



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES CON  
RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
VERÓNICA GARCÍA OLGUÍN

TUTOR O TUTORES PRINCIPALES  
DRA. GUADALUPE ACLE TOMASINI  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO, 2021



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.

Contenido	Pág.
Agradecimientos	5
Resumen	6
Introducción	7
Capítulo 1	
Atención y Educación en la Primera Infancia	10
Atención primaria en la primera infancia	11
Niveles de prevención	12
Atención temprana	13
Salud maternoinfantil	14
Principales problemas en la salud maternoinfantil	15
Políticas internacionales que han regido la salud maternoinfantil	19
Educación inicial	25
Ciclos y modalidades en la Educación Inicial	26
Programas formales y no formales	27
La educación especial en la primera infancia	28
Necesidades educativas en la primera infancia	29
Inclusión en la educación en la primera infancia	30
Políticas internacionales que han regido la educación inicial	32
Marco político para la Atención y Educación en la Primera Infancia integral e inclusiva	34
Capítulo 2	
Modelos teóricos actuales en la Atención Temprana	40
Modelo médico/terapéutico o biológico	40
Modelo biopsicosocial	41
Modelo integral	42
Modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia	43
Reformulación del paradigma ecosistémico e incorporación del enfoque de riesgo/resiliencia	43
Programas de Intervención Temprana	48
Estudios relevantes en el área	49
Resiliencia, riesgo y protección	51
Resiliencia	52
Riesgo	53
Protección	54
Retraso global del desarrollo	55
Antecedentes	56
Definición de la categoría	57
Prevalencia e incidencia	58
Características normativas del desarrollo infantil	58
Características de los y las infantes con Retraso Global del Desarrollo (RGD)	63
La crianza en la primera infancia como factor protector en el retraso global del desarrollo	66
Crianza	

Actitudes maternas y hábitos de crianza	69
Planteamiento del problema	72
Objetivo general	
Capítulo 3	
Programa para la “Promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia”	74
Método	74
Diseño del estudio.	74
Tipo de estudio.	74
Contexto	74
Medio geográfico	74
Localización	75
Categoría política	75
Marco histórico	76
Etimología del nombre	76
Población	76
Características de los hogares	76
Natalidad y fecundidad	76
Educación	77
Educación inclusiva	77
Salud	78
Recursos físicos y humanos disponibles para el binomio maternoinfantil	78
Derechohabiencia a servicios de salud	79
Esperanza de vida al nacer	80
Principales condiciones de salud del binomio maternoinfantil	80
Discapacidad	82
Escenario	82
Etapa 1. Perfil riesgo/resiliencia de la diada madre/hijo	83
Fase 1. Identificación de los niños en riesgo de retraso del desarrollo.	83
Objetivo específico.	83
Participantes.	83
Herramientas.	83
Procedimiento.	83
Resultados.	84
Discusión	85
Fase 2. Diagnóstico de los niños con Retraso Global del Desarrollo.	85
Objetivo general.	85
Participantes.	85
Herramientas.	85
Procedimiento.	87
Resultados.	87
Diada Valentina/Gabriela	

Diada Carolina/Alejandro	94
Diada Mariana/Sonia	101
Discusión	109
Etapa 2. Instrumentación del programa	110
Objetivo general	110
Objetivos específicos.	110
Participantes.	111
Herramientas.	111
Procedimiento.	113
Resultados.	114
I. Instrumentación del programa.	114
II. Integración de la información.	115
Diada Valentina/Gabriela	115
Diada Carolina/Alejandro	121
Diada Mariana/Sonia	126
III. Efectividad del programa.	132
Diada Valentina/Gabriela	132
Diada Carolina/Alejandro	134
Diada Mariana/Sonia	136
IV. Validez social	139
Discusión	140
Conclusiones	142
Referencias	146
Anexo A	171
Anexo B	172
Anexo C	173
Anexo D	174
Anexo E	186
Anexo F	187

## **Agradecimientos**

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el gran apoyo que significó el financiamiento para cursar el posgrado.

A la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), que por medio del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación Tecnológica (PAPIIT) IN-303615, "Validación social del modelo riesgo/resiliencia en educación especial", por el apoyo para la realización del presente estudio.

## Resumen

Los estudios relacionados con el Retraso Global del Desarrollo (RGD) como categoría de reciente abordaje técnico, son escasos. Esto cuenta desde: a) la necesidad de una caracterización de la categoría diagnóstica, que permitiera realizar detección oportuna, a través de conductas y signos de alarma ampliamente conocidas; b) la aplicación de programas de Atención Temprana (AT) orientados a la reducción de los factores de riesgo asociados con la categoría de RGD, así como, a la promoción de los factores protectores relativos a las actitudes maternas y los hábitos de crianza, y a la movilización de los recursos resilientes maternos, que satisfagan las Necesidades Educativas (NE) y del desarrollo infantil; y c) la integración de los incisos anteriores en la práctica sistematizada, bajo el modelo de riesgo/resiliencia, de una Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI) integral e inclusiva de probado costo/eficiencia y con adecuada validación social. El objetivo de este estudio fue instrumentar y validar el programa para la “Promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia”. Participaron en el programa tres diadas madre/infante, dos niñas y un niño menores de 12 meses de edad, detectados con RGD. Las diadas establecieron una rutina de estimulación orientada a satisfacer las NE de los infantes, a través de la promoción de actitudes maternas y hábitos de crianza, y de la movilización de los recursos resilientes maternos. En los tres casos se superó el diagnóstico de RGD y las madres reportaron una adecuada validación social del programa en sus dimensiones de aceptación, significancia educativa e importancia social.

**Palabras clave:** retraso global del desarrollo, actitudes maternas, hábitos de crianza, potencial resiliente materno.

## Introducción

El Retraso Global del Desarrollo (RGD) es una categoría diagnóstica provisional, que se proporciona a los y las infantes menores de cinco años de edad, con integridad neurológica, (Álvarez, Soria & Galbe, 2008; (Asociación Americana de Psiquiatría) [APA], 2013; Narbona & Schlumberger, 2008; OMS, 2011), que, sin embargo, presentan un retraso significativo en dos o más áreas del desarrollo (APA, 2013; OMS, 2018; Shevell, 2008). La Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI) integral e inclusiva promueve las prácticas de detección oportuna e Intervención Temprana (IT) (OMS, 2011), que permitan satisfacer las Necesidades Educativas (NE) y del desarrollo infantil, mediante la adaptación del currículum y de la provisión de los apoyos necesarios para asegurar la participación de los y las infantes en su propio proceso de desarrollo (OMS, 2011). Para que la IT sea eficaz deberá conseguirse la integración plena de la AEPI integral e inclusiva enfocada en la existencia de los factores de riesgo y protección presentes en cada caso (Sameroff, 2013), evaluando, así mismo, los procesos resilientes que sea indispensable movilizar en el contexto de desarrollo infantil (Llobet & Wegsman, 2004).

El presente trabajo tuvo como objetivo aplicar el “Programa para la promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia”. El texto se divide como sigue:

El capítulo 1 aborda los temas de Atención y Educación en la primera infancia desde su conceptualización individual hasta su integración bajo el concepto de la Atención y Educación en la Primera Infancia integral e inclusiva, de manera que, establece:

a) el concepto de Atención Temprana (AT) en la primera infancia, acompañado de los niveles de prevención y del significado de la AT, y de su sistematización, al mismo tiempo, resalta la importancia de considerar la AT bajo la fórmula del binomio maternoinfantil, acompañado de las políticas internacionales que hacen posible su abordaje;



b) el concepto de Educación Inicial (EI) y la distinción entre un programa educativo formal y uno no formal, así como, el concepto de las Necesidades Educativas (NE) en la primera infancia, y la importancia de las prácticas inclusivas en la eliminación de las barreras de aprendizaje y del desarrollo infantil; así mismo, las políticas internacionales que regulan la educación inicial; y,

c) el marco normativo que establece las políticas a seguir para establecer la Atención y Educación en la Primera Infancia integral e inclusiva, alrededor del mundo.

