



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

PERCEPCIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL Y FACTORES DE  
RIESGO EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES DE  
CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO  
FEDERICO GÓMEZ.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

PEDIATRÍA

PRESENTA

DR. LEVI ARTURO ROMÁN CABALLERO  
DIRECTOR DE TESIS: DR. ANTONIO RIZZOLI CÓRDOBA

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2019





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

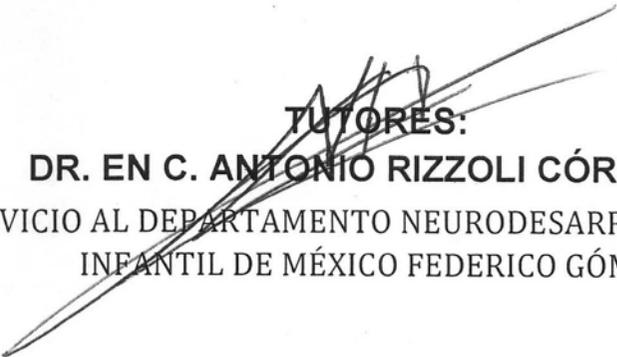
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

Ciudad de México a 29 de junio de 2018

**HOJA DE FIRMAS**

**DRA. REBECA GÓMEZ CHICO VELASCO**  
DIRECTORA DE ENSEÑANZA Y DESARROLLO ACADÉMICO

  
**TUTORES:**  
**DR. EN C. ANTONIO RIZZOLI CÓRDOBA**  
JEFE DE SERVICIO AL DEPARTAMENTO NEURODESARROLLO DEL HOSPITAL  
INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

## **Dedicatorias**

Agradezco este trabajo a mis padres Jorge Arturo Román Vázquez y Marcela Caballero Díaz, así como a la Unidad de Neurodesarrollo Infantil del Hospital Infantil de México Federico Gómez y al todo el personal involucrado durante el proceso del mismo.

## Índice

1. Portada
2. Firmas.
3. Dedicatorias.
4. Índice.
5. Resumen.
6. Introducción.
7. Antecedentes.
9. Marco teórico.
17. Planteamiento del problema
18. Pregunta de investigación.
19. Justificación.
20. Objetivo.
21. Hipótesis.
22. Material y métodos, criterios de inclusión y exclusión, descripción de la población.
23. Características del cuestionario.
24. Descripción del estudio y variables.
26. Consideraciones éticas.
27. Análisis de resultados.
29. Discusión.
32. Conclusiones.
33. Tablas de frecuencias.
41. Referencias.
43. Anexo 1. Cuestionario-encuesta.

## Resumen

La importancia del desarrollo infantil temprano es clave para el desarrollo de un país, en México actualmente se cuentan con programas que son incluyentes para la atención de la niñez. Este estudio de encuesta determina puntos clave, que si bien no pueden generalizarse por el número de muestra, se pueden estimar ciertos asuntos.

La encuesta trato sobre lo siguiente: información sobre cuidado del bebé durante la gestación, orientación sobre alimentación adecuada en el embarazo, orientación sobre cuidado sensible y cariñoso del bebé, percepción de servicios de salud mental orientada a la madre, percepción de crianza efectiva con juego y lectura, percepción sobre ambiente familiar y violencia intradomiliaria, percepción del juego extradomiliario, percepción del apoyo laboral para el cuidado del bebé, percepción y acceso a estimulación temprana, acceso y detección de alteraciones en preescolar, información sobre la lactancia materna y duración de la administración.

La población objetivo fueron los cuidadores de pacientes que acuden a servicios de consulta externa del Hospital Infantil de México.

La atención al desarrollo infantil temprano tiene múltiples aristas, las cuales deben atenderse de forma particular, este estudio de encuesta delimita algunas situaciones que pueden atenderse desde la perspectiva de la difusión de información, por tanto, podría considerarse, que a la población que concierne estar atendida en este hospital, se le pueden ofrecer pláticas y talleres orientadas al conocimiento del desarrollo infantil, esto para mejorar la condiciones de la población en general y el futuro de los niños.

## Introducción

El neurodesarrollo en México ha tomado importancia desde finales de los años 90 y previamente, no existía dentro de la agenda pública (16). Se ha demostrado, que a través de la planeación, hacia la intervención de las necesidades infantiles, producen grandes beneficios hablando de relación inversión-resultado, conociendo que esto es la base del capital social y el desarrollo económico (4). La identificación temprana de alteraciones en el desarrollo es esencial para el bienestar de los niños y sus familiares, la intervención temprana de alteraciones traduce mejor funcionalidad de la edad adulta (5). El tema del neurodesarrollo no fue algo que vino a dar a luz, ni preocupó a los médicos sino hasta fines del siglo XVI, cuando Johan H. Pestalozzi comienza las primeras descripciones del desarrollo infantil; tiempo en el que el término “infancia” se acuñó por primera vez, con esto se le dio la importancia al paciente pediátrico, no como un adulto, sino como ente con necesidades y atenciones únicas. A partir del siglo XX se vio el auge de la pediatría, en sus múltiples ramas de atención, en 1990 inició el estudio del desarrollo psicomotor desde la perspectiva de la neurociencia. Actualmente se reconoce que el desarrollo es un proceso individual, con transiciones, de cambio sistemático, gradual y adaptativo (1). El pediatra es quien debe conocer a profundidad las características propias en las diferentes etapas de la niñez, pues se sabe que no solamente depende de la genética, sino de las particularidades del ambiente que rodea al niño, nutrición y condiciones maternas. Se habla entonces, que considerando todos los factores que involucran la primera infancia, además de los programas existentes en el país, se requieren aun de mayor difusión de información, mayor participación de centros que permitan orientar a la sociedad, a las familias y a la comunidad médica hacia la importancia de permitir la adecuada infancia a todos nuestros niños.

## Antecedentes

Cuando se habla de neurodesarrollo en México, se debe tomar en cuenta el tiempo que ha tomado concientizar sobre la importancia de la primera infancia; hace 25 años no existía dentro de la agenda pública la importancia del desarrollo infantil (16). Sin embargo, se ha demostrado, a lo largo de diversas evidencias, que la planeación de programas sociales, hacia la intervención de las necesidades infantiles, producen grandes beneficios hablando de relación inversión-resultado. Últimamente se ha dado la tarea de investigar ampliamente sobre el desarrollo humano, conociendo que éste es la base del capital social y el desarrollo económico (4). La identificación temprana de alteraciones en el desarrollo es esencial para el bienestar de los niños y sus familiares, aunado a un diagnóstico adecuado y a la intervención oportuna, esto gracias a la intervención multidisciplinaria; la intervención temprana de alteraciones traduce mejor funcionalidad de la edad adulta (5).

El conocimiento actual de desarrollo infantil, además de su importancia para la neurociencia y la medicina, tiene implicación en el bagaje social, desde 1990 el marco público ha expandido notoriamente el perfil de la neurociencia, este panorama establece que las experiencias tempranas en la infancia se imprimen y provocan cambios en el cerebro infantil que posteriormente se manifiestan en la adultez. El entendimiento de la neurobiología del desarrollo es indispensable para promover el adecuado desarrollo cognitivo y emocional de los individuos (34). Actualmente, existe una tendencia social, caracterizada por conocimiento público de puntos clave de la infancia, como la protección del periodo neonatal, alertando a las futuras mamás de los riesgos que pueden prevenirse durante el desarrollo fetal, la importancia de la nutrición infantil y el desenlace que esto puede tener en el desarrollo cerebral y las implicaciones sociales del ambiente familiar y de la calidad de las relaciones entre padres e hijos (8). La representación del conocimiento público está concentrada en la alimentación materna, la lactancia y la crianza sensible y el ambiente familiar.

La crianza amorosa, es un recurso tangible que tiene efectos demostrables en la neurobiología de la infancia, así como también el juego es una actividad primaria mediante la cual se forjan las características sociales y cognitivas de la infancia (8).

Se habla de la importancia de programas que involucren no solamente a la familia en el desarrollo infantil, sino de la intervención de múltiples ámbitos, pues la implicación de la sociedad, la gobernación, los cuidadores ajenos a los padres, las actividades escolares, la participación del pediatra o médico de primer contacto, así como de la educación impartida tanto a padres como a cuidadores, han dado a la tarea de establecer un plan para lograr que cada niño desarrolle su máximo potencial.

