfoque con el que se asumió el instrumento en esta investigación, permitió con cada pregunta explorar otros aspectos no estructurados derivados de las respuestas del entrevistado.

Las entrevistas se realizaron de forma individual, para favorecer el acercamiento personal y resguardar la información referida por cada entrevistado.

Con cada estudiante se concertó una fecha y hora para realizar las entrevistas, no se realizaron dentro de los escenarios de la rotación para evitar interrupciones y distractores negativos que afecten el libre desarrollo de la actividad, pues la mayoría de estos espacios son abiertos y se utilizan de manera concomitante con otros estudiantes y el personal de las instituciones.

Cada entrevista fue filmada; esta estrategia viabilizó no sólo el registro de las ideas, sino también el contexto en el que esas ideas aparecían. De igual forma se anotaron en el diario de campo aspectos como el lenguaje gestual, así como las impresiones y reflexiones generadas durante la entrevista.

En una etapa posterior fueron transcritas en textos planos respetando las expresiones y respuestas textuales.

- **Análisis documental:**

El análisis de los documentos escritos se desarrolló, con la intención de rastrear información escrita sobre la función del fisioterapeuta en la evaluación del desarrollo infantil y la explicitación de sus actividades en el equipo de salud. Aspectos contemplados para los registros de estas actividades y las que realmente registran los evaluadores.

Para lograr este cometido se elaboró una guía de análisis que fue aplicada a los siguientes documentos (Anexo 3):

Evaluación de la Calidad Superior en Fisioterapia ECAES (2004), Guía Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 años, Guía para la Detección Temprana de

Alteraciones del Desarrollo de 10 a 29 años y registros realizados en Historias clínicas y formatos de evaluación.

4.4 MARCO ANALITICO

En la figura 1 se presentan los factores que afectan positiva o negativamente las prácticas evaluativas del desarrollo infantil. Estos factores pueden agruparse en tres grandes categorías: La Ejecución Operativa de las actividades de evaluación, las Concepciones que tienen los actores y el Contexto. Los mencionados factores determinan la forma como se llevan las evaluaciones (metodología) y los resultados obtenidos en las mismas. Esta visión permitió la construcción de un marco analítico que guió la recolección y análisis de la información por medio de técnicas e instrumentos propios de los estudios interpretativos como: observación directa, entrevista individual estructurada y análisis documental.



FIGURA 1. MARCO ANALITICO

En la presente investigación los criterios de rigor científico está determinado por:

- Credibilidad (Validez interna): estuvo dada por la verdad que reside en los hallazgos del estudio.
- Dependencia (Fiabilidad): en esta investigación ha quedado invalidada por ser un estudio interpretativo.
- Confirmabilidad (Objetividad): los procesos de triangulación redujeron los sesgos generados en este estudio.
- Aplicabilidad (Validez externa): la información de tipo descriptiva contenida en este documento que permite el acercamiento de la realidad del objeto de estudio, posibilita transferir los procesos y resultados de esta investigación a otros casos diferentes al investigado

Con el objeto de favorecer la validez interna, se realizaron procesos de triangulación en la recolección de datos y el análisis de la información, como herramienta para explicar las convergencias y diferencias de los enfoques de análisis, percepciones y descripciones obtenidas desde cada perspectiva.

En este estudio se consideró realizar las siguientes triangulaciones:

- Triangulación de técnicas: análisis documental/observación directa/entrevistas.
- Triangulación de Información de sujetos: se tuvieron en cuenta informes provenientes de los distintos entrevistados.

Las diversas perspectivas e interpretaciones de los distintos sujetos, así como el contraste de las entrevistas, observación y análisis documental

favorecieron la veracidad de sus coincidencias y contradicciones y permitiendo la credibilidad del estudio.

4.7 ASPECTOS ETICOS

De acuerdo a Resolución No 008430 De 1993 Por La Cual El Ministerio De Salud De La República De Colombia, que establece las normas científicas, técnicas Y administrativas para la investigación en salud esta investigación se clasifica como: Investigación sin Riesgo, por el tipo de técnicas y métodos utilizados en el estudio.

Para llevar a cabo esta investigación, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos éticos, con la intención de garantizar el respeto por las personas participantes y las instituciones:

- La participación de los estudiantes, fue voluntaria. La investigación, los objetivos y los instrumentos de recolección de datos fueron presentados, se resolvieron inquietudes y se preguntó al colectivo su deseo de hacer parte del estudio. La respuesta fue positiva y se obtuvieron consentimientos informados por escrito.
- Se enfatizó a los participantes que su participación no tendría repercusiones sobre la evaluación de su desempeño académico en la rotación.
- Se garantizó a los participantes la completa confidencialidad de su identidad personal y la información obtenida, por este motivo no se utilizaron sus nombres.
- En el momento de la presentación se resaltó el beneficio de esta investigación para la academia, la atención y la investigación en el ejercicio profesional de la fisioterapia.

5. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El análisis se hizo siguiendo el marco analítico propuesto. La validez e interpretación de los resultados se hizo por triangulación de técnicas y fuentes, tal como se puede observar en el apartado de técnicas e instrumentos de recolección de la información.

A continuación se presenta el desarrollo de cada una de las categorías

5.1 PRACTICA EVALUATIVA

Como resultado de las características de cada escenario, se encuentran variaciones en la estructuración y organización de las intervenciones y por ende de las actividades de evaluación. Razón por la cual, se hará una descripción de sus diferentes componentes.

Una de las variaciones observadas es la forma como son remitidos los niños a fisioterapia. Esta condición influye en el número de evaluaciones que se realizan en cada uno de los escenarios; pues mientras en una de las instituciones los niños deben esperar que les sea asignado un turno, en dos de ellas se determinan cursos completos de niños para ser evaluados.

En el hospital de tercer nivel de atención por ejemplo, los niños que ingresan al servicio son remitidos por especialistas como ortopedistas y fisiatras quienes los han diagnosticado con Retraso del Desarrollo Psicomotor, por lo general asociado a algún tipo de discapacidad.

Para acceder al servicio, el cuidador debe dirigirse con la orden médica al personal administrativo de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, para preguntar por la disponibilidad de turnos, si la respuesta es positiva se fija la fecha de inicio, hora y estudiante a cargo.

Estos datos son anotados en la carpeta de turnos, en ella cada estudiante tiene asignado tres turnos por día. Esto sugiere la posibilidad de realizar tres evaluaciones por día cuando ingresan pacientes nuevos; cuando los turnos de la agenda se encuentran copados, los usuarios que solicitan turno en la unidad son registrados en lista de espera y contactados de manera posterior en la medida que se vayan egresando usuarios del servicio.

En el jardín infantil y en Instituto de Niños Ciegos y Sordos las intervenciones se realizan en cursos completos por mes, en esta modalidad se interviene cada niño de manera individual para no interferir con las actividades académicas. En este caso y dependiendo del número de niños de cada curso, un estudiante puede hacer dos o tres evaluaciones por día.

En la atención a neonatos estos, se evalúan junto a su madre en las tres salas de puerperio con las que cuenta el hospital. En ellas los estudiantes toman las historias clínicas y evalúan a todos los niños que cumplan con los siguientes criterios: que su función cardiorespiratoria y hemodinámica se encuentre estable y que hayan cumplido 8 horas de nacidos⁴, por este motivo el número de evaluaciones que se llevan a cabo por día es inconstante, en promedio un estudiantes pueden evaluar de cuatro a cinco neonatos.

⁴ La etapa de la vida extrauterina correspondiente al primer mes, se la conoce como el periodo neonatal, periodo crítico por excelencia, debido a las connotaciones de un organismo inmaduro. Se espera que el recién nacido cumpla ocho horas de vida, tiempo suficiente para que se supere el shock del nacimiento”. Después de este momento las evaluaciones pueden reflejar de manera más fiable proceso de adaptación de todos sus órganos y sistemas.

Para los adolescentes en condición de discapacidad que practican deporte adaptado, como requisito de ingreso al programa de entrenamiento, todos deben ser evaluados en la primera fecha de asistencia, donde se hace una clasificación de cada uno de ellos de acuerdo al nivel de afectación en términos de deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación social.⁵

5.1.1 Espacio físico y recursos

El espacio físico también presenta diferencias importantes. Uno de los escenarios presenta 3 consultorios amplios, con adaptaciones que aseguran el acceso y movilidad de personas en condición de discapacidad como rampas y barras de soporte en las paredes, no obstante las puertas son giratorias y deben ser manipuladas por los acompañantes o terapeutas para permitir el ingreso de los niños y niñas que tiene dificultades en el uso de las manos o que se desplazan en silla de ruedas.

Este espacio está especialmente dotado con todos los recursos para la realización de las actividades incluidas decoración, juguetes y aire acondicionado. La dificultad de este escenario está representada por las frecuentes interrupciones de estudiantes de otras universidades quienes de manera alterna utilizan los espacios y recursos disponibles.

En otro caso las actividades se hacen en un consultorio, amplio pero con dificultades de iluminación y ventilación; por esta razón deben permanecer encendidos la luz y un ventilador de techo, aún en horas de la mañana que es el momento del día cuando se hacen las intervenciones.

⁵ Esta clasificación se realiza de acuerdo a los criterios de la CP-ISRA Cerebral Palsy International Sports & Recreation Association los cuales determinan si una persona en condición de discapacidad es apta o no para la práctica deportiva. Los participantes aptos, deben tener un diagnóstico de lesión cerebral no progresiva con disfunción locomotriz del tipo de parálisis cerebral, lesión cerebral traumática, ataque cerebral (apoplejía) o condiciones similares.