El capítulo 2 obedece, en primer lugar, al abordaje de los modelos teóricos que coexisten en la práctica de la IT, para lo cual, realiza un recorrido: a) desde el modelo médico/terapéutico o biológico el cual continúa siendo de utilidad para intervenir en los casos para los que es indispensable aplicar tratamientos relacionados con la salud física que comprometen el grado de funcionamiento del individuo; b) pasando por el modelo biopsicosocial que pretende observar al ser humano como un todo afectado por el ambiente que le rodea; c) hasta el modelo integral que pretende integrar la información vertida por cada uno de los subsistemas que integran el contexto de desarrollo infantil; d) finalmente, la presentación del modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia, a partir del cual se evalúa la presencia de los factores de riesgo y de protección en el contexto de desarrollo infantil, para así, movilizar sus recursos resilientes, con el objetivo de generar acciones sustentables.

En segundo lugar, aborda los conceptos de resiliencia, riesgo y protección involucrados en el modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia, de la misma forma, enfatiza la importancia de la apropiación de los mismos en la práctica de la AEPI integral e inclusiva con la finalidad de establecer programas sustentables.

Finalmente, para dar lugar al planteamiento del problema que nos ocupa, aborda los conceptos de: a) Retraso Global del Desarrollo (RGD), desde sus antecedentes recientes, definición de la categoría diagnóstica y su prevalencia e incidencia, así mismo, contrasta las características normativas del desarrollo infantil con las características de los y las infantes con RGD; y, b) la crianza materna

presentada en forma de actitudes maternas y hábitos de crianza, los que favorecen al desarrollo infantil óptimo.

El capítulo 3 aborda la planeación e instrumentación del “programa para la promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia”. Con tal directriz, se presenta el diseño y el tipo de estudio realizado, basado en el contexto de desarrollo infantil caracterizado por la naturaleza de la localidad, así como de sus factores educacionales y de la salud, principalmente, los cuales determinan la disponibilidad de los servicios de AEPI integrales e inclusivos; lo mismo que de las NE y del desarrollo a satisfacer en cada caso.

Finalmente, el proceso de intervención se dividió en dos etapas: a) la etapa 1, dedicada al proceso de obtención del perfil de riesgo/resiliencia, producto obtenido a través de la identificación de los y las infantes en riesgo de retraso del desarrollo y del ulterior diagnóstico de los y las infantes con RGD; y, b) la etapa 2, encargada de la instrumentación del programa, acompañada de la integración de la información arrojada en cada caso, al mismo tiempo que expone la efectividad del programa, contrastada con el perfil original de riesgo/resiliencia de las diadas madre/infante y de la validez social que presentó el programa tras su aplicación.

## **Capítulo 1**

### **Atención y Educación en la Primera Infancia**

La atención primaria de la salud y la educación del individuo durante la primera infancia están directamente relacionados con la garantía de los derechos infantiles (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007; United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization [UNESCO], 2000). Ambas labores obedecen al mismo principio, actuación oportuna en el período en el que el potencial de desarrollo del ser humano es máximo (OMS, 2007; Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2010). En este sentido, la tarea de la atención primaria de la salud es proporcionar los servicios preventivos necesarios para asegurar la participación activa de las personas en el ejercicio pleno de otros derechos (OMS, 2013); mientras que, la labor de los servicios de educación inicial es promover un progreso personal óptimo que favorezca la correcta integración de la infancia al mundo social (Luque, 2009), sobre todo, para quienes presentan dificultades en el aprendizaje o del desarrollo evolutivo, pues son éstas las principales causas de rezago social en el mundo (UNESCO, 2010).

Para lograr lo anterior, en el mundo se ha llegado a la conclusión de que la mejor fórmula para proporcionar a la población los servicios dirigidos a promover la Atención sanitaria y la Educación en la Primera Infancia (AEPI), es a través de programas integrales e inclusivos. Dichos programas pueden hacerse llegar, por un lado, de manera formal, dentro de instituciones educativas o de cuidado infantil en las cuales un equipo multidisciplinario desempeña un papel central en la aplicación de programas unitarios dirigidos a la población ubicada en áreas urbanas, los cuales permiten ofrecer a los y las infantes la atención sanitaria y nutricional, así como la formación educativa, y, de ser necesario, la asistencia legal o para el desarrollo social, propiciando la participación de la familia y de la comunidad a la que sirven. Por otro lado, de manera no formal, desde el ámbito comunitario se ofrecen programas de AEPI dirigidos a la población rural e indígena, los cuales articulan diferentes servicios provenientes de distintos sectores gubernamentales, cuya aplicación depende principalmente de la participación de la familia y de la comunidad, con acompañamiento profesional de facilitadores educativos, así como

la asistencia de promotores sanitarios y para la promoción del desarrollo social (Elvir & Asensio, 2006; UNESCO, 2007, 2010).

### **Atención primaria en la primera infancia**

En 1978, la OMS definió a la Atención Primaria de la Salud (APS) como el primer elemento de atención integral a la salud, el cual se constituye de un conjunto de cuidados y actividades orientadas a la promoción de la salud, basado en la práctica y la evidencia científica, que emplea una metodología y tecnología aceptada por la sociedad para la que considera el acceso universal, pues se basa en el principio de salud para todos con participación plena de la comunidad la cual es capaz de ejercer control sobre su propia salud.

Para precisar su significado, durante el Informe de Salud celebrado por la OMS en 2008, su Directora General, Margaret Chan, apuntó a que, desde sus inicios y durante 30 años de la presentación de la APS, ésta se malinterpretó, pues se pensó como aquella atención de bajo costo enfocada en enfermedades prioritarias y dirigida a la gente más pobre, en ese sentido, aclaró que la APS es la atención de la salud que debe llegar a todos, y que debe aplicarse desde los hospitales hasta los hogares e incorporarse tanto en la labor sanitaria de curación como en la de prevención. Esto significa que la APS permea toda la actividad humana en lo que a salud se refiere de la manera en la que se especificará en el apartado correspondiente a los niveles de prevención.

En esta reorientación del significado de la APS, se consideró que la atención de la salud durante el período de la primera infancia, comprendería las actividades de promoción de la salud en sus diferentes niveles preventivos, llevadas a cabo por el profesional de la salud al interior de la comunidad, el cual vigilaría el curso del desarrollo infantil y acompañaría a los padres con orientación sobre la optimización del desarrollo de sus hijos e hijas y la detección temprana de discapacidades o retrasos del desarrollo infantil, con la finalidad de proporcionar, en caso necesario, intervención temprana que le permitiera a los niños y las niñas desarrollar su máximo potencial de desarrollo (OPS, 2011). Aunque, se aclaró que, la detección oportuna sería una actividad que podría realizarse no sólo en el período posnatal

durante el seguimiento del desarrollo infantil, sino en los períodos pre y perinatal, momentos en los que tanto el personal de salud como los mismos padres podrían detectar indicios de discapacidad o de retraso del desarrollo (OMS & UNICEF, 2013).

**Niveles de prevención.** La prevención se define como el conjunto de acciones orientadas a impedir el desarrollo de la enfermedad, o a detener el avance de la misma una vez establecida, así como, a reducir sus secuelas, por medio de la reducción de los factores de riesgo a los que los individuos pudieran estar expuestos, así como, a las conductas de riesgo que los mismos pudieran realizar (OMS, 1998).