Si bien nos enfrentamos a cuestiones multivariadas, la creación de programas a gran escala, han dado resultados alentadores, se tiene en América Latina, “Chile Crece Contigo”, programa multisectorial basado en evidencia con participación de la sociedad civil y con voluntad política que desde 2007 dio inicio y actualmente cubre 80% de la población objetivo con resultados claros sobre la importancia de la educación materna, la alimentación adecuada para la infancia, ambiente de cariño y amor (4), hasta el programa colombiano “De Cero a Siempre” como estrategia nacional multisectorial de atención integral a la primera infancia.

En México, el plan nacional de desarrollo 2013-2018 tiene la línea de acción de promover acciones desarrollo infantil temprano, con la intervención del HIMFG (Hospital Infantil de México Federico Gómez) dentro del plan PROSPERA, el modelo “Promoción y atención del desarrollo infantil” (PRADI) con planes de detección y atención oportunas de problemas en el desarrollo. El desarrollo infantil representa un reto para el sistema de salud, se debe garantizar la equidad en la atención y la protección financiera para el bien infantil (4); se busca entonces, que todos los niños a nivel nacional cuenten con las mismas condiciones que permitan el mayor potencial de sí mismos (4). Pues la falla en ofrecer adecuada estimulación y cuidado neurobiológico, amenaza no solamente con la salud física, sino con el desarrollo integral de la persona, de esta forma no solamente se habla de cubrir un elemento para el inicio del cuidado, sino de la implementación adecuada de los programas gubernamentales, la difusión de información puntual, relevante y comprensible para la sociedad y la concientización a las comunidades (8).

## Marco teórico

A partir del siglo XX se vio el auge de la pediatría, en sus múltiples ramas de atención, en 1990 inició el estudio del desarrollo psicomotor desde la perspectiva de la neurociencia. Actualmente se reconoce que el desarrollo es un proceso individual, con transiciones, de cambio sistemático, gradual y adaptativo (1). El pediatra es quien debe conocer a profundidad las características propias en las diferentes etapas de la niñez, pues se sabe que no solamente depende de la genética, sino de las particularidades del ambiente que rodea al niño, nutrición y condiciones maternas. Entendido como un proceso de interacción entre el niño y múltiples variables, en el que se obtienen, de forma escalonada la maduración del sistema nervioso central y periférico, funciones mentales superiores y formación de personalidad. Para que estos cambios se lleven de forma armónica, se conocen periodos críticos de interacción: la gestación y los primeros 5 años de vida, con eventos de maduración que pueden verse afectados por sinnúmero de motivos, v.gr.: consumo materno de alcohol, hipoxia neonatal, desnutrición. Tomando en cuenta esto, y de forma muy sucinta, la proliferación neuronal ocurre en la primera mitad de la gestación, la migración neuronal en el segundo trimestre. Cada neurona puede tener entre 7,000 – 10,000 sinapsis; las cuales posteriormente se modelan según la exposición a factores internos y externos; la mielinización inicia a finales del tercer trimestre y puede verse afectada por condiciones maternas v. gr.: desnutrición, hipotiroidismo.

La valoración de los hitos del neurodesarrollo como forma de evaluación del proceso, lleva el inconveniente de que existen rangos de variabilidad amplios considerados “normales”, para esto hay que considerar que es mejor valorar una adecuada secuencia que un determinado logro puntual (2). Torna entonces que el periodo crucial para considerar una adecuada infancia abarca desde la gestación hasta la primera infancia (0 – 6 años), como punto de partida para exponer factores modificables y no modificables que tengan efecto directo en la calidad de vida de los niños.

Existen evidencia suficiente para determinar las características adecuadas que debe tener la niñez. La buena crianza necesita de nutrición apropiada, acceso a salud, estimulación, ambiente de cariño y amor, acceso a cuestiones académicas y protección de ambientes nocivos.

Existe inequidad marcada en estas condiciones; para el 2007, un estudio publicado por la revista "Lancet", Walker SP et al (17), estimaron que más de 200 millones de niños a nivel mundial, en países de escasos recursos no se encontraban en las mejores condiciones para lograr su potencial de desarrollo secundario a: pobreza, desnutrición e inadecuado acceso a educación. Otro estudio publicado por Lancet en el 2011 (15), toma en cuenta los riesgos para el desarrollo infantil en menores de cinco años, siendo estos los principales:

1. Nutrición materna: en países en vías de desarrollo, con alto nivel de pobreza y marginación, es común encontrar entre el 10-19% de mujeres con IMC <18.5 kg/m<sup>2</sup>, como en África subsahariana y Asia del sur. Se evidenció en Bangladesh que los hijos de mujeres desnutridas presentaron déficit para resolución de problemas a los 7 meses, en comparación con mejor habilidad en niños a quienes sus madres fueron suplementadas en la gestación temprana; la ganancia ponderal durante la gestación sirve como indicador para el peso al nacimiento, la suplementación adecuada y el balance energético-proteico adecuado reduce los nacimientos con pesos bajo para la edad gestacional. Así como evidencia suficiente como para determinar que la suplementación de micronutrientes durante la gestación se relaciona con aumento en el peso al nacimiento (18).
2. Nutrición infantil: aunque se conocen ampliamente los beneficios de la alimentación al seno materno, se reportó que solamente el 39% de los niños entre 0 - 6 meses reciben más de 6 meses de leche materna. La evidencia, al menos en Brasil, presentó a los bebés que fueron alimentados al seno materno por un mínimo de 9 meses, obtuvieron promedios escolares más elevados, extrapolado a un ambiente laboral, se traduce en un incremento del ingreso mensual del 10-15% en comparación con los que no obtuvieron la lactancia por dicho tiempo (21). La desnutrición, y en especial la anemia por deficiencia de hierro, se asocia a cambios electrofisiológicos que muestran maduración cerebral disminuida, asimismo con decremento en cognición y estado socioemocional. De igual forma, el estado de anemia no corregido en un lapso de 6 meses, correlaciona con

disminución del cociente intelectual a los 6 años, en comparación con aquellos a quienes la intervención fue establecida correctamente (22).

3. Enfermedades infecciosas: la importancia del acceso a salud y adecuado saneamiento se evidenció en la frecuencia de enfermedades gastrointestinales, cada evento de diarrea antes de

cumplir dos años contribuye a detención del crecimiento (23).

4. Exposición a agentes tóxicos: La exposición a diversos agentes tóxicos, ya sea de prenatalmente (mediante acceso por la madre) o postnatalmente (a través de la leche materna o el ambiente) se han asociado a trastornos en el desarrollo, la exposición a plomo es un factor para considerar en países en desarrollo, pues concentraciones séricas  $<5$  mg/dL se han asociado retraso en el desarrollo (24). Otros factores que hay que considerar, es la exposición a hidrocarburos aromáticos policíclicos, que son producto de diferentes procesos industriales de combustión, con evidencia de que la exposición prenatal a estos químicos se relaciona con retraso en la adquisición del lenguaje y desarrollo cognitivo en menores de dos años (25).

5. Factores psicosociales: el aprendizaje y la interacción con cuidadores de forma precoz tiene amplios beneficios; las acciones por parte de los cuidadores para fomentar un ambiente de cariño incluyen, atención y sensibilidad hacia el menor, evitación de castigos físicos. La pérdida de estos factores, de una adecuada interacción entre cuidador y menor, merma el potencial de desarrollo (17).

6. Atención psicológica: La atención a madres con alteraciones emocionales usualmente es nula en países en vías de desarrollo, esto por tener lugares de atención lejanos a las comunidades de las madres afectadas o simplemente de su inexistencia en las localidades. La depresión materna no tratada disminuye la calidad de la atención hacia el niño, volviendo la interacción de madre-hijo poco eficiente y con esto, desarrollo infantil ineficiente, con riesgo de retraso en el crecimiento, así como sentimientos de apego ausentes (26). Asimismo, cuando existe intervención hacia las necesidades de las comunidades afectadas, en donde los síntomas depresivos se disminuyeron, hubo mejoría en la sensibilidad de las madres hacia los hijos y aumentó el tiempo de juego con los menores (27).

7. Violencia: se estima que al menos 300 millones de niños menores de cinco años han sido expuestos a violencia social; estos niños presentan inseguridad para el apego (28), aumentan el riesgo de presentar problemas de conducta y agresividad (29) y presentan menor nivel de proactividad social, esto secundario a la ruptura de la estructura familiar y el menoscabo en la crianza que esto implica por borramiento de la imagen paterna y alteración en la maduración emocional de los niños (29).