El tercer escenario no cuenta con un espacio designado para las intervenciones, por eso deben hacerse adaptaciones temporales, en un salón de clases donde no se dispone de los recursos necesarios. Los estudiantes como parte de su dotación deben llevar cinta métrica que se utiliza de diferentes formas de acuerdo a la medición a realizar (para lo toma de la talla la cinta es ajustada a una de las paredes), así como juguetes de diferentes tamaños, colores y texturas. El sitio cuenta con una balanza de pie con lo cual se complementan las evaluaciones.

Otro de los espacios dispuestos para la realización de las evaluaciones, es muy reducido con poca ventilación e iluminación; cuenta con una ventana de aproximadamente 1.20 metros por 1 metro, por tanto el ventilador de techo como la luz permanecen encendidos todo el tiempo para compensar las deficiencias anteriormente descritas. Una dificultad adicional de este escenario es que aunque tiene rampa para que puedan acceder a él los niños y niñas en silla de ruedas, el marco de la puerta de acceso al consultorio es muy estrecha lo que obliga a dejar las sillas por fuera y por este motivo los niños y niñas ingresan en brazos de los cuidadores o los EF.

En el último centro de atención las evaluaciones se llevan a cabo en las salas del hospital (a manera de interconsulta). Por tanto los estudiantes deben llevar sus propios instrumentos de evaluación y aplicar los formatos al recién nacido en la cama donde reposa la madre.

En todos los escenarios la papelería (incluyendo epicrisis, hojas de evolución, formatos de evaluación) reposan en la carpeta de documentos generales de práctica, cuando los estudiante van a iniciar una intervención deben tomar copia de los documentos que vayan a utilizar.

5.1.2 Características de los usuarios

Se destacan por ser usuarios de las edades de recién nacidos hasta adolescentes de ambos sexos. Las edades más frecuentes fueron desde 8 horas después del nacimiento hasta los 5 años de edad.

Se observa que las actividades que se realizan con los usuarios de 10 a 18 años están relacionadas con aquellos adolescentes en condición de discapacidad que practican deporte adaptado ya sea de manera recreativa o de alto rendimiento.

En cuanto a los cuidadores es importante señalar que una de las instituciones está ubicada en el centro de la ciudad, atiende principalmente usuarios de estrato 1 y 2 afiliados al régimen subsidiado. La mayoría de las madres son mujeres jóvenes con un rango de edades amplio que oscila entre 14 y 30 años. Algunas de ellas interrumpen sus estudios de bachillerato y ninguna de ellas tenía estudios universitarios.

Las otras instituciones están ubicadas en sectores menos críticos de la ciudad, donde son atendidos usuarios que pertenecen al régimen contributivo. Estas es una población más heterogénea donde pueden encontrarse trabajadores independientes, empleados y profesionales con diferentes grados de educación y de ingresos. La mayoría de los acompañantes son las madres solas, pero también se presentan madres acompañadas de abuelas, o abuelas solas o padres solos. En otros casos inclusive se presentan amigos sobre todo en el caso de los adolescentes en condición de discapacidad.

En uno de los sitios los niños no están en compañía de los padres, pero durante el tiempo que se lleva a cabo la intervención, estos están siempre bajo el cuidado de una de una profesora de la institución.

5.1.3 Estructura y Secuencia de la evaluación

Para dar inicio a las actividades se acondicionan cada uno de los espacios con los elementos necesarios para la actividad, incluyendo también la lectura de los reportes de historia clínica, así como la orden médica; se observó que los estudiantes de fisioterapia (EF) lo realizan entre 10 a 15 minutos antes de la hora establecida para la atención.

Una vez ingresa el niño con el cuidador se inicia con la presentación del EF y la explicación de los puntos a desarrollar en la evaluación. Se procede con la anamnesis donde se recogen los antecedentes familiares, personales y la historia del embarazo. Dentro del interrogatorio se hace especial énfasis en el recuento del desarrollo motor, con el objeto de determinar la adquisición de patrones de movimiento con una secuencia cronológica.

Seguidamente se toman las medidas antropométricas donde están contenidos la talla, peso, perímetros longitudes. Seguidamente se continúa con un examen físico completo y finaliza con una actividad donde se brinda información y recomendaciones para los cuidadores.

Aunque se presentan variaciones en la forma en que se hacen en todos los escenarios se efectúan las siguientes actividades:

- Evaluación del Crecimiento:
Talla: Para hacer la medición de considera la edad del niño:
Menor de dos años: se realiza con tallímetro de mesa
Mayor de dos años: se toma con tallímetro de pie, o con cinta métrica ajustada a la pared.

Peso: En los lactantes se hace en balanza de mesa y en mayores de 4 años se hace en balanza de pie. En los dos casos se hace con la menor cantidad de ropa posible.

En los neonatos cuando estos datos son registrados se utilizan las Curvas de Lubchenko y Battaglia para clasificarlos de acuerdo a su edad gestacional. En los niños más grandes no se llenan las gráficas de curva de crecimiento.

Perímetros: en neonatos y hasta el primer año se toman el perímetro cefálico y torácico.

Longitudes: en neonatos y hasta los dos años de vida se toman medidas reales y aparentes en miembros superiores e inferiores. Para descartar asimetrías en los segmentos corporales.⁶

- Examen físico: se hace una revisión por sistemas y se seleccionan y administran los test y medidas para obtener datos que conducen a la clasificación diagnóstica. Este proceso se hace de acuerdo al de atención de la Apta⁷

⁶ Normalmente en un niño las mediciones de longitudes deben ser simétricas. Cuando estas condiciones no se presentan estamos hablando de Discrepancia. La discrepancia de miembros superiores o inferiores puede deberse a diferencias anatómicas (reales) o a diferencias posicionales (aparentes). Estas situaciones pueden estar relacionadas con alteraciones neurológicas, traumas del nacimiento o malformaciones derivadas de las condiciones de vida intrauterinas.

⁷ Asociación americana de fisioterapia (The American Physical Therapy Association APTA) es una organización internacional, Su objetivo es fomentar los avances en la práctica de la terapia física, la investigación y la educación. su modelo de toma de decisiones identifica categorías de deficiencia, limitación funcional capacidades-habilidades, discapacidades o síndromes que llevan a un diagnóstico.

- Evaluación del desarrollo: en niños menores de cinco años, se aplica la Escala Abreviada del Desarrollo, que evalúa cuatro áreas: motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y social.

Entre los seis años y hasta los 15 años se evalúan con la Batería de Observación Psicomotriz de Vitor da Fonseca (BPM) que evalúa siete factores: tonicidad, equilibrio, lateralidad, conocimiento del cuerpo, estructuración espacio temporal: Práxia global y Práxia fina.

Los niños mayores de 5 y los adolescentes en condición de discapacidad son evaluados con la Gross Motor Function Measure (GMFM) que valora el índice de la función motora gruesa en cinco dimensiones: acostado y rolado, sentado, arrastre y arrodillado, de pie, caminando-corriendo-saltando.

Una vez finalizada la evaluación se discuten los resultados con el cuidador de manera muy rápida, en el caso de los niños menores de cinco años se enfatiza en la vigilancia por parte de los padres sobre la detección de signos de alarma del desarrollo motor y se explica la importancia de acudir al servicio médico cuando estos se presenten. En aquellos mayores de 5 años no se destina tiempo a esta parte de la intervención.⁸

Es relevante también documentar que no se establecieron nuevas fechas con los cuidadores para hacer el seguimiento de los resultados obtenidos en la evaluación.

⁸ Los padres cumplen un papel de suma importancia en el contexto de la vigilancia del desarrollo. En general, existe consenso en la literatura de que los padres son buenos observadores y detectores certeros de las deficiencias observadas en sus hijos, mostrando una alta sensibilidad y especificidad; y su opinión tiene un buen valor predictivo en la detección de problemas de desarrollo (Glascoe,2000)

En todas las evaluaciones de fisioterapia siempre se llenan tres registros, un formato de exanimación, un formato de evaluación del desarrollo (Escala Abreviada, BPM, GMFM) y la nota de evolución de la historia clínica.

El EF una vez terminada la sesión entrega personalmente las historias clínicas al archivo de las instituciones⁹

5.1.4 Tiempo destinado a la evaluación:

Por disposiciones administrativas el tiempo destinado para la sesión es de 45 minutos.¹⁰; sólo en el caso de los neonatos la duración en promedio de la actividad es de 30 a 35 minutos.

En cuanto a la distribución del tiempo por actividades existen algunas variaciones. En los neonatos las actividades que demandan más tiempo son la evaluación del crecimiento y el examen físico. Esta actividad puede tomar de 20 a 25 minutos.

En los niños lactantes y hasta los 5 años de edad, los EF se destina una cantidad importante de tiempo a la anamnesis y al interrogatorio que tiene una duración en promedio de 10 minutos, en la exanimación se prioriza en la ejecución de patrones motores esto puede tomar de 20 a 25 minutos, la evaluación del desarrollo generalmente es una actividad muy rápida que no toma más de 10 minutos.