A este respecto, la OMS (1998) adoptó la clasificación tripartita para categorizar a los niveles de prevención, propuestos originalmente por Caplan (1961, como se citó en Tannahill, 1985). De acuerdo con esto, a su vez el Libro Blanco de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (antes Grupo de Atención Temprana) (GAT, 2005) señaló que los niveles de prevención correspondientes a la Atención Primaria de la Salud en la primera infancia se dividieran como sigue:

- Prevención primaria. Conformada por las acciones orientadas al niño y a su familia para promover el bienestar y el desarrollo infantil óptimo, las cuales se anticipan al surgimiento de problemas significativos de salud. Las actividades de prevención de este nivel consisten en la identificación de características relevantes para el bienestar y en la promoción de un desarrollo óptimo.

- Prevención secundaria. Consiste de una serie de actividades de detección e intervención oportunas, aplicadas a través de programas de atención a las poblaciones de riesgo durante las revisiones periódicas.

- Prevención terciaria. Conjunto de acciones orientadas a la reducción de la duración y los efectos negativos de una condición establecida en el niño (discapacidad, trastornos del desarrollo), en este nivel de atención se recomienda la actuación de un equipo interdisciplinario para realizar un diagnóstico y elegir un tratamiento y rehabilitación física.

**Atención temprana.** La Atención Temprana (AT), es la intervención sistemática dirigida a la atención del niño menor de seis años al cual se le ha detectado con trastorno del desarrollo o al que se le considera en riesgo de presentarlo. La intervención se realiza al interior y con participación de la familia, y en su contexto de desarrollo, para satisfacer las necesidades permanentes o transitorias del niño, el cual debe ser considerado en su globalidad (GAT, 2005). Se trata de la mejor fórmula costo/beneficio capaz de producir resultados a largo plazo, pues actúa en la ventana de oportunidad del desarrollo infantil (ONU, 2010).

Al respecto, Shonkoff y Meisels (2000) precisaron que, desarrollar servicios sustentables de la AT integral dirigidos a los niños con discapacidad o retrasos del desarrollo, requiere del involucramiento de los diferentes sectores (salud, educación), los cuales deben aportar los recursos necesarios para proporcionar los servicios requeridos a largo plazo. También subrayaron que, los profesionales encargados de proporcionar la AT deben estar calificados y ser sensibles a la situación del niño y de su familia, su papel es evaluar las necesidades del niño y de su familia para especificar los objetivos individuales a alcanzar durante el programa de intervención, así como, proporcionar el máximo apoyo y procurar la menor intrusión a la privacidad de la familia.

Además, los programas de AT integral e inclusiva deberán corresponsabilizar a las comunidades para lograr los objetivos establecidos (OPS, 2008); por lo que, los servicios de AT no solamente deben llevarse a cabo en los ámbitos clínico y hospitalario, sino en el escolar, el comunitario o en el hogar (OMS & UNICEF, 2013) procurando, fundamentalmente, enriquecer el medio en el que se desenvuelve el niño, al fomentar la interacción con las personas que le rodean (Sánchez, Caravaca & Candel, 2012).

La importancia de dirigir estos programas a los niños con antecedentes de riesgo, es debido a que éstos son capaces de influir negativamente en la arquitectura cerebral y en su funcionamiento (Velasco, 2003), con la posibilidad de que el niño presente en el futuro dificultades en el desarrollo y problemas de aprendizaje (Gargiulo, 2012) y la probabilidad de requerir servicios de educación especial en un futuro (Arias, 2000). En este sentido, en el ámbito de la Atención y

Educación en la Primera Infancia (AEPI), la Atención Temprana (AT) debe proporcionarse a la población detectada en riesgo, de manera que se apliquen medidas compensatorias lo más tempranamente posible, a fin de disminuir el impacto del daño que la exposición a los factores de riesgo pudieran producir (Chávez, 2003), pero también para mejorar el nivel de funcionamiento del individuo y su calidad de vida (Arias, 2000).

Lo más recomendable, es que estas medidas preventivas se tomen dentro del primer año de vida (Arias, 2000), momento en el cual el desarrollo del niño es especialmente trascendental (Barudy & Dantagnan, 2010; Enesco, Guerrero & Navarro, 2003; Feldman, 2007). Sobre todo, cuando se trata de niños con antecedentes de riesgo que quizá ya hayan derivado a una condición de retraso en el desarrollo, y que, en un futuro, pudieran desarrollar una discapacidad (Gargiulo, 2012).

### **Salud maternoinfantil**

No obstante que, como se dijo, la salud es un derecho universal (ONU, 1948), para el período de 2000 a 2015 (ONU, 2000), en términos de estrategias internacionales guiadas por las prácticas que reportaron un mejor costo/beneficio, fue necesario considerar, desde esta perspectiva socioeconómica, la elección de los grupos vulnerables de atención prioritaria en los cuales se concentraran los recursos económicos, sobre todo en las naciones de bajo y mediano ingreso, y en torno a los cuales girarían las acciones políticas sanitarias y educativas de impacto social (Sánchez & Díaz, 2011).

Esto es, desde esta otra perspectiva, en términos de salud, se señaló la importancia de dar prioridad a la atención infantil, no sólo por la elevada incidencia de muerte de niños y niñas menores de cinco años (Bermejo, 2002), que para 1990 alcanzó una cifra mundial promedio de 93 muertes por cada 1000 infantes nacidos vivos, decesos debidos a causas prevenibles (UNICEF, 2015), sino por su condición de dependencia al cuidador, que por lo regular ha sido la madre (García-Olguín, 2014; UNESCO, 1990; UNICEF, 2015), y de la cual se reportó el mismo año una cifra promedio mundial de mortalidad materna de 385 por cada 100 000 infantes

nacidos vivos (OMS, 2015), alta incidencia de muerte materna derivada de complicaciones durante el embarazo y parto, las cuales también pudieron prevenirse (Bermejo, 2002). Esto sin considerar a los y las infantes que sobrevivieron, pero que desarrollaron alguna discapacidad (Longhi, 2013; OMS & UNICEF, 2010, 2013) o que sobrevivieron a la muerte materna y carecieron de la garantía del cuidado de la encargada primordial de la crianza infantil, la cual suele procurar los cuidados nutrimentales y de la salud, así como proporcionar el soporte emocional necesario para un correcto desarrollo infantil (UNICEF, 2015).

Esta situación supuso una importante pérdida de capital humano (ONU, 1994; Sánchez & Díaz, 2011), lo cual significó a largo plazo fortalecer el círculo vicioso de la pobreza al afectar negativamente la posibilidad de participación económica y social de ambos subgrupos poblacionales, sobre todo en regiones en proceso de desarrollo como la latinoamericana (ONU & Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] 2016). Aunado a esto, y considerando que la mujer también conforma un grupo de alto riesgo debido a la inequidad, la violencia y la discriminación que ha prevalecido en el mundo, se determinó estratégico formular políticas de atención sanitaria bajo el binomio maternoinfantil (OMS, 2004), las cuales serían planteadas en la Cumbre del Milenio por medio de una agenda de consecución de metas comunes y específicas en el ámbito internacional a cumplirse en el 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000). Formula que sería ajustada a los cambios demográficos del 2015, lo mismo que ampliada y profundizada para las nuevas metas internacionales rumbo al 2030 en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (ONU, 2016).

### **Principales problemas de salud asociados al binomio maternoinfantil.**

En lo que respecta a la salud materna, se sabe que son las complicaciones surgidas durante el período reproductivo las responsables de la mayoría de las defunciones de este subgrupo poblacional a nivel mundial (OMS, 2014), las cuales, también ponen en riesgo la vida de los niños y las niñas (OMS, 2015); así mismo, son las causantes de secuelas de salud en el binomio maternoinfantil (OMS, 2012).