Otro factor importante, que ha sido relevante, es el cambio en las estructuras familiares. Si bien la familia sigue siendo la unidad funcional de la sociedad, las diligencias que estas realizan son ampliamente diversas; no corresponden en similitud las actividades que realiza la familia de origen rural que la que se encuentra en un lugar urbano, ni las actividades de la familia en medio semiurbano. Todo vira hacia la universalización, con la meta de lograr las mismas oportunidades para todos. Sin embargo, algo que todas las familias pueden tener acceso, es al juego (30).

El juego, es un derecho de todos los niños (30), actualmente muchos están siendo criados en ambientes altamente competitivos que cambia el panorama deseado. Los beneficios del juego son múltiples, no solamente para el desarrollo de destreza y creatividad, permiten la exploración del mundo que les rodea, adquieren información sumamente valiosa sobre las vivencias, desarrollo de competencias, socialización y sobre todo apego con sus cuidadores. El tiempo de esparcimiento permite que se desarrolle la capacidad de decisión y descubrimiento de áreas de interés propio. La interacción del juego permite a los niños, encontrar las formas para darse a expresar con sus cuidadores y congéneres, mejorando la oportunidad de desarrollar capacidades sociales. Existe una tendencia reciente a disminuir el tiempo efectivo de juego, en donde interviene, la función familiar y el curso escolar. La dinámica familiar en la que ambos cuidadores laboran disminuye el tiempo de supervisión hacia la recreación libre, la opción de actividades extracurriculares provee de alternativas que no fáciles de solventar para la mayoría de los individuos.

La profesionalización de la paternidad (31) es un fenómeno al que se conoce como la constante competencia por parte de los cuidadores de cumplir con las expectativas sociales que demanda el cuidado de un hijo, sin dejar a un lado la oficina; se genera culpa

y ansiedad, así como frustración por no lograr el balance entre trabajo y crianza, usualmente por anteponer los logros

profesionales a la paternidad. Esto fundamentado por cuestiones tanto sociales como políticas, se habla de buscar un futuro alentador para los vástagos, con acceso a educación de calidad, a universidades prestigiosas. Esto se ve impregnado en la mentalidad hacia la disminución del tiempo libre a un incremento en carga académica, esto es, promover mayor tiempo en aulas y menor tiempo en áreas de esparcimiento. El enfoque mundial centraliza los logros académicos y aritméticos y diezma las áreas de arte, educación física y valoración personal. En su contraparte, ahora mirando desde el lado de los niños, el estrés de cumplir con las expectativas, de no quedarse atrás, también son factor de ansiedad y angustia (32).

La conjetura de las evaluaciones, los logros y las metas fijadas por los padres y no por los niños, alimentan la inquietud de perfección, posición que no corresponde para el estándar de infancia. Asimismo, estos no son los únicos límites que impresionan para la disminución global de tiempo de recreación, la asequibilidad de aparatos electrónicos fomenta un estilo de vida sedentario, en donde es más fácil mirar una pantalla que a interactuar con personas (33).

Igualmente, hemos de centrarnos no únicamente en lo académico, la presencia de violencia comunitaria provoca que los niños prefieran pasar mayor tiempo bajo techo en vez de salir. El verdadero reto para la sociedad, las unidades académicas y padres, es el encontrar un equilibrio que permita a todos los niños, en las mismas condiciones, alcanzar el máximo potencial sin ir más allá de los límites personales (12).

Los rasgos propios de una infancia adecuada, permite generar personas socialmente funcionales, así estos niños con la suma de atención pregestacional, ambiente de cariño y amor, paternidad eficaz, adecuadas condiciones académicas y de juego serán entes seguros, competentes, empáticos con las necesidades sociales y capaces de crear y demostrar amor, seguridad y cariño a las nuevas generaciones (4).

La carencia de una adecuada infancia se traduce en afectación en el desarrollo encefálico, en parte desregulación del eje hipotálamo-hipofisario, con esto, alteración en

la actividad eléctrica cerebral y baja eficiencia para procesos cognitivos; esta secuencia, con riesgo de daño acumulado, se establece con cada factor alterado y exposición anómala durante la infancia; además existe

evidencia por neuroimagen de niños prematuros que sugieren alteraciones micro y macroestructurales encefálicas. Esto, por tanto, resalta el origen neurobiológico de las manifestaciones tanto motoras como conductuales presentes en las diversas exposiciones de los trastornos (19).

En México, cuando se habla de trastornos del desarrollo, se toma en cuenta al grupo de alteraciones que interfieren con la adecuada maduración y funcionamiento personal. Estas no siempre son evidentes en lesiones estructurales, y pueden manifestarse como déficits motrices, de lenguaje, aprendizaje o conductuales. En México, se estima que para el 2010 había 1.2 millones de infantes con secuelas motoras, sensoriales y cognitivas graves; 7,200 casos relacionadas exclusivamente a parto pretérmino y alteraciones gestacionales; actualmente de todos los prematuros nacidos en el país, se estima que 13-24% presentarán trastornos neurológicos y 6-13% déficit intelectual (19).

En los últimos 25 años el desarrollo infantil temprano ha tomado importancia sustancial en programas gubernamentales a nivel mundial. Se habla que el desarrollo infantil es la base del capital social que permite un adecuado desarrollo económico al país, siendo central para los objetivos de desarrollo sostenible propuestos por la UNESCO. A nivel mundial, se estima que el 43% de los menores de cinco años se encuentran en riesgo de retraso aunado a condiciones de pobreza y desnutrición (4).

Para la evaluación del desarrollo se cuentan con diversas evaluaciones creadas con el fin de establecer la maduración y nivel de atención que ameritan los niños identificados, se cuenta con un estudio realizado por Orcajo-Castelán *et al*, en donde se realiza un análisis de las pruebas para la detección de problemas en el desarrollo; se identificaron siete pruebas creadas en México sin embargo solamente 5 se evaluaron en los resultados se determinó que si bien no existe una prueba de tamizaje ideal, estas deben estar orientadas hacia las características poblaciones en quienes se aplicarán, por tanto, la prueba de mejor calidad de reporte es VANEDELA (Valoración neuroconductual del desarrollo del lactante) y la de menor riesgo de sesgo, la prueba de EDI (Evaluación del

desarrollo infantil) (5). Posteriormente en un modelo de vigilancia realizado en una unidad de medicina familiar; la prueba VANEDELA cuenta con un nivel de sensibilidad del 79-85% y especificidad del 71-84% para detección y seguimiento de lactantes en riesgo (20) que si bien resulta adecuada, al centrarse únicamente en lactantes y al ser una prueba que puede manifestar falsos negativos, se necesita extender el espectro de edad para cubrir a todos los niños en edad de riesgo, esto es de los 0 a 59 meses, la prueba EDI evaluó una población significativa en un estado de república con características demográficas muy similares a las condiciones del país; la prueba EDI modificada presenta una sensibilidad del 89% y especificidad del 62% para el rango de edad de la población antes descrita, tiene un modo de evaluación mixto, tanto observacional como de interrogatorio indirecto y ejemplifica como éste tamiz presenta mejor espectro para la detección de alteraciones del desarrollo.

Tenemos entonces, que la prueba EDI ya forma parte desde el 2013 del Plan Nacional de Desarrollo, con el plan para PROSPERA desarrollado en conjunto por el HIMGF el modelo PRADI, con componentes de detección y atención oportunas. Asimismo, el plan nacional acata centros de primer nivel de atención para el programa, así como planes de difusión de información, intervención oportuna y preparación de personal de salud necesario.

La identificación oportuna de problema del desarrollo es fundamental para el bienestar no únicamente de los niños sino también de sus familiares, de este modo, al asemejar las alteraciones, se pueden planear intervenciones y tratamiento precoz, al menor que se expone a dichas prácticas de mejora se relaciona a mejor nivel de funcionalidad en la edad adulta en múltiples esferas.

Las características de una buena crianza incluyen el acceso a buena nutrición, tanto materna como infantil, sistema de salud eficaz y de buena calidad, plan para estimulación temprana, ingreso a actividades de aprendizaje y academia, protección de ambientes nocivos tanto intrafamiliares como sociales y trato amoroso y cariñoso por parte de cuidadores; se ha demostrado que las intervenciones anticipadas ofrecen resultados tempranos. Sobre todo, hay que apoyar el aprendizaje y protección de los niños, fomento a la educación pregestacional, atención integral del recién nacido, educación a la alimentación materna, prevención de ambientes infecciosos, y la estipulación de

programas de crianza orientadas al cuidado cariñoso y sensible del bebé. Además de las problemáticas que ocurren, el costo de no invertir en la primera infancia tiene repercusiones sobre la vida laboral y productiva adulta.