En los niños y adolescentes en condición de discapacidad este proceso suele durar más tiempo, por las condiciones asociadas a la discapacidad. Por este motivo generalmente la evaluación se cumple en dos sesiones y se considera como actividad central el examen físico, la evaluación y la anamnesis son

⁹ En las instituciones que no son prestadoras de servicios de salud, como el jardín infantil. Estos documentos son anexados a las carpetas personales de cada niño, que son entregadas a los padres una vez finalizo el periodo escolar

¹⁰ Por criterios administrativos de las instituciones, cada sesión de fisioterapia no debe exceder 45 minutos.

consideradas como actividades complementarias. Esta última en particular es una actividad que en muchas ocasiones no puede llevarse a cabo de forma exhaustiva pues en la mayoría de los casos las personas que los acompañan son amigos o personas que hacen las veces de voluntarios dentro del entrenamiento y que en este medio se denominan “auxiliares”.¹¹

Durante la primera sesión se hace la anamnesis y el examen físico y en la segunda sesión inicia con la aplicación del formato de la GMF en 30 minutos y el tiempo restante se dedica al análisis, interpretación de los resultados y registros escritos.

5.1.5 Registro de las intervenciones:

Las historias clínicas, permiten el registro de las actividades que Fisioterapia realiza en sus intervenciones. Esta información debe ser consignada en las hojas de evolución o epicrisis conforme a las disposiciones legales contempladas en la resolución 1995 de 1999.

De un total de 25 historias clínicas analizadas se observa que:

- De los registros correspondientes a las intervenciones en fisioterapia, un alto porcentaje de ellas no registra ninguna actividad referida a la evaluación del desarrollo infantil; sólo cinco notas de evolución revisadas en el jardín infantil, reportan los resultados en detalle de los hallazgos de las áreas: motricidad gruesa, motricidad adaptativa, lenguaje y personal social y se menciona la escala utilizada.

¹¹ Los niños, niñas y adolescentes en condición de discapacidad y de acuerdo al nivel de severidad de la misma; necesitan algún nivel de asistencia (otros son completamente dependientes) en actividades vitales y en otras relacionadas con las condiciones del entorno como las barreras arquitectónicas y el uso de medios de transporte. Existen casos también donde los auxiliares asisten en el juego en la práctica deportiva, esto sucede en caso que los deportistas tengan dificultades en el uso de las manos.

Todas las notas de evolución de las instituciones restantes proveen un amplio reporte de los resultados de la exanimación así como del desarrollo motor y patrones de movimiento, sólo tres de ellas mencionan aspectos aislados como “medio en lenguaje” o “perfil euprático”¹² pero no se menciona el referente de calificación ni la escala aplicada.

Las diecisiete restantes utilizan términos como “buen desarrollo” o “desarrollo normal para su edad” para referirse a otras áreas diferentes al desarrollo motor como el lenguaje o personal social.

En cuanto a la evaluación de crecimiento, las cinco historias que se observaron de las salas de puerperio y neonatología reportan los datos de talla y peso al momento de nacer, así como la talla y peso actual del niño; en los escenarios restantes sólo dos historias clínicas consignan las condiciones actuales de peso como “niño con bajo peso” y “niño con sobre peso” pero no se menciona el dato cuantitativo (aunque este es evaluado en la consulta) en relación con la edad del niño.

Se observa que el total de las historias registran fecha y hora; todas están diligenciadas con letra legible, firmadas por el evaluador y selladas por el servicio de fisioterapia, en general no se utilizan siglas las más frecuentes están relacionadas con nomenclatura anatómica como: M.I (miembro inferior) y MSD (miembro superior derecho). Ninguna de ellas registra una fecha para hacer seguimiento de los resultados.

¹² El Perfil Euprático, es una de las calificaciones de perfil psicomotriz que se derivan de la aplicación de la Bateria de Observación Psicomotriz de Vitor Da Fonseca, Se trata de niños sin problemas psicomotrices, que en la observación no se detectaron señales desviadas.

- La revisión de los formatos de evaluación, permitió determinar que el total de los registros revisados contienen el nombre, edad, sexo y en los casos en los que existe una condición patológica asociada se incluye el diagnóstico médico.

En once de los formatos revisados hay ítems que se han diligenciado a lápiz, algunos no reportan la fecha en la que se realiza la evaluación o no se consigna la firma del evaluador.

5.2 CONCEPCIONES DE DESARROLLO INFANTIL

Un aspecto propuesto para comprender las actividades de evaluación, hace referencia a la visión de desarrollo del niño que tienen los EF¹³.

El EF concibe el desarrollo desde un enfoque biologista que sigue una secuencia lineal lo cual lleva a asumir posiciones rígidas, que tienden a homogenizar las actividades evaluación y los resultados previstos, sin tomar en cuenta el nivel de desarrollo individual de cada niño y excluyendo la influencia de los contextos de desarrollo.

“primero que todo cuando uno va a hablar de desarrollo infantil lo primero que uno tiene que pensar es en cuántos años tiene el niño” (EF7)

“pues es la manera como van madurando ¿no? su sistema nervioso, como se van dando las secuencias de todo este proceso...como le digo bien claro...a medida que van creciendo, mas meses y todo, pues hay unas cosas que son normales y que deben cumplir; para mí el desarrollo

¹³ De ahora en adelante cada uno de los Estudiantes de Fisioterapia se menciona como EF.

es como que van cumpliendo todas esas cosas que están dentro de lo normal". (EF1).

El EF reconoce la adquisición de las conductas motoras como prioridad del desarrollo, por este motivo no se considera la necesidad de incluir analizar o relacionar otras dimensiones, como el lenguaje o personal.

"para mí el desarrollo infantil son las etapas o el proceso que debe pasar todo niño, adquiriendo ciertas habilidades motrices, de acuerdo a la etapa; digamos un ejemplo... ehh... el desarrollo de la marcha... de los nueve a los doce meses, eso es desarrollo" (EF2).

"el desarrollo infantil es el proceso que se da precisamente en la infancia donde adquiere las habilidades para ejecutar algún acto motor... este.... son los movimientos que hace el niño cada mes" (EF3).

Para el EF, persiste el enfoque biólogo y neuromadurativo, en la selección y aplicación de instrumentos de evaluación

"¿Instrumentos de evaluación del desarrollo?, para evaluar que ¿el desarrollo neurológico del niño?" (EF 2)

"Por ejemplo, para evaluar al recién nacido, lo más importante es evaluar el desarrollo neurológico, por eso aplicamos la escala de Infanib, nosotros las vimos todas... Escala Abreviada, Lubchenko, Battaglia, pero Infanib, es la que a mí más me gusta" (EF1)

Dos EF, describieron la escala abreviada del desarrollo como el instrumento por excelencia para la evaluación del desarrollo infantil

“a mí, personalmente me gusta mucho la escala abreviada del desarrollo, porque me parece que es la más completa y está muy bien organizada, uno hasta sabe, cuando tiene que dejar de evaluar” (EF3).

No obstante, el interés de la evaluación por medio de la aplicación de la escala abreviada del desarrollo vuelve a centrarse en el área de motricidad gruesa y fina.

“la escala que más se aplica, es la escala abreviada del desarrollo, porque permite identificar todas las deficiencias de la motricidad gruesa y fina; revisa todos estos aspectos con mucho detenimiento” (EF4)

“la escala me permite ver los componentes de motricidad gruesa y fina, tiene también otros componentes que no recuerdo, como el personal o algo así, pero a mí como fisioterapeuta lo que me interesa el movimiento” (EF5)

5.3 DESEMPEÑO DEL FISIOTERAPUETA

La categoría muestra el desempeño del fisioterapeuta asumido desde la práctica formativa y desde el punto de vista de los EF frente aspectos como los niveles de atención, la formación específica en evaluación del desarrollo infantil, así como las fortalezas y debilidades del proceso de evaluación. No se tiene como propósito hacer una descripción exhaustiva de cada una de estas dimensiones, más bien utilizar algunos ejemplos en cada una de ellas, para acceder a los significados básicos desde los cuales se sitúan los EF y que son fundamentales para comprender su desempeño. De igual forma se presentarán propuestas para el mejoramiento de las actividades de evaluación del desarrollo infantil, que serán incluidas en la discusión de los resultados.

Para los EF la utilidad de las evaluaciones del desarrollo infantil está relacionada con las acciones que se realizan en el segundo y tercer nivel de atención en el campo clínico, a pesar que la estructura de la práctica de infancia y adolescencia incluye escenarios en los que se desarrollan actividades de promoción y prevención con el niño sano, predomina el concepto de evaluación del desarrollo desde la deficiencia o la alteración.

“porque así nos podemos dar cuenta que alteraciones trae el niño, o que cosas están mal en el niño, para poder rehabilitarlos” (EF4)

“porque en el ámbito de nosotros los fisioterapeutas, las evaluaciones se hacen para encontrar deficiencias, si yo hago una buena evaluación puedo encontrar las deficiencias que el niño tiene” (EF5)

“para ver que alteraciones tiene y para ver si está dentro de los parámetros normales con respecto a la edad” (EF6).

“detectar alteraciones, déficits, problemas, ya sea neurológico, motor; cualquier tipo de problema que tenga el niño... ante cualquier problema que tenga el niño y ya se debe diagnosticar para empezar lo más rápido posible con el tratamiento” (EF8)

“primero yo hago un análisis y digo este niño tiene 10 meses y no controla cabeza, yo digo que será que pasa... no controla cabeza y uno le pregunta a la mamá si él nunca lo ha hecho, entonces uno dice la lesión afectó esta parte del cerebro... y es así como llego al diagnóstico para luego hacer mi plan de tratamiento” (EF7).