Tales complicaciones pueden ser muy variadas, de acuerdo con la OMS (2018), las complicaciones más importantes durante el embarazo son:

- Hipertensión (preeclampsia/eclampsia). Se trata de un síndrome que se puede presentar en la mujer embarazada pasada la semana 20 de gestación, el cual se manifiesta con presión arterial alta y presencia de proteína en la orina, entre otros síntomas y signos (Grupo de trabajo del Programa Nacional de Educación sobre la Presión Arterial Alta relativo a la Presión Arterial Alta en el Embarazo, 2000), cuya complicación llevan al coma y convulsión materna, y es causa de muerte. Esta condición se clasifica en leve, moderada o grave, dependiendo de lo cual se afecta negativamente a los y las infantes desde la etapa prenatal, quienes pueden desarrollar fetopatía por preeclampsia/eclampsia (FPE), que puede conllevar la muerte o secuelas neurológicas a los y las sobrevivientes (Gómez-Gómez & Danglot-Banck, 2006).

- Práctica ilícita de abortos. Es una práctica utilizada al margen de la legislación para interrumpir el embarazo (Barrantes, Jiménez, Rojas, & Vargas, 2003), al ser realizada por lo general por profesionales no especializados y en condiciones inadecuadas de higiene, puede traer como consecuencia complicaciones que ponen en riesgo la vida de la mujer o su integridad física y psicológica (OMS, 2012).

Mientras que, en el parto pueden presentarse, entre otras anomalías, el trabajo de parto prolongado el cual puede derivar en sufrimiento o muerte fetal, así como en complicaciones diversas que hagan necesario el servicio de cuidados intensivos neonatales o maniobras de reanimación especiales (OMS, 2015).

En tanto que en el posparto se deben principalmente a:

- Hemorragias. Es “la pérdida de sangre de 500 ml o más en el término de 24 horas después del parto”, su complicación trae como consecuencia secuelas maternas de salud y, en casos graves, la muerte. Existen recomendaciones específicas para prevenirla o tratarla (OMS, 2014, p. 3).

- Infecciones. Se originan por procedimientos inadecuados de higiene previos o durante el parto y a la realización de una cesárea, son causa de discapacidad o mortalidad materna, sobre todo cuando se conjugan las malas prácticas sanitarias

con factores de riesgo preexistentes relacionados con la salud materna (OMS, 2015).

En cuanto a la subpoblación infantil, se sabe que los principales riesgos para la vida y la salud de los niños y las niñas durante el primer mes de vida extrauterina, en orden de importancia, son, de acuerdo con la OMS (2018):

- Nacimiento prematuro. Nacimiento que ocurre antes de la semana 37 de gestación que, con frecuencia, no tiene una causa identificable. Se considera la principal causa de muerte neonatal que, puede dejar a los sobrevivientes con algún tipo de discapacidad de naturaleza visual o auditiva e implicar problemas de aprendizaje (Kinney, Howson, McDougall & Lawn, 2012).

- Asfixia. Es la falta de oxígeno que compromete a los órganos, y que afecta especialmente a los y las infantes nacidos prematuramente. Puede presentarse por causas maternas como hipertensión (preeclampsia/eclampsia), abuso de sustancias, entre otras, o por problemas placentarios, del cordón umbilical o fetales. La asfixia neonatal se clasifica como leve, moderada o severa y, según cada caso, si el neonato sobrevive, el sistema nervioso puede presentar lesiones variadas que van desde afectaciones del tronco nervioso hasta la corteza cerebral, asimismo afectaciones cardíacas, renales, gastrointestinales, hepáticas, pulmonares y hematológicas (Tejerina, 2007).

- Sepsis. Se refiere a la infección de origen microbiano, fúngico o viral del torrente sanguíneo, que afecta en mayor medida al neonato que registra un peso igual o menor a los 1500 gr. Se clasifica como vertical, si los gérmenes causantes de la infección fueron contagiados desde el canal de parto, y como nosocomial si los microorganismos provienen del mismo hospital. La infección puede causar meningitis dejando a los supervivientes con secuelas neurológicas (Fernández, López, Coto, Ramos & Ibáñez, 2008).

Y que, entre el mes y los cinco años de vida extrauterina, principalmente se deben a (OMS, 2018; OMS & UNICEF, 2004):

- Neumonía. Se trata de una enfermedad infecciosa de origen microbiano considerada como primera causa de muerte en niños menores de cinco años. El desarrollo de esta enfermedad es prevenible por medio de la inmunización con

vacunas anti-neumocócica y anti-Haemophilus influenzae tipo b (OMS & UNICEF, 2009).

- Diarrea. Es la segunda causa de muerte infantil mundial, ocasionada por la infección microbiana del aparato digestivo. Para su prevención se utilizan medidas de higiene. Su tratamiento consiste de antibióticos, Terapia de Rehidratación Oral (TRO), alimentación, líquidos y medidas higiénicas (OMS & UNICEF, 2004).

- Paludismo. Es una enfermedad microbiana ocasionada por Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax o Plasmodium knowlesi para la que no existe vacuna. Se puede presentar de manera leve o grave, si se trata del segundo tipo, puede sobrevenir disfunción orgánica y la muerte, sobre todo, cuando se complica con anemia intensa. El paludismo que invade el sistema nervioso central puede causar coma, si se sobrevive a esta variedad, la probabilidad de cursar con secuelas neurológicas tales como ceguera cortical, problemas motores variados y trastornos del habla y la conducta, va del 5 al 30%; mientras que, la de cursar transitoriamente con epilepsia es del 10%. El tratamiento es variado dependiendo del caso específico (OMS, 2012).

- Sarampión. Se trata de una enfermedad infectocontagiosa de carácter viral, prevenible mediante inmunización (Delpiano, Astroza, & Toro, 2015). Las complicaciones mortales sobrevienen por malnutrición, deficiencia de vitamina A, e inmunodepresión por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Los supervivientes que cursan la infección con complicaciones pueden presentar ceguera o encefalitis. También es causa de aborto o parto prematuro en mujeres embarazadas (OMS, 20 septiembre, 2018).

- VIH/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La inmunodeficiencia adquirida por VIH es una condición que favorece al desarrollo de determinadas infecciones y de ciertos tipos de cánceres que, en etapas avanzadas se manifiesta de manera grave bajo un conjunto de síntomas que engloban al SIDA (OMS, 19 julio, 2018). Aunque se trata de una enfermedad no curable para la que aún no existe vacuna, sí es posible prevenirla y tratarla (OMS, 2001). La transmisión maternoinfantil del VIH puede darse durante el embarazo o parto, o por medio de la lactancia, cuando de la madre está infectada (OMS, OPS, Programa Conjunto de

las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], UNICEF & Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], s.f.).

- Desnutrición. “La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas” (UNICEF, 2011, p. 7). Dicha desnutrición puede ser crónica y conducir al retraso del crecimiento y del desarrollo cognitivo irreversible cuando se da en el período de los dos primeros años de vida extrauterina. También puede considerarse como desnutrición aguda moderada si se da durante la gestación, o aguda grave o severa cuando se afecta negativamente a los procesos vitales del organismo infantil, lo que puede conllevar a la muerte. La carencia específica de nutrientes puede variar de un infante a otro dependiendo de si ésta se debe a falta de vitaminas y minerales, en especial de: vitamina A, cuyo déficit en la ingesta puede ocasionar daño en la piel, aparato digestivo y sistema respiratorio, dejando al organismo indefenso contra las infecciones, en casos graves su deficiencia puede causar ceguera; hierro y ácido fólico, ya que su deficiencia acarrea problemas de desarrollo físico, cognitivo y motor; y particularmente de yodo, cuya deficiencia puede causar daños al sistema nervioso infantil dando como resultado importante déficit cognitivo, alteraciones en el desarrollo motor y de la audición.