Sin embargo nos topamos con diversas problemáticas, más allá de las antes expuestas, si bien se conocen las medidas necesarias, así como la estrategia del Plan Nacional de Salud en donde se especifican las acciones a realizar en los próximos años, la cantidad de cuidadores desinformados, en ambientes adversos, con malas condiciones generales, a quienes no se ha identificado para visitas a domicilio, por contar con factores en común además de los previos, con hospitalizaciones recurrentes, falta de diagnóstico e intervención así como pérdida de seguimiento se encuentran en riesgo de no ser favorecidos por los planes antes descritos. Por lo que se busca conocer, mediante un estudio de encuesta, el estado basal de conocimiento sobre factores de riesgo y de señales de alerta de alteraciones del desarrollo en cuidadores de pacientes que acuden a servicios de consulta externa de este hospital (4).

## Planteamiento del problema

El conocimiento actual del desarrollo infantil ha marcado una tendencia para el adecuado abordaje de las alteraciones del desarrollo en la primera infancia. Los padres al ser los protagonistas necesitan de herramientas para mejorar la detección y atención de niños en riesgo. El conocimiento paterno sobre neurodesarrollo está evidenciado en países desarrollados. Centrada en temas relevantes como: alimentación materna, lactancia, alimentación de la infancia y el ambiente familiar (8). Un estudio realizado en España evalúa el conocimiento de los padres sobre desarrollo infantil, según la interpretación de los cuidadores en presencia o ausencia de hitos del desarrollo (35). Ahora, estos resultados no se pueden extrapolar completamente a México, al ser un país en vías de desarrollo, con características sociales y demográficas diferentes. No existe actualmente evidencia en México, de la percepción del desarrollo infantil por parte de los cuidadores. Asumiendo que la información y educación de los padres de familia es sustancial para una adecuada infancia, es de vital importancia conocer las áreas de oportunidad que se tienen en la población mexicana. La cantidad de cuidadores desinformados, en ambientes adversos, con malas condiciones generales, a quienes no se ha identificado se encuentran en riesgo de no ser favorecidos por los planes antes expuestos. Por lo que se busca conocer, mediante un estudio de encuesta, el conocimiento sobre factores de riesgo y de señales de alarma en cuidadores de pacientes que acuden a servicios de consulta externa de este hospital.

### **Pregunta de investigación**

Con la distribución de programas de salud referentes a la primera infancia, ¿Cuál es nivel de conocimientos y de factores de riesgo sobre la adecuada crianza en cuidadores en una muestra de la población mexicana del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”?

## **Justificación**

Los niños al ser una prioridad para la salud de nuestro país, el esfuerzo de la investigación contribuirá hacia una mejor atención del desarrollo y mejores condiciones para la primera infancia. La información obtenida por la encuesta dará una visión del estado actual de información, así como áreas de oportunidad sobre desarrollo infantil e identificación de factores de riesgo en una muestra de la población mexicana.

## Objetivo

**Primario:** Conocer el nivel de conocimiento que se tiene sobre los factores de riesgo para el desarrollo infantil:

- 1) Educación durante el embarazo.
- 2) Concientización sobre el trato cariñoso y sensible al bebé.
- 3) Evidencia de donde se obtiene información para el cuidado del bebé.
- 4) Cuánta atención se le dedica a la parentalidad efectiva (convivencia con juego y lectura).
- 5) Concientización sobre el ambiente familiar.
- 6) Evidencia del juego libre y características que no lo permiten.
- 7) Evidencia de apoyo laboral orientado el cuidado del bebé.
- 8) Evidencia sobre la difusión de información sobre la lactancia materna, así como la frecuencia de qué tanto tiempo se administra.

## **Hipótesis**

Se logrará evidenciar las áreas de oportunidad que se tienen en una muestra de la población que permitirá mejores planes de acción sobre la percepción paterna del desarrollo infantil y con esto asegurar una mejor crianza en la primera infancia.

## **Material y métodos**

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal mediante entrevista- encuesta, el instrumento fue el cuestionario cuyas alternativas de respuestas fueron leídas y dadas a conocer a los padres que formaron parte del estudio. El instrumento permitió medir la percepción de factores de riesgo sobre desarrollo infantil en cuidadores de pacientes que acuden a consulta externa del HIMFG.

### **Criterios de inclusión:**

- Cuidador primario de paciente de consulta externa del HIMFG.
- Cualquier escolaridad.
- Cualquier nivel socioeconómico.
- Cualquier lugar de origen.

### **Criterios de exclusión**

- Cuidadores con problemas del manejo del español (hablantes de lenguas autóctonas).

## **Descripción de la población**

La población que acude a los servicios de consulta externa del HIMFG, son pacientes que ameritan atención y seguimiento en un centro de tercer nivel; usualmente son referidos de otros nosocomios o acuden por medios propios, la atención es federal, sin embargo la frecuencia de procedencia de pacientes se centra en el Estado de México, Ciudad de México, Hidalgo, Guerrero con la menor frecuencia en Baja California, Jalisco, Quintana Roo, Sinaloa y Tamaulipas, en cuanto al nivel socioeconómico, 44% corresponden a nivel 2 y 26.7% a nivel 1, siendo estos los de más bajo ingreso mensual (36).

## **Cuestionario**

Se elaboró un cuestionario de 27 preguntas para realizar entrevista-encuesta. Se toman en cuenta edad de los encuestados, lugar de origen, último grado de educación y edad del menor. Este cuestionario (anexo 1), contiene preguntas sobre los siguientes aspectos: información sobre cuidado del bebé durante la gestación, orientación sobre alimentación adecuada en el embarazo, orientación sobre cuidado sensible y cariñoso del bebé, percepción de servicios de salud mental orientada a la madre, percepción de crianza efectiva con juego y lectura, percepción sobre ambiente familiar y violencia intradoméstica, percepción del juego extradoméstico, percepción del apoyo laboral para el cuidado del bebé, percepción y acceso a estimulación temprana, acceso y detección de alteraciones en preescolar, información sobre la lactancia materna y duración de la administración. El cuestionario cuenta con 27 preguntas cerradas, 17 de elección única dicotómicas (sí o no), y 10 de elección única de opción múltiple.

## Descripción del estudio

Se realizaron 100 encuestas-entrevistas aleatorias a cuidadores de pacientes que acudieron a consulta externa del mes junio del 2018 en las inmediaciones del edificio Mundet del Hospital Infantil de México Federico Gómez, el control fue personal y el instrumento fue leído, entendido y llenado personalmente. Luego obtenido los datos, fueron añadidos a una base de datos. Para la base de datos y el análisis de resultados se utilizó el software SPSS de IBM versión 20.

## Variables

<b>Variables demográficas</b>	<b>Características</b>	<b>Valor</b>
Edad cuidador	Cuantitativa ordinal	Discreta
Edad del menor	Cuantitativa ordinal	Discreta
Lugar de origen	Cualitativa nominal	Politómica

<b>Variables de confusión</b>	<b>Características</b>	<b>Valor</b>
Grado de estudio de los padres	Cualitativa nominal	Politómica

<b>Variables del cuestionario</b>	<b>Características</b>	<b>Valor</b>
Información en el embarazo	Cualitativa nominal	Dicotómica
De qué no se informó	Cualitativa nominal	Politómica
Información sobre alimentación	Cualitativa nominal	Dicotómica
Pláticas sobre sensibilidad y cariño	Cualitativa nominal	Dicotómica

Pláticas de bienestar materno	Cualitativa nominal	Dicotómica
Información sobre cuidado del bebé	Cualitativa nominal	Politómica
Juego al día	Cualitativa ordinal	Politómica
Lectura	Cualitativa nominal	Dicotómica
Tiempo de lectura	Cualitativa ordinal	Politómica
Ambiente familiar	Cualitativa nominal	Dicotómica
Violencia familiar	Cualitativa nominal	Dicotómica
Características para juego	Cualitativa nominal	Dicotómica
Tiempo de juego	Cualitativa ordinal	Politómica
Motivos no juego	Cualitativa nominal	Politómica
Cuidador con empleo	Cualitativa nominal	Dicotómica
Licencia maternidad por empleo	Cualitativa nominal	Dicotómica
Estimulación temprana	Cualitativa nominal	Dicotómica
Acceso a estimulación temprana	Cualitativa nominal	Dicotómica
Acceso a preescolar	Cualitativa nominal	Dicotómica
Detección preescolar	Cualitativa nominal	Politómica
Intervención de alteración	Cualitativa nominal	Politómica
Información lactancia materna	Cualitativa nominal	Dicotómica
Tiempo de lactancia	Cualitativa ordinal	Politómica
Recibir más información	Cualitativa nominal	Dicotómica
Acudir a pláticas	Cualitativa nominal	Dicotómica

### **Consideraciones éticas.**

- 1. Consentimiento verbal:** Se preguntó de manera verbal la participación en el estudio, tomando en cuenta a los cuidadores que asintieron de manera positiva.
- 2. Anonimato:** Se tomará en cuenta la privacidad de los encuestados, así como su derecho de dejar de participar en la entrevista en cualquier momento, no se tomó ninguna información relacionada a la identificación del personal.
- 3. Confidencialidad:** La información obtenida acerca de los participantes será recolectada con el entendimiento que será utilizada solamente para los fines del estudio.