En torno a los conocimientos que han recibido los EF para llevar a cabo la evaluación del desarrollo infantil, las respuestas expresadas por los [practicantes](#) son diversas, todos consideran que han recibido los conocimientos para evaluar el desarrollo infantil. Sin embargo la información obtenida revela aspectos que sugieren alguna fragmentación en el conocimiento en la que no se evidencia una transferencia del aprendizaje de los cursos teóricos a las prácticas formativas

“uno lo vio en las clases teóricas, pero en la práctica uno tiene volver a reforzar” (EF4)

“yo lo digo por mí; yo lo vi como por allá en cuarto o sexto, pero ahora que llegué a la práctica es como si hubiera vuelto a empezar, me ha costado mucho” (EF2)

Algunos asuntos adicionales manifiestos en las respuestas de los EF, sugieren que sea revisada la forma como son enseñados estos conocimientos y la responsabilidad de los docentes de actualizar sus conocimientos de acuerdo a las tendencias actuales del desarrollo incluyendo la evaluación misma.

“los docentes si lo enseñan, ellos todo el tiempo le insisten a uno la importancia del desarrollo motor normal para la edad” (EF1)

“El problema para uno como estudiante es tener que aprenderse de memoria todo eso que el niño debe hacer desde que nace hasta los cinco años” (EF7)

“Eso también depende del profesor, hay algunos que se sientan con uno y le dicen: observe esto o lo otro, pero hay otros que le dicen a uno: evalúe y ya, pero en general en la parte educativa ellos si lo enseñan” (EF6)

Una situación expuesta por los estudiantes es la fragmentación del conocimiento que para los estudiantes se refuerza con el esquema y secuencia de las prácticas formativas

“no realmente no yo apenas lo estoy adquiriendo en esta práctica, porque yo sólo había hecho prácticas con adultos y no con niños y los adultos y los niños son muy diferentes” (EF3).

En cuanto a los aspectos que condicionan la evaluación del desarrollo infantil se destaca la dificultad del EF en la toma de decisiones, en la selección del método e instrumentos de evaluación.

“yo creo que el principal problema, es que aunque uno esté siempre con el profesor cuando uno está frente al niño se bloquea y no sabe qué hacer, no sabe por dónde empezar o que evaluar” (EF4).

“Uno tiene claro, cuales son las escalas o los instrumentos porque ya los vimos, pero cuando llega el niño, uno no sabe cual utilizar” (EF5)

*“pues uno empieza por observar a niño, desde que entra y todo, como camina como se sienta, uno hace la anamnesis le hace todas las preguntas a la mamá de los antecedentes prenatales, perinatales y postnatales, cuando nació, cuando controló cabeza, cuando roló, pero después uno no sabe que empezar a evaluar”
(EF3)*

La disponibilidad del espacio físico y los recursos es considerado como factores que condicionan de manera negativa las actividades de evaluación.

“el problema es que uno a veces va a evaluar y no hay espacio, que este consultorio está ocupado que allá no hay espacio entonces se afecta todo el proceso... si no hay espacio, pues uno que hace o bueno peor... uno a veces encuentra el espacio pero que todo el tiempo la gente (refiriéndose a otros estudiantes o terapeutas de la institución) esté entrando o saliendo, así es muy difícil ” (EF6)

“hay veces en las que uno va a evaluar pero en el consultorio que le toca uno no hay espejos o los juguetes los tienen ocupados y pues eso siempre dificulta” (EF7)

Frente al Conocimiento de programas y disposiciones legales para el seguimiento y control del desarrollo infantil ninguna de las EF, manifiesta tener conocimiento sobre las disposiciones del Estado para el control y seguimiento del desarrollo infantil. Es manifiesto un claro desconocimiento de las Guías Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento planteadas por el Ministerio de Protección Social.

Cuando se pregunta específicamente a las entrevistadas sobre el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo, no tienen una visión en conjunto de todos sus componentes como programa, todas las respuestas hacen referencia a los aspectos biológicos como talla, peso y alimentación. Adicionalmente a esto no reconocen como instrumento la Escala Abreviada de Desarrollo para llevar a cabo este

Investigador: *¿has escuchado acerca del Programa de Control de Crecimiento y desarrollo?*

“...ahh si es un programa que se hace para registrar el cambio evolutivo del niño, donde les miden la talla y el peso del niño” (EF5)

“si, se evalúa peso, talla y alimentación si está bien nutrido o si por el contrario hay que ponerlo a adelgazar, ¿cierto?, yo me acuerdo que ellos tienen unas tablitas de estatura y peso y la idea es que el niño no se salga de allí” (EF6)

De la misma forma no tienen claridad sobre los profesionales de la salud que intervienen, ni la periodicidad con la que se llevan a cabo el control y seguimiento del desarrollo

Investigador: ¿tú sabes que profesionales participan en el Control de Crecimiento y Desarrollo?

“no... en este momento no tengo claridad” (EF3)

“creo, creo... no estoy segura pero pienso que es la enfermera y... de pronto...un médico general o algo así”. (EF8)

Investigador: ¿Tú sabes cada cuanto un niño debe ser llevado a Control de Crecimiento y Desarrollo?

“no...realmente no sé” (EF1)

“no estoy segura... creo que cada tres meses” (EF2)

Finalmente las propuestas formuladas para mejorar la actividad de evaluación del desarrollo infantil fueron muy homogéneas; se destaca la definición del rol y funciones del fisioterapeuta en el equipo interdisciplinario que participa de los procesos de atención dirigidos al niño.

“..Pues yo creo que es algo externo y es el concepto que la gente (los profesionales del área de la salud) tiene de nosotros y no ven como podemos intervenir en la evaluación del desarrollo infantil, pero obvio... nosotros tenemos mucho que hacer...”

“...no sé como que darnos a conocer más con todos los profesionales de la salud porque ellos no saben que hacemos nosotros, porque bueno... lo digo por mi y se lo he oído a otras compañeras... cuando uno llega a las salas (salas de neonatología y puerperio del Hospital San Juan de

Dios) a evaluar al niño ellos se quedan mirando lo que uno hace y le preguntan, ¿qué estás haciendo? y cuando uno les explica se quedan todos aterrados y dicen que ellos no sabían que hacíamos eso tan chévere... el otro día me acuerdo que uno de los médicos internos leyó mi evolución y me dijo que era una de las mejores evaluaciones que había leído en su vida.. Que qué cosa tan bien hecha”

“yo creo, que el problema es de nosotros mismos, por que cuando a uno de dicen evaluación del desarrollo que incluya no sólo lo motor sino también lenguaje y personal social y uno lo primero que piensa es que esas son cosas que debe hacer un psicólogo, por ejemplo; pero no un fisioterapeuta y pues eso ya nos encierra mucho a nosotros para poder participar en otros campos o áreas”.

5.3.1 Programas y Políticas de Salud

En cuanto al rastreo del desempeño de acuerdo a los programas y políticas de intervención revisadas en el análisis documental se destacan los siguientes aspectos:

La construcción de una política pública en favor de los niños y adolescentes se deriva los planes y programas de atención, con intervenciones dirigidas preservar y a mejorar la salud integral de este grupo poblacional que permitan la plena expresión de sus potencialidades, sugiriendo acciones saludables (incluyendo en control del crecimiento y desarrollo). Para el logro de estos objetivos se establecen una serie de actividades que enfatizan en la promoción de la salud, reconociendo acciones primarias como la promoción del desarrollo infantil.

En Colombia, se han implementado programas tomados de experiencias en el contexto internacional tal como se describen a continuación:

A. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI

diseñada por la OMS y UNICEF, es una estrategia que se centra en la atención a los niños y niñas menores de cinco años, en su estado de salud, más que en las enfermedades.

B. Salud Integral para la Infancia SIPI, propuesta de carácter participativo, intersectorial, interdisciplinaria, inspirada en la Carta de Ottawa para acompañar y estimular al niño en el proceso de crecimiento y desarrollo, promover la salud, autonomía, creatividad, autoestima, solidaridad y felicidad del niño.

En ninguno de los dos casos anteriormente mencionados, se determinan en el país los agentes de salud que deberían llevar a cabo dichas acciones.

C. Guía Técnica para Detección Temprana de Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años. En esta guía de orden nacional, están incluidas actividades en la atención integral al niño y los instrumentos que deben ser diligenciados:

- Historia nacional unificada de control del niño sano
- Carné de salud infantil nacional unificado: es obligatoria su expedición es importante registrar toda la información de acuerdo a lo expuesto resolución 001535 de 2002
- Curvas de crecimiento: en cada historia individual deben estar las curvas de crecimiento de peso/edad, talla/edad y perímetro cefálico/edad (para los menores de 3 años). En las instituciones además estarán disponibles las curvas de peso para la talla e índice de masa corporal para la edad, que se utilizarán cuando se sospeche sobrepeso, obesidad o desnutrición aguda.

- En el menor de 5 años se utilizarán las curvas internacionales diseñadas por la OMS.
- En el mayor de 5 años, se utilizarán las curvas de crecimiento recomendadas por la OMS
- Escala abreviada del desarrollo: se utiliza en el niño menor de 5 años. En cada historia individual deben estar las dos hojas de registro de la escala. En las instituciones estarán los elementos para su aplicación, los instructivos de la escala y las tablas de puntuación
- Prueba de desarrollo cognitivo para el niño mayor de 5 años
- Instrumentos de registro unificados de cada una de las actividades realizadas.

D. Guía Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo del Joven de 10 a 29 Años. Esta guía tiene la característica de establecer tres niveles de atención con diferentes enfoques:

Nivel de complejidad en la atención: bajo

Es el nivel de mayor importancia en la detección temprana de las alteraciones del desarrollo de adolescentes y jóvenes; se deben implementar actividades de:

- Educación en salud, promoción y prevención: en este nivel se debe iniciar el trabajo intersectorial e interinstitucional coordinado con todos los demás actores y sectores como educación, cultura, recreación y deporte, organizaciones sociales, comunitarias y privadas que favorezcan una acción conjunta en pro del desarrollo integral de adolescentes y jóvenes.