### **Políticas internacionales que han regido la salud maternoinfantil**

La problemática del grupo maternoinfantil antes señalada, así como el reconocimiento de la mujer por su importante papel en la maternidad, y en la crianza y el cuidado de los hijos (ONU, 1995) influyeron trascendentalmente en las decisiones de impacto internacional, ya que en la Cumbre del Milenio (ONU, 2000), de los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que se plantearon para favorecer al desarrollo social para el 2015, destacaron el objetivo No. 4 el cual se refirió a la disminución de dos terceras partes de la mortalidad de los niños menores de cinco años y el objetivo 5, que se propuso mejorar la salud de las madres, y reducir tres cuartas partes su mortalidad.

Para alcanzar dichas metas, se reformularon programas antes dirigidos exclusivamente al grupo infantil, de los cuales destacó el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) implementado por la OMS (1974), el cual ya había reportado una reducción importante del índice de mortalidad infantil. Tras la reorganización, se dio inicio a la Revolución para la Supervivencia y desarrollo Infantil bajo la fórmula materno-infantil, que incluyó la vigilancia del crecimiento del niño; es decir, ya no importaría sólo la supervivencia del infante, sino que se aseguraría el pleno desarrollo de su potencial. Esto se logró por medio de un conjunto de estrategias conocidas por sus siglas en inglés como GOBI, el cual incluyó: G (grow monitoring), el monitoreo del crecimiento infantil; O (oral rehydration), la implementación de la terapia de rehidratación oral para prevenir las muertes por deshidratación producto de la diarrea provocada por la disentería; B (breastfeeding), el fomento de la lactancia materna para mejorar el estado general de la salud infantil; e, I (immunization), las acciones de inmunización para erradicar el riesgo de contagio por enfermedades infectocontagiosas (poliomielitis, sarampión, rubeola, entre otras) (UNICEF, 2016).

En cuanto a la consecución del objetivo 5 de los ODM, la OMS (2004) diseñó la Estrategia de la Salud Reproductiva, primera en su tipo, la cual propuso trabajar en la superación de los factores implicados en la mortalidad materna, tales como la falta de personal sanitario calificado, la falta de servicios para una atención obstétrica urgente, que respondiera apropiadamente a las posibles complicaciones, entre otras. Lo mismo que en los obstáculos para lograr las mejoras, entre ellos la disparidad de género, la discriminación y la violencia, los cuales afectan la salud sexual y reproductiva femeninas.

Más adelante, un evento fortalecería las acciones preventivas en el ámbito sanitario. La celebración del 30 aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) de 1978, la OMS (2008) anunció la renovación del enfoque para la prestación de los servicios sanitarios, de manera que se le garantizara a la gente lograr el mayor grado de salud que le fuera posible, para lo cual se formuló una agenda conformada por cuatro reformas necesarias para lograr la APS para todos, consistente en: garantizar la equidad en la provisión de los

servicios de salud (ampliación de la cobertura); estructurar sistemas sanitarios centrados en las personas (expectativas, necesidades); fortalecer la confianza de la población en los servicios de salud; y la formulación de políticas públicas que promovieran la salud de las comunidades.

En el caso de los y las infantes, se requirió en primera instancia, de superar los riesgos de mortalidad debido a enfermedades infectocontagiosas y por desnutrición, entre otros, los cuales se asociaron con el nivel de pobreza de la familia, así como con las condiciones de las políticas económicas de la región, para luego conducir a la mejora de la calidad de vida a través de la ampliación de la esperanza de vida al nacer, con goce de una buena salud durante la misma y el acceso a la educación (Longhi, 2013), pues se enfatizó que el mismo derecho que tienen a la supervivencia lo tienen a desarrollar de manera óptima todo su potencial de desarrollo (OMS, 2018).

En lo que corresponde a los servicios dirigidos a dicha subpoblación, se determinó diseñar políticas que permitieran la integración de la Atención y Educación en la Primera Infancia retomando el eje rector de la garantía del derecho del niño a la salud (OMS, 2015), ya que se concluyó que una adecuada alimentación e intervenciones sanitarias oportunas maximizan sus oportunidades para beneficiarse del derecho a la educación (Sánchez & Díaz, 2011). Esto significó intensificar el compromiso internacional para asegurar que el niño naciera y se desarrollara en óptimas condiciones, aunado a un acompañamiento de los padres o cuidadores, cuya labor en la crianza de los hijos contribuyera en el desarrollo pleno de su potencial, traducándose en un mejor funcionamiento individual (OMS, 2007), a corto plazo, favoreciendo un mejor desempeño escolar y a largo plazo como el logro de un nivel de vida adecuado en la adultez (Ancheta & Lázaro, 2013).

Con tal intención, se continuó exhortando a las naciones a emplear el enfoque maternoinfantil para fortalecer y transformar sus políticas conforme a la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, de tal forma que se resolvieran las posibles contradicciones que dificultaran su aplicación, para que se garantizara el acceso a los grupos sociales en condición de vulnerabilidad (pobreza, comunidades rurales, grupos indígenas dispersos), a los que no fue posible llevar

los servicios sanitarios esenciales (salud maternoinfantil, planificación familiar, inmunizaciones), servicios que deberán proporcionarse de manera integrada, por medio de estrategias intersectoriales; así como, para la mejora de la calidad de la prestación de sus servicios bajo los principios de eficacia y eficiencia (OMS, 2010).

También se recomendó ampliar la inversión e involucrar, en el ámbito local, a todos los interesados en la definición de las nuevas normas y en su participación armónica (personal de salud, sociedad civil, académicos e investigadores). En el ámbito internacional, se convocó a la colaboración nacional, regional y global, para lo cual se enfatizó que será indispensable la recolección, análisis y divulgación de los resultados de las intervenciones sanitarias utilizadas, con el fin de validar las buenas prácticas (OMS, 2010). En particular, se subrayó la importancia de recolectar, analizar y difundir información confiable relativa a las personas con discapacidad para contar con la información necesaria para la orientación y ajuste de las políticas específicas aplicadas a dicho grupo (OMS & UNICEF, 2013).

En lo que se refiere a los programas específicos para la provisión de Atención y Educación en la Primera Infancia integral, se recomendó utilizar el enfoque inclusivo para elaborar programas sistematizados, orientados a garantizar los derechos humanos de todos los niños y las niñas, en particular aquellos con discapacidad o retraso del desarrollo, de manera que se asegure el acceso a los servicios educativos y sanitarios desde su nacimiento y durante todo su ciclo de vida, dentro de un marco de protección común en todas las dependencias involucradas. Dichos programas deberán incorporar acciones de detección e intervención temprana, realizadas por personal debidamente capacitado (OMS & UNICEF, 2013), que aplique instrumentos de evaluación del desarrollo infantil, capaces de identificar a los niños con retraso del desarrollo o con discapacidad, e implemente prácticas basadas en la evidencia, por medio de un currículum, orientado a optimizar las distintas áreas del desarrollo infantil (Vargas-Barón & Janson, 2009).

Pero, lo más trascendente será considerar que la inclusión inicia desde el núcleo familiar, por lo que será indispensable acompañar a la familia de los niños identificados con dificultades en el desarrollo durante el proceso de crianza,

proveyendo los apoyos necesarios de acuerdo a las necesidades contextuales específicas del niño y de la familia (OMS & UNICEF, 2013), de manera que se reduzca el impacto de los factores de riesgo implicados en la condición de retraso del desarrollo o discapacidad infantil, a través de la promoción de la resiliencia familiar e infantil: estabilidad, redes sociales, gestión de recursos y oportunidades (Newman, 2002).

Además, sería necesario homologar conceptos e indicadores de alcance internacional, basados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en su versión para la infancia y la adolescencia (CIF-IA), para recabar la información derivada de la actividad profesional, de manera que sea posible tener datos comparables relativos a la discapacidad y a la condición de retraso del desarrollo, así como sobre la efectividad de los programas de intervención aplicados (OMS, 2011).