## Análisis de resultados

Se realizaron 100 encuestas-entrevistas a cuidadores primarios de pacientes de consulta externa, el rango de edad fue amplio de 18-66 años, predominando por 40% los menores de 30 años (tabla 30), el lugar de origen coincidió con los reportes de estadística del hospital, estando en primer lugar aquellos del Estado de México con un 57% y seguidos por los pacientes de la Ciudad de México en un 23%, Michoacán y Guerrero en un 5% y 4% (tabla 1). El último grado de estudio predominante en un 49% fue la secundaria terminada (tabla 2). El 85% de los encuestados refirió haber obtenido información orientada al cuidado del bebé (tabla 3 y 4), y el 54% haber recibido orientación integral (alimentación materna, estimulación temprana, alimentación y aseo del bebé). En cuanto al tema de información sobre alimentación adecuada en el embarazo, el 70% afirma haber recibido orientación apropiada. Sobre la percepción de pláticas orientadas al cuidado sensible y cariñoso del bebé 73 % respondieron que no las hay en la comunidad, en cuanto a las pláticas de salud y bienestar materno 65% asintieron que no existen tampoco en la comunidad.

La atención psicológica orientada a la madre también está mermada, pues sólo el 38% respondió de la existencia de estos programas en la comunidad, de los lugares referidos con atención sobresalió el Estado de México con un 20% del total de la atención. El Centro de Salud es la principal fuente para la obtención de información respecto al cuidado del bebé, 52% lo refirieron como lugar de primer contacto. La lectura resultó presente en un 65% de los encuestados (Tabla 12), el grado escolar no tuvo relación sobre el tiempo, pues los encuestados con grado de secundaria, presentaron mayor tiempo de lectura que los que cuentan con grado de bachillerato (Tabla 12.1).

La concientización del ambiente familiar durante la consulta médica resultó no cuestionada en un 60% (Tabla 13). La violencia familiar no forma parte del ambiente a la que están expuestos los niños en un 90%, sin embargo, las condiciones que no permitieron el juego libre se relacionaron a inseguridad y ambiente adverso en un 49% del total (tablas 15, 16 y 17). El 73% de los encuestados no cuentan con trabajo fijo, y de los que contaron con trabajo, únicamente el 4% obtuvo beneficio de licencia pagada (tabla 18 y 19).

En cuanto al conocimiento sobre estimulación temprana, el 65% respondió conocer el término y solamente el 52% haber tenido acceso (Tablas 21 y 22). El ingreso a preescolar estuvo presente en un 55%. De la población que acudió a preescolar, en el 69% no se detectaron alteraciones puntuales (tablas 23 -24). En cuanto a información y concientización sobre la lactancia materna, el 80% respondió que fue de manera adecuada, el 95% respondió haber administrado alimentación al seno materno, administrando en el 33% por un rango de 6 a 12 meses (tablas 26, 27 y 27.1). El 98% de los encuestados refirió interés en recibir más información y difusión sobre desarrollo infantil, estando el 74% con disposición para acudir a pláticas o talleres orientados al tema (Tablas 29 – 30).

## Discusión

En los resultados recabados por la encuesta se puede observar que la edad de los menores oscila ampliamente, siendo el grupo de preescolares (3-5 años) el predominante con un 32%, que corresponde con la descripción estadística del hospital (36), la edad predominante de los encuestados estuvo entre los 20 – 30 años con 75% de la muestra, lo que evidencia que la mayoría de los padres encuestados están en edad productiva, lo que les permite mayor apertura para ser partícipes activos de la crianza. La gran mayoría de los encuestados acuden desde el Estado de México y la Ciudad de México, permitiendo observar la centralización de la atención que corresponde al territorio de la zona conurbada, sin embargo, el Estado de México, al ser más amplio que la CDMX y contar todavía con zonas rurales entremezcladas con zonas urbanas, las características sociales y demográficas son parcialmente diferentes. El grado de estudio con mayor frecuencia se ubicó en secundaria completa, lo que evidencia la falta de preparación académica de los cuidadores, llama la atención, que la mayoría al encontrarse en rango de la tercera y cuarta década de la vida, abandonaron el estudio de forma precoz, habrá que realizar un análisis más a fondo para determinar la causa del abandono escolar, pues la ignorancia, la desinformación y la falta de educación de los cuidadores se relaciona a crianza no efectiva (15). El centro de salud resultó ser el lugar en donde más frecuente se acude para obtener información (Tabla 8), ahora, esto da noción de la importancia que se le da a los centros de primer nivel de atención en las comunidades y localidades, estos centros no siempre están atendidos por especialistas o médicos titulados, muchos de los Centros de Salud en el país están a cargo de Médicos Pasantes de Servicio Social, que si bien han cumplido con los requisitos académicos, les falta cumplir con un año de servicio para poder ejercer la profesión legalmente, hay que tener en cuenta que los programas universitarios son diferentes (36), y que el perfil de los egresados no siempre cumple con el perfil que requiere la población que se va a atender; por tanto, la orientación de una adecuada crianza debe extenderse a programas universitarios para lograr que la difusión de información que llegue a las comunidades corresponda con las metas del desarrollo infantil temprano; ahora, no solamente es para el personal médico, se debe involucrar a las demás áreas que intervienen con la atención del paciente, enfermería, pasantes de enfermería e incluso estudiantes en formación.

Acerca de la orientación que se dio en centros de salud, el 54% menciona que fue de forma integral (tabla 4), sin embargo, cuando se preguntó sobre pláticas orientadas a la salud materna, cuidado cariñoso y sensible del bebé, se evidenció que sólo se hizo en un 35% y 27%, lo que deja en claro que aún existe un amplio rango de oportunidad para aumentar la difusión y capacitación de los centros a donde se acude para obtener información.

La atención psicológica está cubierta en un 62% de los encuestados, sin embargo, se estima que esto aún deja en descubierto a muchas madres que cursan con síntomas depresivos, la cobertura de los planes de salud mental en el país van más allá de la visión de este estudio, sin embargo, se necesitará de un análisis exhaustivo que determine las causas por las cuales no se está cubriendo la demanda de atención, pues así como se conoce que los problemas en salud mental merman la calidad de la paternidad, está demostrado que la intervención oportuna mejora la atención hacia la infancia y la calidad de la crianza (27). Con respecto al lugar en donde más frecuente hubo atención psicológica fue el Estado de México, sin embargo, esto puede considerarse como sesgo por la cantidad de encuestados que son mexiquenses, se necesita de mayor muestra poblacional para poder esclarecer que sitios son los que mayor y menor cobertura de atención presentan.

El juego de padres con hijos estuvo presente por más de una hora en un 79%, ahora, el juego supervisado fuera del domicilio no se permitió en un 66%, siendo la principal causa la inseguridad en la comunidad. El juego permite en los niños el desarrollo de múltiples esferas, sin embargo, la seguridad de los individuos es prioridad, habrá que determinar alternativas para permitir la convivencia sana y libre de los niños.

Se habla de la creación de lugares en común en donde puedan acudir tanto cuidadores como infantes, para convivencia de los integrantes de la comunidad sin tener que exponer la integridad física de los participantes que permita el esparcimiento sano y vivencial de los niños (12).