Acciones conjuntas con educación y capacitación general de docentes y docentes multiplicadores. Acciones de formación cualificada a líderes y jóvenes pares promotores en la comunidad

- Atención médica de primera vez y controles: detección de las alteraciones en el desarrollo físico y mental y de factores de riesgo en aspectos sicosociales y culturales
- Atención por enfermera y controles: detección de las alteraciones en el desarrollo y de factores de riesgo en aspectos sicosociales y culturales
- Enseñanza del autoexamen de la mama
- Enseñanza del autoexamen testicular
- Entrega y aplicación de métodos anticonceptivos.

Nivel de complejidad en la atención: medio

En este nivel de complejidad deben realizar entre otras las siguientes actividades:

- Este nivel de complejidad debe ofrecer el apoyo dentro de la red de servicios en el nivel bajo de complejidad
- Realizar, complementar y apoyar las actividades relacionadas con el nivel bajo de complejidad
- Atención médica por profesional capacitado o con experiencia en salud de la adolescencia, médico familiar o especialista con experiencia en adolescentes
- Atención en salud mental por psiquiatría y psicología
- Atención especializada por pediatría y gineco-obstetricia, especialistas con experiencia en adolescentes
- Asesoría y atención por enfermería
- Atención en nutrición
- Terapias individuales y grupales
- Asesoría y seguimiento familiar

- Apoyo en el área diagnóstica en el nivel bajo de complejidad.

Nivel de complejidad en la atención: alto

Las actividades en este nivel deben surgir de las remisiones hechas por los niveles bajo y medio de complejidad en la atención. Este nivel debe ofrecer el apoyo especializado que amerite cualquier patología encontrada en adolescentes y jóvenes. Para la resolución de las patologías remitidas debe contar con un grupo de especialistas con amplia experiencia o especializados en atención a adolescentes.

En este documento, aunque se detallan acciones muy específicas para algunos profesionales, no se establece claramente la conformación del equipo interdisciplinario en salud, tal como se encuentra textualmente en la guía al referirse al recurso humano:

“Los adolescentes necesitan ser atendidos por personal idóneo, capacitado y con experiencia, que los entienda y genere vínculos de confianza y respeto”.

“El recurso humano de profesionales debe abordar en forma integral la atención de los adolescentes, se deben conformar los equipos transdisciplinarios e interdisciplinarios, de acuerdo con el nivel de complejidad en la atención que se ofrezca”.

En este punto es necesario referencia que en los documentos citados no se definen las acciones que deben desempeñar los fisioterapeutas dentro del equipo multidisciplinario. Lo cual puede relacionarse con el bajo desempeño de los fisioterapeutas en el ejercicio profesional en el primer nivel de atención,

posiblemente porque no hay un reconocimiento de los agentes de salud y las entidades gubernamentales sobre las funciones del fisioterapeuta en esta área. Habiendo señalado lo anterior, esto no significa que el fisioterapeuta no pueda asumir esta tarea, esto sólo refleja una debilidad intrínseca, relacionada con el contenido propio de la carrera, donde es evidente una separación entre el saber y el hacer y la forma como estos dominios se integran en el proceso de formación

E. Documento “Examen de Estado de calidad de la Educación Superior Programas de Fisioterapia” 2004: En este documento se recopiló información relacionada con la evaluación por competencias en fisioterapia a nivel internacional y nacional, el objeto de estudio de la profesión y las diversas posturas con respecto a áreas de formación.

Promoción de la salud: definida como el desarrollo de potencialidades orientadas a conciliar intereses diversos y gestar la voluntad y el compromiso de la colectividad para movilizarse en función de dos propósitos principales destinados a forjar medios y condiciones que permitan a los ciudadanos ejercer mayor control sobre su proceso de salud. El fisioterapeuta debe buscar crear entornos saludables mediante la educación en estilos de vida que potencien la capacidad motora, el bienestar y la calidad de vida de la población, la preservación de condiciones del ambiente que favorezcan la salud, la educación, el auto cuidado, el apoyo a la participación de la comunidad para que ella participe en la planificación de su salud, el apoyo a la construcción y al fortalecimiento de redes sociales.

Primer nivel: Definido como las acciones, procedimientos e interacciones orientadas a la protección e identificación de factores relacionados con el movimiento corporal humano en relación al proceso de salud individual y colectiva en los diferentes ámbitos de la vida. El fisioterapeuta debe controlar factores de riesgo que afecten el movimiento corporal y la salud de la población, tanto desde

las condiciones propias del individuo, como desde las condiciones que provienen del ambiente que ponen en peligro la salud; la detección oportuna de deficiencias en estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación social, que afectan el movimiento corporal humano y el funcionamiento de los individuos y de la población.

Segundo nivel: acciones, procedimientos e interacciones orientadas a la detección temprana, oportuna y efectiva de la enfermedad o alteración o a reducir su curación y consecuencias con relación a los diferentes ámbitos de la vida.

Tercer nivel: Acciones, procedimientos e interacciones dirigidas a reducir la duración y el impacto de la enfermedad, potencializar el movimiento corporal humano desde las diferencias y las características propias de los individuos en situaciones de discapacidad para permitir que sea efectivo el proceso de inclusión social en los diferentes ámbitos de la vida. Hace fundamentalmente referencia a los procesos de Habilitación/ Rehabilitación; Integración Social; Inclusión Social. El fisioterapeuta debe ubicar su análisis y actuación profesional en el marco del funcionamiento humano y de la discapacidad, marco dentro del cual es esencial que se tenga en claro y se analice la interacción entre el individuo y el entorno (individuo – entorno) desde el campo de su interés profesional: el movimiento corporal humano.

Bajo este marco, la Habilitación / Rehabilitación como acción o actuación profesional, debe estar orientada a las necesidades del sujeto y a los apoyos del medio, que permitan que las carencias de dicho sujeto sean resueltas y que le permitan el mejor funcionamiento e independencia desde el punto de vista motor y de esta forma, le permitan su participación e integración social.

Las acciones de Habilitación/Rehabilitación se realizan tanto en un hospital o clínica, como en el hogar o en un escenario de la comunidad que sea apropiado. En el análisis que aquí hace el fisioterapeuta, para este campo de la actuación

profesional (H / R), es importante no olvidar la importancia de la medición, evaluación y diagnóstico para fisioterapia que le compete desarrollar al profesional.

De acuerdo a lo anterior, se puede observar que La Práctica de Infancia y Adolescencia de la Universidad Santiago de Cali, dentro de su estructuración ha contemplado la integración de los todos los niveles de atención en fisioterapia, para articularse a las disposiciones nacionales de formación de profesionales en esta área.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el capítulo anterior se presentó una visión en conjunto de las actividades de evaluación del desarrollo infantil en la formación de fisioterapeutas, que da respuesta a las preguntas que orientaron el estudio.

En este capítulo final se hace un análisis de sus contribuciones y proyecciones. Se presentan como aprendizajes, porque éstos constituyen otro producto valioso de la investigación. Los aprendizajes, son una forma de ligar la experiencia investigativa con la práctica, o sea, una manera de reflexionar sobre el uso de los resultados para la transformación de la realidad.

Aunque los resultados expuestos hacen referencia al caso de la Práctica Formativa de Infancia y Adolescencia de la Universidad Santiago de Cali, aportan rutas de análisis a través de las cuales avanzar en la comprensión de las actividades de evaluación del desarrollo infantil de otras instituciones educativas en fisioterapia e incluso en otros programas de salud.

En un primer apartado se exponen aquellos logrados con respecto a la comprensión de las actividades de evaluación en la formación de fisioterapeutas. En el segundo se presentan aquellos derivados del proceso investigativo mismo. Finalmente en el tercer punto se presentan las recomendaciones.

6.1 APRENDIZAJES DE LAS ACTIVIDADES DE EVALUACION

Teniendo en cuenta el análisis de los datos recogidos y de las interpretaciones realizadas a partir de la triangulación de sujetos y de técnicas se presentan las conclusiones de acuerdo a objetivos específicos propuestos en la presente investigación:

- **Reconocer el concepto de desarrollo infantil que emerge de las evaluaciones realizadas por los estudiantes en la práctica formativa.**

Los procesos de intervención con niños y adolescentes (sanos y en condición de discapacidad) en la formación de fisioterapeutas en el caso de la universidad Santiago de Cali, se llevan a cabo a través de la práctica formativa denominada Infancia y Adolescencia que como parte de la estructuración del currículo, los estudiantes deben adelantarla en décimo semestre. Esta práctica en la actualidad se lleva a cabo en cinco escenarios y por medio de los convenios docente asistenciales, se ofertan servicios de fisioterapia en todos los niveles de atención y complejidad.

A pesar del enfoque de la práctica, los estudiantes relacionan la evaluación del desarrollo, sólo en las acciones enmarcadas en el segundo y tercer nivel de atención, cuya función sustantiva están basadas en la habilitación y rehabilitación.

Las voces de los actores reflejan la persistencia de una visión mecanicista del cuerpo, mirando los niños desde las limitaciones y deficiencias corporales, posiblemente por la historia de su desarrollo profesional, eminentemente centrado en la atención y rehabilitación de las personas con discapacidades físicas

Desconociendo la importancia de la evaluación del desarrollo infantil en el primer nivel de atención encaminados a la prevención y detección precoz, acciones que han sido ampliamente difundidas después de Alma Atta, pero que en ejercicio de la fisioterapia en la ciudad de Cali no tiene una representación muy amplia, situación que fue dada a conocer en un estudio

en 2001 donde se realizó una Caracterización Gremial y Sociolaboral de los fisioterapeutas en este municipio en cual determinó que sólo el 1% se desempeñaban en el primer nivel de atención (Osorio, 2001).