Ya que para el 2015 la situación sanitaria se reportó con una mortalidad materna de 216 mujeres por cada 100 000 niños nacidos (61% menos muertes desde 2000) (OMS, 2015), y una mortalidad infantil de 43 niños y niñas por cada 1000 nacidos vivos menores de cinco años (reducción del 44% desde 2000) (UNICEF, 2015), esto significó que, en el mundo cada vez más mujeres recibieron adecuada atención durante el parto, pero en África subsahariana y en otros sitios de países en desarrollo, otras murieron por causas prevenibles asociadas a la maternidad (OMS, 2015); por lo que, para acelerar y dar sostenibilidad a los avances mundiales en materia de desarrollo social, en 2016 la ONU replanteó los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para lograr el éxito de desarrollo social para 2030, mismos que fueron transformados en 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

De entre los ODS, destacó el objetivo 3 para la garantía de la salud y el bienestar de todos, el cual se propuso a mejorar la salud materna (reproductiva), y neonatal e infantil, así como, el objetivo 4, referente a “garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad. . .” (p. 15), cuyo apartado 4.2 estableció el asegurar que todos los y las infantes tuvieran acceso a una Atención y Educación en la Primera Infancia integral e inclusiva de calidad para asegurar un buen desempeño escolar durante la educación primaria. También se determinó, en el



apartado 4.c, aumentar la oferta de docentes calificados, en especial en los países en desarrollo (ONU, 2016).

Un ODS más a destacar, es el No. 17, referente a la mejora de la capacidad en la obtención y análisis estadístico de los datos, que permitan monitorizar los indicadores de estos objetivos (ONU, 2016), porque una de las dificultades detectadas en el seguimiento de las acciones realizadas sobre la población infantil, en particular en el grupo de 0 a 3 años, fue la frecuente carencia o inexistencia de datos para realizar los análisis estadísticos correspondientes (UNESCO & UNICEF, 2013).

En cuanto a las estrategias para mejorar la salud materna e infantil para el 2030, el objetivo es reducir a menos de 70 muertes maternas por cada 100 000 infantes nacidos vivos, y a por lo menos 25 muertes infantiles por cada 1000 infantes nacidos vivos, menores de cinco años (OMS, 2017). Para lo cual la OMS (2015) convocó a las naciones a actualizar la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, para incorporar la atención sanitaria prioritaria a los adolescentes, quienes son, al igual que las mujeres y los niños, un grupo de alta vulnerabilidad (mayor riesgo de muerte que puede prevenirse)

En especial, cabe destacar que la nueva estrategia se alineó con los ODS, y planteó la perspectiva de trabajo sanitario bajo el enfoque basado en la evidencia. Entre sus líneas de acción para la revisión de leyes, políticas y normas, estuvieron: la financiación de los servicios, promover la movilización y el uso racional de los recursos; la resiliencia de los servicios, suministro de servicios sanitarios de buena calidad y la ampliación de la cobertura; el potencial de las personas, inversión en el desarrollo de recursos humanos; participación de la comunidad, promover su acción; acción multisectorial, colaboración entre los diferentes sectores relacionados con la salud y dar seguimiento al impacto de las intervenciones (OMS, 2015).

En esta reorientación del significado de la Atención Primaria de la Salud (APS), se consideró que la atención de la salud durante el período de la primera infancia, comprendía las actividades de promoción de la salud llevadas a cabo por

el profesional de la salud al interior de la comunidad, el cual vigilaría el curso del desarrollo del niño y acompañaría a los padres con orientación sobre la optimización del desarrollo de sus hijos y la detección temprana de desviaciones o retrasos del desarrollo infantil, con la finalidad de proporcionar, en caso necesario, intervención temprana que le permitiera al niño desarrollar su máximo potencial de desarrollo (OPS, 2011).

## **Educación inicial**

La Educación Inicial (EI) se define como la educación que se proporciona al niño durante el período de la primera infancia. No obstante, el establecimiento del rango de edad para este período educativo ha estado sujeto a debate, ya que entre las distintas naciones y regiones ha variado de acuerdo con las diferentes tradiciones locales y con la forma de organización de la educación primaria (UNICEF, 2006).

Por ejemplo, en opinión de Peralta y Fujimoto (1998), en América Latina y el Caribe, el período de la primera infancia se asumió, desde el punto de vista estadístico, como el espacio que iba de entre el nacimiento hasta los 6 años de edad. Este rango fue utilizado por algunos países de dicha región como Venezuela, México, Perú, El Salvador, mas no por otros en los que la variación fue más amplia tales como Nicaragua, de los 0 a los 5 años; Surinam, de los 0 a los 9 años (UNESCO & UNICEF, 2014).

Ante este panorama, la UNESCO (2007) fijó una definición de trabajo que permitiera redefinir a las distintas naciones sus obligaciones en torno al período de la primera infancia, entre ellos los servicios de educación inicial, para lo cual estableció a dicho período como el que iba del nacimiento a los 8 años de edad. En este sentido, se consideró a este período como el que cubría la época de mayor vulnerabilidad en el ser humano. Este organismo quedó a la expectativa de que, las distintas naciones y regiones se ajusten a la nueva definición para emitir los siguientes reportes y demás documentos relacionados con la primera infancia, así como las distintas leyes, políticas y programas destinados a la primera infancia (UNICEF, 2006). Pero, puede observarse que en documentos de otros organismos de la ONU como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), se consideró a

este período desde la edad prenatal hasta los 8 años de edad posnatal, hecho que Rovere (2012) destaca como una falta de consenso entre los diferentes organismos internacionales.

Por otro lado, en cuanto a la denominación de dicha etapa educativa, Egido (2000) indica que está en transición. Según este autor, el hecho de denominar educación preescolar, a la educación del niño pequeño, se debe a que en el pasado se le ligó a la educación formal del niño en edad cercana al inicio de la educación primaria; esto es, la educación impartida institucional y profesionalmente. Sin embargo, al reconocerse globalmente que el aprendizaje inicia desde el nacimiento (UNESCO, 1990), y en familia (UNESCO, 2000). En la región de Latinoamérica y el Caribe, por ejemplo, la tendencia a denominar a la etapa educativa de la primera infancia como Educación Inicial, puede observarse en países como: México, Bolivia, República Dominicana, Perú, Nicaragua y Argentina (UNESCO, 2010).

**Ciclos y modalidades en la Educación Inicial.** Los ciclos que comprenden la educación en la primera infancia consisten de dos, la tendencia es reservar el último ciclo a la educación preescolar de los 4 a los 6 años, como se venía haciendo y, el primero a la educación inicial del nacimiento o de los 3 meses a los 3 años (Elvir & Asensio, 2006; UNESCO, 2010; UNESCO & UNICEF, 2012, 2014).

En este punto, es importante señalar que tanto la división del período infantil como la denominación de estos ciclos educativos, obedecen a una cohorte de edad establecida bajo criterios estadísticos, mas no al sentido actual de EI antes referido, que, aunque válido por la intención de monitorear las acciones realizadas en las distintas regiones del mundo (Peralta & Fujimoto, 1998), contribuyó a la focalización del servicio educativo de la cohorte de 3 a 6 años, edad de transición a la educación primaria, y dejó a la cohorte de 0 a 3 años, con énfasis en servicios de salud y seguimiento del desarrollo (UNICEF, 2013). Situación que ha apuntado a una malinterpretación de la educación del niño pequeño, esto se observa, por ejemplo, en la región asiática y del pacífico donde se considera que la educación inicial sólo se refiere a la educación preescolar. Por lo que, quedó al descubierto la necesidad

de elaborar programas educativos para el primer ciclo de educación inicial (UNESCO & UNICEF, 2012).