Una característica que llamó la atención es la baja frecuencia del empleo formal, así como también el porcentaje bajo de apoyo laboral para la maternidad (tablas 18 y 19). Se necesita de un análisis para determinar las causas del desempleo materno, así como del bajo apoyo laboral; se ha demostrado que las madres productivas a las que se les otorga licencia de maternidad pueden ofrecer mejor atención al bebé sin que esto represente menor ingreso mensual, sin embargo, si se toma en cuenta el nivel educativo, quizá se deba a la cantidad de empleos informales a los que se enfrenta la población que no está adecuadamente preparada. Por tanto, es cuestión tanto de mejorar la educación como se había mencionado previamente, como de la creación de mejores empleos, que sean integrales y antepongan el bienestar materno y la crianza como factores mejorar las condiciones del país.

El acceso a preescolar tuvo una frecuencia del 55%, cabe mencionar que esta cifra no es totalmente representativa, pues de los encuestados, 28% de los niños no cumplen con la edad para iniciar el preescolar, por lo que se amerita un análisis que evidencie la frecuencia real de niños que acuden a preescolar.

La importancia de la lactancia materna se conoce ampliamente, y esta encuesta justificó que la mayoría de los cuidadores recibió adecuada información, sin embargo, no se constata por el tiempo de administración; ¿de qué sirve conocer y recibir información sobre lactancia materna si solamente el 57% (tabla 27) refirió haber administrado más de 6 meses? Los motivos del abandono de la lactancia materna van más allá de este estudio, sin embargo, si se busca la resolución y atención del problema, habrá que determinar las causas por las que se deja a un lado la leche materna. Respecto al grado escolar, aparentemente esto no es un factor que predisponga a un menor tiempo de administración de seno materno (Tabla 27.1), sin embargo, se necesita de estudios que asocien el tiempo de administración de seno materno con el nivel educativo en una muestra representativa. La mayoría de los encuestados refieren interés en acudir a pláticas sobre desarrollo infantil, este nosocomio, al contar con personal e instalaciones adecuadas, podría adecuar pláticas orientadas al tema, esto visto como posibilidad para un futuro con adecuada estrategia y planeación.

**Conclusiones:**

La importancia del desarrollo infantil temprano es clave para el desarrollo de un país, en México actualmente se cuentan con programas que son incluyentes para la atención de la niñez. Este estudio de encuesta determinó puntos clave, si bien no pueden generalizarse por el número de muestra, se pueden estimar ciertos asuntos. La importancia de una adecuada salud mental materna está establecida, la evidencia determina que aún en países en vías de desarrollo, esta problemática puede atenderse, por lo que se necesita de mayor difusión en las comunidades, así como de estrategias que permitan atender más población; además, se necesita de mayor difusión sobre desarrollo infantil, los centros de salud son un punto crucial para la atención de población en riesgo, por tanto habrá que generar estrategias y estudios para determinar las condiciones y mejoras que se requieren para adecuar la exposición de dichos centros a la sociedad; aun hay mucho rubro para mejorar las condiciones de educación, en un estudio realizado en Turquía (38), se determinó que las madres con menos de 8 años de estudio tienen menor capacidad para identificar a un niño en riesgo; si bien este estudio solo considera la percepción de factores de riesgo, se necesitan de un estudios con mayor población de muestra que permita evidenciar el conocimiento de desarrollo infantil en la población mexicana, con instrumentos que validen el conocimiento de forma objetiva; la educación materna permitirá no solamente la detección oportuna de niños en riesgo, mejorará también las oportunidades laborales, fomentando empleos que consideren a las madres y a la crianza como factores puntuales para la mejora del país. La atención de la inseguridad ocupa muchas limitantes, sin embargo, la creación de lugares para el esparcimiento libre de los niños es una estrategia que, en países como Estados Unidos de América, han dado resultado en comunidades con cifras altas de violencia (15), estas estrategias podrían intentar aplicarse a comunidades del país y valorar su funcionalidad. La lactancia materna es un tema puntal que amerita más información, sin embargo, habrá que considerar las causas por las cuales se abandona precozmente. La atención al desarrollo infantil temprano tiene múltiples aristas, las cuales deben atenderse de forma particular, este estudio de encuesta delimita algunas situaciones que pueden atenderse desde la perspectiva de la difusión de información, por tanto, podría considerarse, que a la población que concierne estar atendida en este hospital, ofrecer pláticas y talleres orientadas al conocimiento del desarrollo infantil, con esto para mejorar la condiciones de la población en general y el futuro de los niños.

**Tablas de frecuencias.**

**Lugar donde radica encuestado  
(Tabla 1)**

	Frecuencia	Porcentaje
CDMX	23	23.0
EDOMEX	57	57.0
Guerrero	4	4.0
Hidalgo	3	3.0
Michoacán	5	5.0
Oaxaca	1	1.0
Puebla	3	3.0
Querétaro	1	1.0
Veracruz	3	3.0
Total	100	100.0

**Último grado de estudio del encuestado  
(Tabla 2)**

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	1	1.0
Primaria	9	9.0
Secundaria	49	49.0
Preparatoria	35	35.0
Licenciatura	6	6.0
Total	100	100.0

**¿Obtuvo información orientada al cuidado del  
bebé durante el embarazo? (Tabla 3)**

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	85	85.0
No	15	15.0
Total	100	100.0

**¿De qué no se le hablo durante la orientación? (Tabla 4)**

	Frecuencia	Porcentaje
No hubo orientación	14	14.0
Alimentación materna	4	4.0
Estimulación temprana	15	15.0
Alimentación del bebé	9	9.0
Aseo del bebé	4	4.0
Se me habló de todos los temas	54	54.0
Total	100	100.0

<b>¿Recibió información sobre alimentación adecuada en el embarazo? (Tabla 5)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Sí	70	70.0
	No	30	30.0
	Total	100	100.0

<b>¿En su comunidad hay prácticas orientadas al cuidado sensible y cariñoso del bebé? (Tabla 6)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Sí	27	27.0
	No	73	73.0
	Total	100	100.0

<b>¿En su comunidad hay prácticas orientadas al bienestar y salud materno? (Tabla 7)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Sí	35	35.0
	No	65	65.0
	Total	100	100.0

<b>¿En su comunidad existe atención psicológica a la madre? (Tabla 8)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Sí	38	38.0
	No	62	62.0
	Total	100	100.0

<b>Lugares de la atención psicológica (Tabla 8.1)</b>				
		¿En su comunidad existe atención psicológica a la madre?		Total
		Sí	No	
Lugar donde radica el encuestado	CDMX	12.0%	11.0%	23.0%
	EDOMEX	20.0%	37.0%	57.0%
	Guerrero	2.0%	2.0%	4.0%
	Hidalgo	2.0%	1.0%	3.0%
	Michoacán	0.0%	5.0%	5.0%
	Oaxaca	0.0%	1.0%	1.0%
	Puebla	0.0%	3.0%	3.0%
	Querétaro	1.0%	0.0%	1.0%
	Veracruz	1.0%	2.0%	3.0%
	Total	38.0%	62.0%	100.0%

<b>¿De dónde obtuvo información sobre el cuidado del bebé? (Tabla 9)</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Centro de Salud	52	52.0
Médico general	18	18.0
Médico pediatra	18	18.0
Familiares	11	11.0
Televisión	1	1.0
Total	100	100.0

<b>¿Cuánto tiempo juega con su bebé? (Tabla 10)</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
No se juega	3	3.0
Menos de 10 minutos	1	1.0
De 10 a 30 minutos	7	7.0
De 30 a 60 minutos	10	10.0
Más de 60 minutos	79	79.0
Total	100	100.0

<b>Grado de estudio en relación con el tiempo de juego (Tabla 10.1)</b>							
		¿Cuánto tiempo juega con su bebé?					Total
		No se juega	Menos de 10 minutos	De 10 a 30 minutos	De 30 a 60 minutos	Más de 60 minutos	
	Sin estudios	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%
	Primaria	0.0%	0.0%	3.0%	2.0%	4.0%	9.0%
Último grado de estudio del encuestado	Secundaria	2.0%	1.0%	3.0%	5.0%	38.0%	49.0%
	Preparatoria	0.0%	0.0%	0.0%	2.0%	33.0%	35.0%
	Licenciatura	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%	4.0%	6.0%
	Total	3.0%	1.0%	7.0%	10.0%	79.0%	100.0%

<b>¿Le lee a su hijo? (Tabla 11)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Sí	65	65.0
	No	35	35.0
	Total	100	100.0

<b>¿Cuánto tiempo le lee a su hijo? (Tabla 12)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Nada	35	35.0
	Menos de 10 minutos	7	7.0
	De 10 a 30 minutos	29	29.0
	De 30 a 50 minutos	24	24.0
	Más de 60 minutos	5	5.0
	Total	100	100.0