Dado lo anterior, las instituciones educativas deben trascender el marco de sus prácticas formativas, basados en las transformaciones que el estado y la sociedad Colombiana han experimentado en las últimas décadas. El reto de este siglo para las universidades es el de formar individuos con responsabilidad social, capaces de liderar procesos de cambio, que les permita ser participes y gestores de la construcción de una nueva sociedad colombiana. De esta forma, el fisioterapeuta es un agente básico en la promoción de la salud y prevención de la discapacidad que debe estar a la vanguardia y apropiarse de herramientas que le permitan desarrollar procesos efectivos para sus usuarios, la comunidad y su disciplina (Bermúdez, Martínez 2005).

Los EF desconocen la complejidad de la actividad de la evaluación del desarrollo infantil, dado que la relacionan casi de manera homóloga con la adquisición y ejecución de patrones motores, con una secuencia lineal determinada cronológicamente. Esto permite concluir que presentan debilidades en el conocimiento que tiene ligado a la ejecución de las actividades de evaluación.

Los Programas y Guías del Ministerio de Protección Social, reconocen las funciones algunos agentes del equipo de salud en la evaluación del desarrollo infantil como el médico general o pediatra y enfermería. Sin embargo reconoce la importancia de la conformación de equipos multi e interdisciplinarios que permitan abordar al niño y adolescentes desde una perspectiva integradora. No obstante los documentos incluidos en el análisis no reconocen la participación del fisioterapeuta, pero tampoco la descarta al describir constantemente acciones relacionadas directamente

con el objeto de estudio de la fisioterapia y al referirse de manera reiterativa con la intervención de “personal idóneo” o “personal especializado”.

Los EF desconocen que la actividad de evaluar el desarrollo infantil (desde todas las dimensiones) haga parte de sus funciones y que le corresponda llevarlas a cabo, de igual forma el hecho que no haya un reconocimiento de los programas y disposiciones legales que establecen las directrices para el seguimiento y control del desarrollo lo mantiene alejado de espacios y oportunidades de participación en las competencias propias del equipo de salud. Esto permite entender, pero no justificar las acciones que no están llevando a cabo.

Esta situación afecta negativamente la adquisición de competencias de formación en campos y áreas de acción que con urgencia exige la sociedad y que están expresadas en las actuales políticas de salud pública.

- **Analizar los procedimientos de evaluación del desarrollo infantil en la Práctica Formativa de los estudiantes**

A través de las observaciones se pudo determinar que las actividades de evaluación se realizan en todos los niveles de atención y los usuarios son niños y adolescentes sanos y en condición de discapacidad.

Las edades de los usuarios incluyen un espectro amplio que incluye desde neonatos hasta los 15 años edad, pero la mayor cantidad de niños evaluados oscilan entre ocho horas de vida y 5 años de edad. La atención en este rango de edad se constituye en una actividad fundamental, pues es en este periodo que se alcanzan significativos avances en el área motora, cognitiva y social. (Halpern, 2000).

La sumatoria de estos dos factores constituye un elemento enriquecedor en el proceso de formación para los EF y altamente beneficioso para todos los

usuarios del servicio, pues las acciones no sólo son adelantadas en aquellos niños con discapacidad o expuestos a factores de riesgo sino también en niños que han iniciado el proceso de educación formal, cuya situación actual no sugiere dificultades aparentes, pues muchas alteraciones leves o moderadas que no han sido detectadas en los primeros meses de vida, son diagnosticadas en la edad preescolar (Kroes,2000).

La distribución del tiempo en la consulta, se constituye en un factor desfavorecedor de la evaluación, pues suele darse prioridad al proceso de exanimación física en detrimento de otras acciones que no deben obviarse, como la explicación de los resultados a los padres y evaluación de la comprensión por parte de los cuidadores que acompañan al niño y adolescente. La información dispuesta por el EF, es incompleta y reducida, por lo que no puede considerarse esta actividad como educación para la salud, si se entiende esta como una educación para el cambio de actitudes que moviliza y compromete al individuo en la identificación y análisis de sus problemas.

Las evaluaciones en niños menores de 5 años, son realizadas por medio de la aplicación de la Escala Abreviada del Desarrollo, si bien es cierto la Escala involucra cuatro áreas (Motricidad Gruesa, Motricidad Fina, Audición-Lenguaje y Personal Social), los EF relacionan su utilidad como instrumento para la evaluación de la función motora. En este punto bien vale la pena señalar que la Escala Abreviada del Desarrollo se incluye en la Guía de Detección Temprana de Alteraciones del Desarrollo en Niños Menores de 10 Años; una investigación llevada a cabo recientemente concluyó que en términos de validez, el instrumento proporciona una visión general de la motricidad de los niños, sin embargo en la aplicación e interpretación de los resultados en la práctica clínica su enfoque de valoración se limita a aspectos cuantitativos del desarrollo motor, por lo cual se cuestiona la utilización de esta Escala como una herramienta diagnóstica

en fisioterapia, ya que pueden pasar inadvertidas alteraciones leves de este proceso. (Hormiga-Camargo, 2008).

La Batería Psicomotora de Fonseca y la Gross Motor Function Measure por su parte, cuenta con estudios de reproductibilidad y validez para ser utilizadas en los rangos de edad y en el tipo de población en quienes fueron aplicados por los EF. A pesar de estas cualidades de los instrumentos, la evaluación no posibilita el reconocimiento de alteraciones del desarrollo en todas las áreas pues se enfatiza en la función motora. Esta situación difiere de los resultados de investigaciones llevadas a cabo en la Región de Lisboa y Tojedo, donde se concluyó que los fisioterapeutas que se desempeñaban en el área de pediatría raramente utilizaban instrumentos de valoración validados y estandarizados internacionalmente y no siempre realizaban un registro de los datos obtenidos (Puertolas,2004).

En este caso todas las actividades fueron registradas en las Historias Clínicas y Formatos de Evaluación. Los datos contenidos en estos documentos cumplen con las disposiciones estipuladas en la Resolución 1995 de 1999, para el diligenciamiento de Historias Clínicas.

- **Conocer las condiciones en las que se desarrolla la evaluación del desarrollo infantil en la Práctica Formativa de los estudiantes.**

Los EF realizan las actividades de evaluación del desarrollo en el marco de las acciones establecidas en la Práctica Formativa de Infancia y Adolescencia. El análisis de las respuestas obtenidas en las entrevistas, permite observar que no existe claridad en el rol que debe desempeñar el fisioterapeuta en el equipo interdisciplinario.

En consecuencia los estudiantes se sienten desmotivados e ignorados por otros profesionales, para quienes se establecen unas funciones muy claras, que además son ampliamente reconocidas y valoradas en las instituciones donde se desempeñan, situación que puede afectar negativamente la capacidad propositiva del estudiante y su compromiso frente al proceso. Otro factor condicionante, es la carencia de espacios físicos y la disponibilidad de recursos para ejecutar las actividades. Por otra parte identifica como dificultades la falta de seguridad para la toma de decisiones frente a la escogencia de instrumentos y métodos de evaluación de acuerdo a las necesidades específicas de cada usuario.

Al reflexionar sobre los aspectos que favorecen la realización de la evaluación, los EF consideran que los escenarios de práctica son escenarios que permiten una variedad de experiencias que son formativas a nivel profesional y personal. El acompañamiento docente disminuye la inseguridad que experimentan en la toma de decisiones. De acuerdo al contexto aquí descrito, el docente debe posibilitar un modelo pedagógico para la innovación, que promueva la apropiación del conocimiento por parte de los estudiantes, al estimular la autogestión del aprendizaje y con ello lograr que adquieran un alto sentido crítico analítico que les permitan liderar procesos para transformar el entorno (Gaviria, 1993).

6.2 APRENDIZAJES DEL METODO

En relación al estudio de caso como método de investigación, los aprendizajes fueron relevantes. El diseño del estudio demostró ser asertivo; finalmente se logró el cometido de realizar una investigación abierta, sensible frente a los procesos y la opinión de los EF.

Se alcanzó especialmente una buena inmersión en el campo, estableciendo relaciones productivas con los actores, que permitieron generar la confianza

necesaria para involucrarse de manera desinteresada y comprometida con este proyecto. De esta manera se pudo construir un espacio comunicativo y reflexivo que reivindica el abordaje de las realidades subjetiva e intersubjetiva como objetos legítimos del conocimiento científico (Denzin, 1988), fue muy pertinente entonces la combinación de la observación, con las entrevistas y escuchar a los actores para expresar los significados atribuidos a sus acciones.

Otro aspecto notable del método aplicado, está relacionado con la construcción de legitimidad con respecto al estudio y sus resultados. Dicha legitimidad fue el producto de la triangulación de técnicas e individuos.

En este punto es valioso señalar que además de la comprensión lograda, el proceso reflexivo generó cambios en los actores sobre la forma de ver la Práctica y sus acciones. Fue notable la forma como fue emergiendo una mayor conciencia crítica del EF frente a su visión del niño y el concepto de desarrollo que está implícito en sus actuaciones. Estos procesos reflexivos de orden individual y colectivo son necesarios para lograr transformaciones en la prestación de servicios de salud y en la formación de fisioterapeutas a partir de la experiencia investigativa.