**Programas formales y no formales.** En cuanto a las modalidades educativas para la primera infancia, en general, se determinó que la educación en esta etapa de la vida podía proporcionarse tanto de manera formal como no formal, siempre y cuando ésta se proporcionara a través de planes educativos sistematizados (UNESCO, 2000). Estrategia que permitió una ampliación de la cobertura con un incremento del 34 al 46% del período de 2000 al 2009 en el nivel de preescolar (UNESCO & UNICEF, 2012).

En lo que se refiere a la educación formal en la primera infancia, se considera como la modalidad regida por un currículum establecido a nivel nacional, pero con existencia de diferentes modelos institucionales que adaptan sus intervenciones a las características y necesidades educativas de sus usuarios. Se proporciona dentro de instituciones educativas inicialmente conocidas como guarderías o casas cuna, más tarde transformadas en centros de desarrollo infantil que abarcan la atención de los niños desde los primeros meses de vida hasta los 4 o 5 años de edad, donde son atendidos por profesionales de la educación, que planean las actividades educativas integradas con las de atención sanitaria y nutricionales, entre otras, a cargo de profesionales de la salud, conformándose en este caso un equipo multidisciplinario (UNESCO, 2010; UNESCO & UNICEF, 2014). De las problemáticas reportadas en esta modalidad son la falta de personal calificado para atender a este nivel educativo, lo mismo que la escasez de datos para determinar la calidad de los programas educativos (UNESCO & UNICEF, 2014).

Mientras que, la educación infantil no formal se proporciona en los contextos familiar y comunitario con actuación de agentes educativos los cuales planean actividades, que no siempre se rigen por un currículum establecido a nivel nacional (UNESCO, 2010), y que en tal caso pueden presentar una falta de sistematización y de articulación con los programas oficiales (Elvir & Asensio, 2007). No obstante, se considera que los programas de educación no formal han sido una alternativa para ampliar la cobertura a bajo costo, como puede observarse, por ejemplo, en la región de América Latina y el Caribe (Ancheta & Lázaro, 2013), donde la aplicación

de programas no formales, además de aportar información sobre la participación de los padres, las familias y las comunidades (Eming & Fujimoto, 2004), ha permitido detectar, de entre 20 tipos de estos programas, los más efectivos para intervenir a la comunidad, de entre los cuales destacan aquellos que proporcionaron atención integral. Esto ha permitido avanzar en la focalización de los puntos de mejora guiados por indicadores de calidad tales como la participación, sensibilización y movilización de madres y padres participantes, atención integral con adecuada duración e intensidad y su articulación con los servicios de salud, entre otros (Fujimoto, 2011). No obstante, también se señala la insuficiencia de datos para calificar la calidad de la mayoría de las intervenciones realizadas bajo esta modalidad (UNESCO & UNICEF, 2014), siendo más acusada dicha problemática en el ciclo de 0 a 3 años de edad (UNESCO & UNICEF, 2012).

**La educación especial en la primera infancia.** La Educación Especial (EE), es considerada como un componente del programa educativo personalizado, o del currículum adaptado, dirigido a satisfacer las necesidades educativas del individuo (Gargiulo, 2012), el cual no necesariamente tiene que presentar una discapacidad, pero sí demuestra dificultades en su progreso educativo, incluso derivadas de su capacidad (UNESCO, 1994) lo que limita el logro de su potencial en distintos ámbitos de su vida (Luque, 2009), o para el niño menor de seis años en condición de retraso del desarrollo que en un futuro puede llegar a desarrollar una discapacidad (Gargiulo, 2012). En lo que respecta a la EE en el período de la primera infancia, se ha demostrado que la aplicación de los programas integrales e inclusivos de atención y educación, que se individualizan para atender a los niños detectados en riesgo durante los primeros años de vida, disminuye la probabilidad de que éstos presenten en el futuro una discapacidad o que requieran de los servicios de EE durante el ciclo de educación preescolar (UNESCO, 2009).

La planificación de la intervención psicopedagógica en este período deberá fundamentarse en el perfil de desarrollo individual obtenido a través de una evaluación global e integral del desarrollo infantil, que permita conocer tanto los puntos fuertes como las necesidades educativas de los y las infantes. De manera que la información obtenida tras la evaluación realizada por personal sanitario

especializado sea traspasada al ámbito educativo (UNESCO, 2004) con la finalidad de establecer un plan de intervención oportuna y adecuada en conjunto con la familia (Gargiulo, 2012), ofreciendo a los y las infantes los estímulos apropiados que les permitan optimizar su desarrollo y que aseguren su participación en la dinámica de su comunidad (Abad, Brubasca & Labiano, 2009). Además, se deberá promover la resiliencia para favorecer al proceso de recuperación infantil al movilizar los recursos personales del niño, así como los familiares y contextuales, para reducir los efectos negativos de los factores de riesgo asociados a la condición de retraso del desarrollo o discapacidad (Newman, 2002).

***Necesidades educativas en la primera infancia.*** En 1978, Warnock adoptó el término Necesidades Educativas Especiales (NEE) para referirse tanto a las características de la persona, como al conjunto de factores capaces de dificultar su proceso de aprendizaje. Ya que con frecuencia dicho término se relacionó directamente con la discapacidad, fue preciso aclarar, que las NEE, no eran producto necesariamente, de tal condición, y que una discapacidad, no siempre era causa de las NEE que presentara una persona (Luque, 2009).

Una de las afectaciones que entrañó el término al estar erróneamente relacionado con la condición de discapacidad fue que fácilmente se le circunscribía dentro del enfoque y práctica de integración educativa de orientación médico/psicológica; lo que, contribuyó, entre otras cosas, a que se le prestara una atención paralela y desarticulada del contexto sociocultural a los alumnos y alumnas con necesidades educativas, con o sin discapacidad, dando lugar a la segregación (SEP, 2011), en el peor de los casos, que se les institucionalizara debido a la carencia de servicios integrales para satisfacer adecuadamente dichas necesidades (UNICEF, 2013).

Debido a esto último, Booth & Ainscow (2000) introdujeron el concepto de Necesidades Educativas (NE) para referirse a las necesidades que cualquier persona presenta debido a la diversidad existente entre los individuos en el ámbito educativo y del desarrollo infantil. De esta forma, en lugar de focalizar la atención en determinadas personas etiquetadas por sus dificultades de aprendizaje o del desarrollo, se aseguraría la garantía del derecho de todos a beneficiarse de la

educación y a participar en los procesos de enseñanza y aprendizaje en un contexto de aceptación a la diversidad. No obstante, ya que el término NEE está ampliamente difundido, no se ha desechado su uso.

Específicamente, las NE presentadas por los y las infantes, con o sin discapacidad o con dificultades en el desarrollo evolutivo, pueden estar relacionadas con los aspectos cognitivos, motores, comunicativos y del desarrollo personal y social, (OMS & UNICEF, 2013); por lo que deberán identificarse aquellas necesidades específicas: de actividad para fomentar un adecuado desarrollo neuromotor; cognitivas, que le permitan formar estructuras intelectuales de progresiva complejidad; comunicativas, para comprender el funcionamiento del mundo y expresar su interpretación del mismo; y afectivo/social, para estructurar un perfil de personalidad equilibrado que favorezca a su correcta adaptación al ambiente social que le rodea (Peñafiel & Ortiz, 2006), para lo que habrán de planearse actividades estimulantes, interrelacionadas, y vinculadas con el contexto infantil dentro de un marco educativo flexible, de manera que se favorezca adecuadamente su arquitectura cerebral (Abad et al., 2009).

Por lo que será indispensable que los servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) estén presentes en el espacio de educación inclusivo, y en los ámbitos familiar y comunitario, tanto para realizar la detección e intervención oportunas como para articularse correctamente con otros servicios para satisfacer apropiadamente las necesidades infantiles, evitando duplicar los servicios o proporcionar atención paralela (OMS & UNICEF, 2013; UNICEF, 2013).