<b>Grado de estudio en relación con el tiempo de lectura (Tabla 12.1)</b>							
		¿Cuánto tiempo le lee a su hijo?					Total
		Nada	Menos de 10 minutos	De 10 a 30 minutos	De 30 a 50 minutos	Más de 60 minutos	
	Sin estudios	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%
	Primaria	2.0%	1.0%	3.0%	2.0%	1.0%	9.0%
Último grado de estudio del encuestado	Secundaria	23.0%	1.0%	12.0%	11.0%	2.0%	49.0%
	Preparatoria	9.0%	4.0%	13.0%	8.0%	1.0%	35.0%
	Licenciatura	1.0%	1.0%	1.0%	3.0%	0.0%	6.0%
	Total	35.0%	7.0%	29.0%	24.0%	5.0%	100.0%

<b>¿En alguna consulta se le preguntó sobre el ambiente familiar? (Tabla 13)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Sí	40	40.0
	No	60	60.0
	Total	100	100.0

<b>¿Existe violencia en el ambiente familiar en donde convive su hijo? (Tabla 14)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Si	10	10.0
	No	90	90.0
	Total	100	100.0

<b>¿Las condiciones del domicilio permiten el juego? (Tabla 15)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Si	34	34.0
	No	66	66.0
	Total	100	100.0

<b>¿Cuánto tiempo juega su hijo? (Tabla 16)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	No sale a jugar	65	65.0
	Menos de 10 minutos	1	1.0
	De 10 a 30 minutos	3	3.0
	De 30 a 60 minutos	8	8.0
	Más de 60 minutos	23	23.0
	Total	100	100.0

<b>¿Por qué no sale a jugar? (Tabla 17)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Inseguridad	49	49.0
	Vialidad cercana	11	11.0
	Condiciones de salud	4	4.0
	Total	64	64.0
Perdidos	Sistema	36	36.0
Total		100	100.0

<b>¿Tiene empleo fijo? (Tabla 18)</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	27	27.0
No	73	73.0
Total	100	100.0

<b>¿Tuvo licencia de maternidad durante el embarazo? (Tabla 19)</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	4.0
No	96	96.0
Total	100	100.0

<b>¿Conoce el término estimulación temprana? (Tabla 20)</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	65	65.0
No	35	35.0
Total	100	100.0

<b>¿Su bebé tuvo acceso a estimulación temprana? (Tabla 21)</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	52.0
No	48	48.0
Total	100	100.0

<b>¿Su hijo fue a preescolar? (Tabla 22)</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	55	55.0
No	45	45.0
Total	100	100.0

<b>¿Detección de alteraciones en preescolar? (Tabla 23)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	No pone atención	7	7.0
	No escucha	3	3.0
	No socializa	7	7.0
	No se detectaron alteraciones	39	39.0
	Total	56	56.0
Perdidos	Sistema	44	44.0
Total		100	100.0

<b>¿Quién dio el seguimiento para las alteraciones detectadas? (Tabla 24)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Pediatra	5	5.0
	Psicólogo	5	5.0
	Docente	5	5.0
	Nadie	2	2.0
	Total	17	17.0
Perdidos	Sistema	83	83.0
Total		100	100.0

<b>¿Recibió información sobre lactancia materna? (Tabla 25)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Si	80	80.0
	No	20	20.0
	Total	100	100.0

<b>¿Su bebé recibió alimentación al seno materno? (Tabla 26)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Si	95	95.0
	No	5	5.0
	Total	100	100.0

<b>¿Cuánto tiempo administró alimentación al seno materno? (Tabla 27)</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
No se dio seno materno	5	5.0
Menos de un mes	9	9.0
De 1 a 6 meses	29	29.0
De 6 a 12 meses	33	33.0
Más de 12 meses	24	24.0
Total	100	100.0

<b>Grado de estudio en relación con el tiempo de lactancia. (Tabla 27.1)</b>							
		¿Cuánto tiempo administró alimentación al seno materno?					Total
		No se dio seno materno	Menos de un mes	De 1 a 6 meses	De 6 a 12 meses	Más de 12 meses	
	Sin estudios	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%
	Primaria	0.0%	0.0%	3.0%	5.0%	1.0%	9.0%
Último grado de estudio del encuestado	Secundaria	4.0%	5.0%	16.0%	13.0%	11.0%	49.0 %
	Preparatoria	0.0%	4.0%	7.0%	13.0%	11.0%	35.0 %
	Licenciatura	1.0%	0.0%	3.0%	2.0%	0.0%	6.0%
	Total	5.0%	9.0%	29.0%	33.0%	24.0%	100.0 %

<b>¿Le hubiera gustado recibir información de desarrollo infantil en este instituto? (Tabla 28)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Si	98	98.0
	No	2	2.0
	Total	100	100.0

<b>¿Disposición de venir a pláticas? (Tabla 29)</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
	Si	74	74.0
	No	26	26.0
	Total	100	100.0

## Referencias

1. Pinto L Fernando. (2008). Lo maravilloso y mágico del neurodesarrollo humano. *Revista chilena de pediatría*, 79 (Supl. 1), 18-20.
2. Medina Alva, María del Pilar, Kahn, Inés Caro, Muñoz Huerta, Pamela, Leyva Sánchez, Janette, Moreno Calixto, José, & Vega Sánchez, Sarah María. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3), 565-573.
3. Antonio Rizzoli-Córdoba et al. (2015) Evaluación diagnóstica del nivel de desarrollo en niños identificados con riesgo de retraso mediante la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72 (6), 397-408
4. Rafael Pérez-Escamilla, Antonio Rizzoli-Córdoba, Aranzazú Alonso-Cuevas, Hortensia Reyes-Morales, Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala, (2017 ) *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74 (2) 86-97
5. Rodrigo Orcajo-Castelán, Beatriz Sidonio-Aguayo, Jorge Augusto Alcacio-Mendoza, Giovana Lucía López-Díaz, (2015) Análisis comparativo de pruebas de tamiz para la detección de problemas en el desarrollo diseñadas y validadas en México, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72 (6), 364-375.
6. Pérez-Escamilla, Rafael. (2017). Estancias infantiles y desarrollo infantil en México: avances y retos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 74(2), 84-85.
7. Antonio Rizzoli-Córdoba, Laura Ibernía Vargas-Carrillo, Jorge Rodrigo Vásquez-Ríos, Hortensia Reyes-Morales, Miguel Ángel Villasís-Keever, Gabriel O'Shea-Cuevas, Daniel Aceves-Villagrán, Onofre Muñoz-Hernández, José Alberto García-Aranda, (2017), Asociación entre el tiempo de permanencia en el Programa de Estancias Infantiles para niños en situación de pobreza y el nivel de desarrollo infantil, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(2), 98-106.
8. Cliodhna O'Connor, Helene Joffe, (2013) Media representations of early human development: Protecting, feeding and loving the developing brain, *Social Science & Medicine*, Vol. 97, 297-306.
9. Peter B Marschik, Christa Einspieler, Bettina Garzarolli, Heinz F.R. Prechtel, (2007) Events at early development: Are they associated with early word production and neurodevelopmental abilities at the preschool age? , *Early Human Development*, Vol. 83 (2), 107-114.