Con respecto a los aprendizajes para la investigación en fisioterapia, se destaca la posibilidad de comprender los procesos de intervención desde el punto de vista de los actores en términos de cómo suceden los hechos en el contexto donde tiene lugar bajo el enfoque cualitativo. En este sentido, constituye un aporte para fortalecer otras formas de investigación, pues tradicionalmente la fisioterapia ha basado el desarrollo de su cuerpo de conocimiento en la aplicación del paradigma cuantitativo, sin embargo la compleja realidad humana relacionada con su objeto de estudio (movimiento corporal humano) y los actuales paradigmas de la atención en salud, plantean la necesidad de comprender amplia y profundamente las problemas y

necesidades de las personas y colectivos con el fin de dar respuestas a problemas que aún deben ser resueltos (Hernández, 2007).

Esta investigación puede influenciar a los fisioterapeutas o inclusive otros profesionales de las disciplinas de las ciencias de la salud para que se interesen en generar nuevas preguntas de investigación como puerta de entrada para introducir otros paradigmas científicos que conllevan a una comprensión más global de la concepción cultural y simbólica que implícita la prestación de servicios de salud (Conde, 1995) tradicionalmente desechadas en las investigaciones convencionales o que simplemente no han sido abordados.

Pero la presente investigación también puede influir a otros investigadores para avanzar en el análisis de los asuntos tratados aquí, desde perspectivas novedosas, sobre la atención en fisioterapia o el perfil de formación del fisioterapeuta en fisioterapia pediátrica. Nuevas preguntas y nuevas maneras de formular las preguntas podrían emerger.

Con respecto a las limitaciones y dificultades de esta investigación, las limitaciones identificadas son las inherentes al método y enfoque mismos. Por este motivo puede decirse que se relacionan con las limitaciones del investigador intérprete, pues este es el elemento principal de análisis en este tipo de investigaciones. Es así entonces como las características, la experiencia y la posición teórica del investigador definen los alcances y limitaciones del estudio.

Las dificultades por su parte estuvieron relacionadas con la participación de los EF, pues su primera impresión del estudio estuvo relacionada con un mecanismo de calificación de su desempeño académico que tendrían una implicación en su reporte de notas una vez finalizada la Práctica, esta

condición fue resuelta con la realización de visitas de acercamiento periódicas con los actores y motivando su participación en el estudio, estos encuentros que convirtieron en espacios preformativos. Los diálogos sostenidos con los actores (más allá de la aplicación de la entrevista y la realización de observaciones como instrumentos de recolección de información) posibilitaron una reflexión profunda de los hechos y para llevar a cabo análisis conjuntos. Esta situación solo fue posible mediante la cooperación estrecha entre investigador y los actores, a través de la interacción comunicativa, que favorecen la construcción de perspectivas complejas que aquellas derivadas exclusivamente desde la óptica del investigador y de la teoría existente.

6.3 RECOMENDACIONES

Se ha recorrido hasta este punto un camino de análisis y reflexión en torno a la situación actual de las actividades de evaluación del desarrollo infantil en la formación de fisioterapeutas. Pero el propósito de esta investigación no finaliza aquí, un estudio de esta naturaleza debe contribuir a la transformación de la realidad. Por este motivo se presenta a continuación una serie de recomendaciones para cualificar las actividades de evaluación del desarrollo infantil en la formación de fisioterapeutas con base en los resultados encontrados.

- Desarrollar en la Institución Educativa, espacios de reflexión para los programas de salud, específicamente en el programa de fisioterapia acerca de la importancia de la evaluación del desarrollo infantil y su implicación en las posibilidades de desarrollo que alcanzan los niños.
- Mejorar las condiciones institucionales con la disposición de espacios físicos y recursos para la evaluación del desarrollo infantil en niños sanos y en condición de discapacidad desde edades tempranas.

- Promover el conocimiento, la discusión y el cumplimiento de las normas de evaluación del desarrollo infantil como parte de la atención de la salud integral del niño.
- Es evidente la necesidad de intervenir de forma temprana, desde un modelo ecológico, que permita tomar información de todos los entornos (escuela, familia, hospital, etc.) y promover procesos de intervención para el pleno desarrollo de sus potencialidades que involucren los contextos naturales del niño. Aunque reconociendo que las intervenciones tempranas en países en desarrollo pueden ser difíciles de implementar, las acciones de extensión de las universidades pueden favorecer el desarrollo de programas de bajo costo y de alcance comunitario, incluyendo niños con riesgo del desarrollo, tales como visitas domiciliarias, entrenamiento de cuidadores de niños en guarderías y escuelas infantiles y la participación de los padres como agentes primarios para la detección de rezagos y desviaciones del desarrollo.
- Tal como se ha demostrado a lo largo de esta investigación, aún persiste una visión mecanicista del cuerpo, de ahí que las evaluaciones se realizan únicamente hacia el diagnóstico de los déficits. Desde esta perspectiva muchos niños tendrán déficits toda la vida y no se puede limitar la fisioterapia al tratamiento de los mismos.

Las evaluaciones deben conducir a la identificación de potencialidades no sólo motoras, incluyendo también las funciones cognitivas, emocionales y del lenguaje, para la equiparación de oportunidades de los niños y adolescentes en condición de discapacidad que le permitan participar de manera activa en procesos sociales como la inclusión escolar o laboral.

- Se sugiere la construcción de Guías de evaluación en fisioterapia pediátrica basadas en la evidencia. Es necesaria la utilización de métodos que garanticen la efectividad y eficiencia de las evaluaciones. Los instrumentos utilizados deben cumplir con características de: validez, fiabilidad, aplicabilidad, flexibilidad y especificidad.
- Presentar y debatir los resultados de esta investigación en las agremiaciones académicas y científicas en fisioterapia con el fin de contribuir en la toma de decisiones relacionadas con acciones que permitan mejorar la calidad de atención que se brinda a la población pediátrica en todos los niveles de atención.
- Difundir el presente trabajo en las instituciones formadoras de fisioterapeutas a fin favorecer la reflexión sobre la importancia de enfatizar la enseñanza específica de fisioterapia, en especial de la evaluación del desarrollo infantil.
- La fisioterapia como profesión de la salud tiene una alta proyección y un gran desafío para los próximos años, el cual se ha sustentado no sólo en la necesidad de plantear modificaciones desde la práctica profesional sino desde la academia y las agremiaciones. Lo expuesto respalda la iniciativa de plantear currículos de formación en fisioterapia, contruidos a partir de información real, oportuna y coherente con el contexto social. Es de fundamental trascendencia que los futuros profesionales estén en condiciones de responder acertadamente a lo que la sociedad espera de ello con sentido crítico y transformador en una sociedad globalizada que exige unos estándares mínimos de calidad a los estudiantes y a los profesionales del área de la salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Developmental surveillance and screening of infants and young children. Committee on children with disabilities Pediatrics. 2001.

ANASTASIOU N. Implications of the neurobiological model for early intervention, Paul H. Brooks. Baltimore; 1993

ASCOFI-ASCOFAFI-ICFES. Requisitos para la creación y funcionamiento de los programas de pregrado en Fisioterapia. Bogotá; 1998.

ASOCIACION COLOMBIANA DE FISIOTERAPIA. Estatutos. Bogotá, 2001.

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE FISIOTERAPIA. Estatutos. Bogotá, 1998.

BEDREGAL P. Evidencias científicas sobre eficacia y efectividad en la atención de niños entre 0 y 4 años. Documento en Foco; 2006.

BECKWITH L. Adaptive and maladaptive parenting: Implications for intervention. Handbook of early childhood intervention. New York: Cambridge University Press; 1990.

BRONFENBRENNER U. The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.

BURNS Y, MACDONALD J. Fisioterapia e crescimento na infância. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1999.

CAMPOS A, LOPEZ C. Análisis desde una Perspectiva Nacional e Internacional del perfil del Fisioterapeuta y su Realidad Frente a las Necesidades del Mercado. Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia; 2007

CARDONA A, LEAL G. Desarrollo y Proyección Futura de la Fisioterapia en Colombia. Revista ASCOFI, Vol. 37; 1992.

CHERRY D, KNUTSON L. Curriculum Structures and Content in Pediatric Physical Therapy: Results of Survey of Entry-Level Physical Therapy Programs. Ped Phys Ther; 1993.

CLENAGHAN B, GALLAHUE D. Movimiento Fundamentales: Su Desarrollo Y Rehabilitación. Editorial Panamericana; 1985.

CONDE F. Informe sobre la salud y la mujer. Madrid: Consejería de Salud; 1994.

CUSMINSKY M. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1986.

DAVID R. Psicología del desarrollo Infancia y adolescencia. Ediciones. Ibero editors; 2001

DIXON R y Otros. The concept of development in the study of individual and social change; 1991

FERNANDEZ J. Elementos que Consolidan el Concepto Profesión. Notas para su reflexión. Revista Nedie Vol. 3, Núm. 2, 2001.

GARBARINO J, GANZEL B. The human ecology of early risk. Handbook of early childhood intervention. Cambridge University Press: New York; 2000.

GAVIRIA A. Memorias del seminario taller Docencia y Servicio en los Sistemas Locales de Salud. Medellín: Universidad de Antioquia; 1993.

GONSALVES E Y Otros. Estudio Comparativo de las Escalas de Valoración del Desarrollo Psicomotor del niño, Utilizadas por los Fisioterapeutas de la Región de Lisboa y Vale de Tojedo Portugal y Fisioterapeutas Extremeños; 2004.

GUBER R. El salvaje metropolitano. Legasa, Buenos Aires; 1991

HALPER R, GIUGLIANI E y Otros. Factores de risco para sospeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. J Pediatr. Rio J; 2000.