10. Massaro, An N. et al (2008). Factors associated with adverse neurodevelopmental outcomes in infants with congenital heart disease, *Brain and Development*, Vol. 30(7), 437-446
11. Regalado M, Halfon N. Primary Care Services Promoting Optimal Child Development From Birth to Age 3 Years Review of the Literature. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155(12):1311–1322.
12. Kenneth R. Ginsburg, 2007, The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds, *Pediatrics*, 119 (1) 182-191;
13. Laura T. Blanchard, Matthew J. Gurka, James A. Blackman, (2006) Emotional, Developmental, and Behavioral Health of American Children and Their Families: A Report From the 2003 National Survey of Children's Health, *Pediatrics*, 117 (6) e1202-e1212;
14. Alvarado Ruiz, Gerardo, y R Ivone Martínez Vázquez, y Carmen Sánchez. 2013. "Modelo de vigilancia y seguimiento del neurodesarrollo infantil: experiencia en la Clínica de Medicina Familiar Tlalpan". *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 18 (1): 19-30
15. Walker, Susan P et al. (2011) Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development, *The Lancet*, Volume 378(9799) , 1325 – 1338.
16. Myers, Robert G.. (2015). Desarrollo infantil temprano en México: avances y retos. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(6), 359-361.
17. Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, et al, Child development risk factors for adverse outcomes in developing countries, *Lancet* 2007; 369: 145-157
18. Tofail F, Persson LA, El Arifeen, et al. Effects of prenatal food and micronutrient supplementation on infant development: a randomized trial from the Maternal and Infant nutrition Interventions, Matlab (Minimat) study. *Am J Clin Nutr* 2008; 87: 704-11.
19. Galán-Lopez Itzel, Lascarez-Martinez Silvia, Gómez-Tello Maria Fernanda et al, Abordaje integral de los trastornos del neurodesarrollo (2017), *Rev Hosp Jua Mex*; 84(1): 19-25.
20. Alvarado-Ruiz GA, Martínez-Vázquez RI, Sánchez S, Modelo de vigilancia y seguimiento de del neurodesarrollo infantil: experiencia en la clínica de medicina familiar Tlalpan, (2013), *Rev Esp Méd Quir*; (18) 19-30.
21. Victora CG, Barros FC, Horta BL, Lima RC. Breastfeeding and school achievement in Brazilian adolescents. *Acta Paediatr* 2005; **94**: 1656–60

22. Chen CM, Wang YY, Chang SY. Effect of in-home fortification of complementary feeding on intellectual development of Chinese children. *Biomed Environ Sci* 2010; **23**: 83–91
23. Checkley W, Buckley G, Gilman RH, et al. Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. *Int J Epidemiol* 2008; **37**: 816–30
24. Jedrychowski W, Perera FP, Jankowski J, et al. Very low prenatal exposure to lead and mental development of children in infancy and early childhood: Krakow prospective cohort study. *Neuroepidemiology* 2009; **32**: 270–78
25. Tang D, Li TY, Liu JJ, et al. Effects of prenatal exposure to coal-burning pollutants on children's development in China. *Environ Health Perspect* 2008; **116**: 674–79
26. Wachs TD, Black MM, Engle PL. Maternal depression: a global threat to children's health, development, and behavior and to human rights. *Child Development Perspectives* 2009; **3**: 51–59.
27. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; **372**: 902–09
28. Almqvist K, Broberg AG. Young children traumatized by organized violence together with their mothers—the critical effects of damaged internal representations. *Attach Hum Dev* 2003; **5**: 367–80.
29. Kithakye M, Morris AS, Terranova AM, Myers SS. The Kenyan political conflict and children's adjustment. *Child Dev* 2010; **81**: 1114–28.
30. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. General Assembly Resolution 44/25 of 20 November 1989.: [www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm](http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm)
31. Warner J. *Perfect Madness: Motherhood in the Age of Anxiety*. New York, NY: Riverhead Books; 2005
32. Castro JR, Rice KG. Perfectionism and ethnicity: implications for depressive symptoms and self-reported academic achievement. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2003; **9**:64–78.
33. Zimmerman FJ, Christakis DA. Children's television viewing and cognitive outcomes: a longitudinal analysis of national data. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; **159**:619–625
34. Allen, G. (2011). *Early intervention: Smart investment, massive savings*. London: Cabinet Office.

35. Fernández, E. F., Fernández, M. I. R., Caldera, M. I. F., & García, M. L. B. (2009). Conocimiento de los padres sobre desarrollo infantil. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 357-368.
36. Anuario estadístico de Servicios Médicos 2010 del Hospital Infantil de México, Departamento de bioestadística y archivo clínico, disponible en línea en: [tp://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/AnuariosEst/AnuarioHIMFG2010.pdf](http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/AnuariosEst/AnuarioHIMFG2010.pdf)
37. Programa académico del servicio social, Facultad de Medicina, UNAM Disponible en línea en: [http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos\\_pdf/PROGRAMA%20ACADEMICO%20ACTUALIZACION%202013.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/PROGRAMA%20ACADEMICO%20ACTUALIZACION%202013.pdf)
38. Ertem, I.O., Atay, G., Dogan, D.G., Bayhan, A., Bingoler, B.E., Gok, C.G., Ozbas, S., Haznedaroglu, D. and Isikli, S., 2007. Mothers' knowledge of young child development in a developing country. *Child: care, health and development*, 33(6), pp.728-737.

## Anexo 1.

### Cuestionario

Edad:

Edad del menor:

Grado de estudio:

Entidad federativa:

1. ¿obtuvo información orientada al cuidado del bebé durante el embarazo?:
  - a. Sí/No.
2. ¿De qué no se le informó?:
  - i. Alimentación materna.
  - ii. Estimulación temprana.
  - iii. Alimentación del bebé.
  - iv. Aseo del bebé.
  - v. Se me informó de todos los temas.
3. ¿recibió orientación sobre alimentación adecuada durante el embarazo?
  - a. Sí/No.
4. ¿existen en su comunidad, talleres o pláticas orientadas al cuidado sensible y cariñoso del bebé?
  - a. Sí/No.
5. ¿existe en su comunidad, talleres o pláticas sobre salud y bienestar materno?
  - a. Sí/No.
6. ¿existe en su comunidad atención psicológica orientada a la madre?
  - a. Sí/No.
7. ¿de dónde obtuvo más información sobre cuidado del bebé?
  - a. Centro de salud.
  - b. Médico general.
  - c. Médico pediatra.
  - d. Familiares.
  - e. Televisión.
  - f. Revistas.
8. ¿Cuánto tiempo dedica a jugar con su hijo al día?
  - a. Nada.

- b. Menos de 10 min
  - c. 10 – 30 min.
  - d. 30-60 min.
  - e. Más de 60 min.
9. ¿Le lee cuentos a su hijo?
- a. Sí/No.
  - b. Si respondió afirmativo, cuanto tiempo le dedica
    - a. Menos de 10 min
    - b. 10 – 30 min.
    - c. 30-60 min.
    - d. Mas de 60 min.
10. ¿en alguna de las consultas con su médico de cabecera, se le preguntó sobre el ambiente familiar?
- a. Sí/no.
11. ¿Considera que el ambiente familiar en donde se desenvuelve, cuenta con violencia intradomiciliaria?
- a. Sí/No.
12. ¿Las características de la vivienda en donde habita, permite que su niño pueda jugar en la calle?
- a. Sí/No.
  - b. Si respondió afirmativo, ¿Cuánto tiempo juega en la calle?
    - i. Menos de 10 minutos
    - ii. De 10 a 30 minutos
    - iii. De 30 a 60 minutos
    - iv. Más de 60 minutos.
  - c. Si respondió negativo, ¿Cuál es el motivo por el no permiten el juego?
    - i. Inseguridad.
    - ii. Vialidad cercana.
    - iii. Condiciones de salud.
    - iv. Otro.
13. ¿cuenta con empleo fijo?
- a. Sí/No

- b. Si contesto afirmativo, ¿en su empleo obtuvo licencia pagada de maternidad/paternidad para el cuidado del bebé?
  - i. Sí/No
- 14. ¿conoce el término estimulación temprana?
  - a. Sí/No.
  - b. Si contesto afirmativo, ¿alguno de sus hijos tuvo acceso a estimulación temprana?
    - i. Sí/No.
- 15. ¿Acudió alguno de sus hijos a preescolar?
  - a. Sí/No.
    - a. Si contesto afirmativo, ¿hubo retroalimentación de docentes sobre alteraciones en alguna de las siguientes áreas? (contestar uno).
      - i. No pone atención.
      - ii. No escucha.
      - iii. No socializa.
      - iv. No hubo alteraciones.
    - b. ¿Qué intervención posterior hubo? (contestar una).
      - i. Pediatra.
      - ii. Psicólogo.
      - iii. Médico general.
      - iv. Maestro.
      - v. Ninguno.
- 16. ¿recibió capacitación/información sobre las ventajas de alimentar con seno materno exclusivo al bebe?
  - a. Sí/No.
- 17. ¿Alimento con seno materno a su bebe?
  - a. Sí/No.
  - b. Si respondió afirmativo, ¿Cuánto tiempo exclusivo se dedicó a la alimentación al seno materno?
    - i. Menos de un mes.
    - ii. 1 - 6meses.
    - iii. 6 - 12 meses.
    - iv. Más de12 meses.

18. ¿al ser familiar de un paciente de este instituto, le gustaría haber recibido información sobre desarrollo infantil en este hospital?

a. Sí/No.

19. ¿Estaría dispuesta a acudir a talleres orientados al desarrollo infantil en este hospital?

a. Sí/No.