HAMEL J, DUFUOR S. Case study methods. Sage Publications;

HERNANDEZ G. Criterios y Procedimientos para la Verificación de Estándares de Calidad de Programas Académicos de Pregrado en Ciencias de la Salud. Universidad Industrial de Santander; 2004.

HERNANDEZ J. El método cualitativo y su aplicación en fisioterapia. Revistas Salud UIS. Universidad Industrial de Santander; 2007.

HORMIGA C Y otros. Reproducibilidad y validez convergente de la Escala Abreviada del Desarrollo y una traducción al español del instrumento Neurosensory Motor Development Assessment. Universidad Industrial de Santander; 2008.

KROES M. Early motor. Psychosocial and behavioral characteristics of attention-deficit/hyperactivity disorder. (thesis). Maastricht: Maastricht University; 2000.

KAY T, MYERS A, HUIJBREGTS M. How far have we come since 1992? A comparative survey of physiotherapists' use of out-come measures. Physiotherapy Canadá; 2001.

LEY 528 de 1999.

MCCRACKEN G. The long interview. London. Sage; 1988.

MARGARIT A. La entrevista en la investigación cualitativa”, Colección Papeles de Investigación, Escuela de Comunicación Social, Rosario, 2000.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Salud; 2000.

MINUCHIN S. y FISHMAN H. Técnicas de terapia familiar. Paidós, México; 1990.

OSOFSKY J, THOMPSON D. Adaptive and maladaptive parenting, Handbook of Early Childhood Intervention; 2000.

PALACIO M. Más Allá de la Supervivencia: El Desarrollo Infantil. En OPS, Min Salud y FARB. Crecimiento y Desarrollo Integral: un marco conceptual desde el saber y la experiencia. Bogotá; 2006.

RAMIREZ H, BASTIDAS M y Otros. Evaluación del proceso de implementación del programa Salud Integral para la Infancia “SIPI” o Crecimiento y Desarrollo, en el Municipio de Medellín. (Informe de investigación). Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.

ROTHSTEIN J. Measurement in physical therapy. Londres: Churchill Livingstone; 1995.

SAMEROFF A, FIESE B. Transactional regulation and early intervention. En Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge. University Press; 1990.

VASTA R, HAITH M y MILLER S. Psicología infantil. Barcelona: Ariel Psicología; 1992

WCPT. 14 Congreso Internacional. Barcelona; 2002.

WIART L, DARRAH J. Review of four tests of gross motor development. Dev Med Child Neurol. 2001; 43:279-85. (thesis). Maastricht: Maastricht University; 2000.

SAUTU, R. Todo es teoría. Objetivo y métodos de investigación. Lumiere. Buenos Aires Argentina; 2003

SARMIENTO M, y Otros. Nivelación y Globalización Curricular de la Fisioterapia y la Kinesiología en América Latina. Arfo casa Editorial. Bogotá; 2004.

YACUZZI E. El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación. CEMA Working Papers; 2005.

YIN R. Case Study Research. Design and Methods. London: SAGE; 1994.

ANEXOS

Anexo 1. Guía para la Observación:

Antes de la observación:

- Se realizarán visitas frecuentes a los sitios de la rotación para lograr la aceptación en el espacio físico así como la aceptación social.
- Se identificarán los escenarios y horarios del proceso de intervención
- Se revisarán los patrones y criterios de observación para focalizar en ellos la atención y optimizar el tiempo.
- Se contará con elementos como papel y lápiz para tomar algunas notas de ser necesario.
- Se organizará el equipo de la filmación y se hará una grabación de prueba que no exceda 5 minutos para asegurar el buen funcionamiento de los mismos.

Durante la observación:

- El observador no tendrá ninguna participación en el proceso, su presencia no debe interferir en la forma como se producen las situaciones durante las intervenciones.
- El observador permanecerá en cada lugar todo el tiempo que dure la intervención.

Después de la observación:

- Revisar que la información esté contenida en la cámara de video y que la calidad grabación permita la posterior transcripción.

- La digitalización se realizará en un “archivo Plano”, esto significa que se debe emplear un tipo de letra estándar en todos los textos transcritos y no usar ningún tipo de variación que modifique la homogeneidad de los escritos como el resaltador, negrilla o subrayado.
- Los textos serán guardados en archivos bajo una denominación lógica y fácil de recordar de manera que sean fácilmente recuperables para su análisis.

Patrones de búsqueda	Criterios
Espacio físico y recursos	Observar: <ul style="list-style-type: none"> • Equipos • Insumos • Materiales • Espacios destinados en cada institución para realizar las evaluaciones.
Procesos de atención en la evaluación del desarrollo infantil	Observar: <ul style="list-style-type: none"> • Características de los niños atendidos • Actividades de la atención en fisioterapia • Tiempo destinado a la evaluación.

Anexo 2. Guía para la entrevista:

Antes de la entrevista:

- Se programará con cada estudiante la fecha y hora.
- Se buscará un espacio que garantice condiciones como el control de distractores, privacidad y comodidad que generen confianza y seguridad en el entrevistado y que garanticen la calidad del registro en video.
- Se revisará la guía de preguntas estructuradas.
- Se contará con elementos como papel y lápiz para tomar algunas notas de ser necesario.
- Se organizará el equipo de la filmación y se hará una grabación de prueba que no exceda 5 minutos para asegurar el buen funcionamiento de los mismos.

Durante la entrevista:

- Se explicará al entrevistado el objetivo de la actividad para disminuir la ansiedad ante el cuestionario y frente al hecho de ser filmado mientras responde.
- Se explicará la forma en que se llevará a cabo la entrevista: “Yo hago las preguntas primero, y luego será su turno”.
- Antes de iniciar con el tema se harán preguntas introductorias para generar un clima de confianza. Estas serán controladas para no excederse en el tiempo y desarrollar el cuestionario de preguntas.

Después de la entrevista

- Revisar que la información esté contenida en la cámara de video y que la calidad grabación permita la posterior transcripción.
- La digitalización se realizará en un “archivo Plano”, esto significa que se debe emplear un tipo de letra estándar en todos los textos transcritos y no usar ningún tipo de variación que modifique la homogeneidad de los escritos como el resaltador, negrilla o subrayado.
- Los textos serán guardados en archivos bajo una denominación lógica y fácil de recordar de manera que sean fácilmente recuperables para su análisis.

GUIA DE PREGUNTAS ABIERTAS

1. Significado de desarrollo infantil

2. Utilidad de la evaluación del desarrollo infantil

3. Intervención del fisioterapeuta en la evaluación del desarrollo infantil

4. Instrumentos aplicados para llevar a cabo la evaluación del desarrollo infantil

5. Conocimientos para realizar la evaluación del desarrollo infantil

6. Registro de resultados de la evaluación del desarrollo infantil

7. Aspectos que condicionan la evaluación fisioterapéutica del desarrollo infantil por parte del fisioterapeuta

8. Conocimiento de programas del gobierno o normatividades legales donde se contemple la evaluación y seguimiento del desarrollo infantil

9. Propuesta para mejorar la evaluación del desarrollo infantil

Anexo 3. Guía para el análisis documental:

Se realizará siguiendo los siguientes pasos: Fuente (Sandoval 2002)

1. Rastreo e inventario de documentos relacionados con el fenómeno objeto de análisis.
2. Clasificación de los documentos identificados.
3. Selección de los documentos relacionados con los intereses de esta investigación.
4. Lectura en profundidad del contenido de los documentos seleccionados para extraer elementos de análisis que serán consignados en “memos” que registren convergencias, divergencias, patrones que se vayan descubriendo.
5. Construcción de síntesis a partir de la lectura cruzada y comparativa de los documentos en relación con los hallazgos. De modo que sea posible construir una síntesis comprensiva total del fenómeno analizado en esta investigación.

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
DESARROLLO INFANTIL
MAESTRÍA EN DESARROLLO INFANTIL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN**

Lugar/Fecha _____

Yo _____, con documento de

Identidad número _____

Acepto mi participación

En el proyecto de investigación titulado: EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL. UN ESTUDIO DE CASO

Registrado ante el Grupo de Investigación en Desarrollo Infantil Código: _____

El objetivo del estudio es: Comprender el proceso de evaluación del desarrollo infantil en la formación de fisioterapeutas, en la práctica formativa de Infancia y Adolescencia de la Universidad Santiago de Cali.

Se me ha explicado que la participación consistirá en: Una entrevista individual estructurada.

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento y de haber recibido de PAOLA PENAGOS GÓMEZ explicaciones verbales y respuestas satisfactorias a mis inquietudes, habiendo dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente

manifiesto que he resuelto autorizar mi participación. Además, expresamente autorizo al Equipo de Investigación para usar la información en otras futuras investigaciones.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, Inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

- El diligenciamiento de la encuesta se considera un procedimiento sin riesgo a nivel médico y/o psicológico.
- No se dará esta información personal a nadie por fuera del grupo y nunca se publicarán ni se divulgarán a través de ningún medio los nombres de las personas participantes en esta investigación.
- Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para mejorar los procesos académicos, de intervención e investigación en la formación de fisioterapeutas.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier condición no prevista, si esta información se considera importante para mi cuidado y/o bienestar, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que por ello deba dar explicaciones. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma o huella del

Participante

**Nombre, firma y cédula del
Investigador Responsable.**

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 3960113 (fijo) 3248622579 (móvil)

Testigos (Firma y Cédula)

1. _____

2. _____

NOTA: Lo anterior para efecto de lo establecido en la Ley 23 de 1981, su decreto reglamentario 3380 de 1981; en la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de salud y en las demás normas que lo modifiquen.