**Inclusión en la educación en la primera infancia.** La UNESCO (2005) concibe a la educación inclusiva como:

...un proceso que permite abordar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los educandos a través de una mayor participación en el aprendizaje, las actividades culturales y comunitarias y reducir la exclusión dentro y fuera del sistema educativo... implica cambios y modificaciones de contenidos, enfoques, estructuras y estrategias basados en una visión común que abarca a todos los niños... es responsabilidad del sistema

educativo... El objetivo de la inclusión es brindar respuestas apropiadas al amplio espectro de necesidades de aprendizaje tanto en entornos formales como no formales de la educación...debe servir para analizar cómo transformar los sistemas educativos y otros entornos de aprendizaje, con el fin de responder a la diversidad... permitir que los maestros y estudiantes...la perciban no como un problema, sino como un desafío y una oportunidad para enriquecer las formas de enseñar y aprender... (p. 14)

Conforme a lo anterior, se reconoce a la inclusión como la garantía de participación de todos los educandos en las actividades de aprendizaje, dentro del marco cultural de sus comunidades, involucra un proceso de identificación y respuesta pertinente a sus Necesidades Educativas (NE) individuales para favorecer al éxito de la educación de calidad para todos, así como, a la reducción de la exclusión a partir de la educación misma con la finalidad de construir sociedades inclusivas, libres de discriminación (UNESCO, 2005), y de estructurar sistemas educativos eficientes y rentables (UNESCO, 1994).

Desde esta perspectiva, si partimos del hecho de que la educación y la atención de la salud son dos de las necesidades básicas del ser humano, que cuando se satisfacen, se promueven la autonomía y la salud física, necesarias para lograr el progreso personal y la correcta integración al mundo social (Luque, 2009), lógicamente, la restricción en la participación del ser humano en su entorno social, representa la limitación del desarrollo de su potencial (ONU, 2016).

Específicamente, la inclusión de los y las infantes que presentan alguna discapacidad, o están en riesgo de presentarla, consiste en detonar adecuadamente los apoyos necesarios (OMS & UNICEF, 2013), para disminuir o eliminar las barreras que les impiden beneficiarse del proceso educativo y de la mejor condición de salud que les sea posible, lo cual puede limitar su participación en la dinámica social (Booth & Ainscow, 2000). Para lograr esto, es necesario: realizar una evaluación e intervención oportunas que se satisfagan correctamente las Necesidades Educativas (NE) (UNESCO, 2009) y sanitarias infantiles; estar adaptadas al contexto sociocultural del niño y de su familia, y aterrizadas en las comunidades, promoviendo su autonomía por medio de la formación de redes



sociales de apoyo (OMS, 2013); e integrar sistemáticamente los servicios educativos, de salud, nutrición y de desarrollo social, los cuales respondan a un marco regular normado por políticas específicas que permitan darle seguimiento a los programas aplicados (OMS & UNICEF, 2013).

### **Políticas internacionales que han regido la educación inicial**

En 1990, la UNESCO estableció un marco de acción para promover la Educación Para Todos (EPT) (UNESCO, 1990), para lo cual proporcionó una guía de tres niveles de actuación: política directa, de cooperación y de cooperación multilateral, por medio de los cuales se adaptarían las recomendaciones del organismo en cada región, de acuerdo con sus necesidades y a su cultura. De la misma forma al interior de cada nación, se determinaron acciones específicas para involucrar no sólo a los gobiernos, sino a las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), al sector privado, a las comunidades locales, así como a las familias, con la finalidad de garantizar el éxito de las actuaciones emprendidas.

Para fomentar la transformación social necesaria para la implementación de las reformas políticas necesarias en materia de educación, el mismo organismo recomendó trabajar en la modificación de los estereotipos que favorecían la discriminación en los aspectos de equidad de género y los relacionados con la discapacidad; mejorar la calidad de la educación; mejorar las condiciones laborales para el docente; mejorar la calidad de la educación profesional; desarrollar la investigación científica y estrechar el contacto entre la producción científica y el desarrollo tecnológico; así como, movilizar los recursos existentes y mejorar su utilización para lograr un mayor rendimiento de los mismos, y aumentar los recursos para disminuir las desigualdades de los grupos vulnerables, entre ellos las mujeres, los infantes y las personas con discapacidad.

Más adelante, con base en el resultado de las evaluaciones de seguimiento de las acciones dirigidas a la primera infancia, en 1994 la UNESCO planteó una renovación del compromiso internacional de observar el derecho que corresponde a cada ser humano para ser educado con el objetivo de promover un óptimo desarrollo de sus capacidades; pero, esta vez, el organismo subrayó la necesidad

de intercambiar información proveniente de la práctica educativa sobre las acciones realizadas sobre este subgrupo poblacional, así como, de crear mecanismos eficaces de detección e intervención oportunas. De manera especial, propuso renovar las leyes y las políticas existentes, de manera que permitieran una correcta articulación de los diferentes sectores gubernamentales (la salud y el bienestar social) a fin de que coincidieran en el ámbito educativo, lo que representó un momento importante para la transformación de la manera en la que se proveyeron los servicios de educación y atención en la primera infancia. Este último punto, sobre todo importante, porque el organismo marcó por primera vez la directriz de proporcionar los servicios de atención y educación de manera integral; esto es, la Atención y Educación en la Primera Infancia por medio de la articulación intersectorial.

No obstante que, para el año 2000 las acciones para mejorar la situación sanitaria infantil continuaron siendo prioritarias debido al alto índice de mortalidad en este subgrupo poblacional, la UNESCO, en su nuevo marco de acción rumbo a al 2015, señaló la seria omisión de la población de cero a tres años de edad en la provisión de servicios educativos, por lo que solicitó dar mayor énfasis a este aspecto. También aclaró que, aunque la educación inicia en la familia, se requerían planes educativos estructurados para satisfacer las necesidades integrales de los niños (salud, nutrición, higiene, desarrollo cognoscitivo y psicosocial). Además, la falta de actuación eficaz durante la primera infancia, en especial en los países con extrema pobreza, fue corroborada más tarde por la UNICEF (2001), la cual coincidió en enfocar más esfuerzos en los primeros tres años de vida, período de oportunidad para sentar las bases de la equidad social.

De los seis objetivos establecidos en este nuevo marco de acción sobre la Educación Para Todos (EPT), destacó el primero, el cual se relacionó con la Atención y Educación en la Primera Infancia (AEPI). En dicho objetivo se determinó la expansión y la mejora de los servicios integrales con énfasis en la protección de los niños más “vulnerables y desventajados” (UNESCO, 2000, p. 8), al cual se sumaron las recomendaciones de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad con énfasis en los derechos de la infancia (Artículo 7) (ONU,

2006) y del Comité de los Derechos del Niño (Observación General No. 2, inciso 15 y Observación General No. 7, inciso 11) (UNICEF, 2006), mismas que se alinearon al compromiso para proteger a los niños con discapacidad contra cualquier forma de discriminación, para tomar medidas políticas para la erradicación de las prácticas discriminatorias, y para garantizar el goce de sus derechos en condiciones de igualdad y con respeto a su opinión, dando como resultado la AEPI integral e inclusiva.

Lo anterior fue aún más trascendente, porque se planteó formalmente la perspectiva de AEPI integral e inclusiva, mediante el empleo del enfoque ecosistémico, lo que permitió la elaboración de políticas y programas basados en la articulación de las distintas acciones de atención y educación (Booth & Ainscow, 2000; UNESCO, 2000, 2004). De esta forma, fue posible integrar las dimensiones de educación, salud, nutrición, cuidado y protección, así como la orquestación de la amplia gama de dependencias involucradas en un mismo programa de atención y educación infantil (UNESCO,1999).

### **Marco político para la Atención y Educación en la Primera Infancia integral e inclusiva**

Como punto de partida para elaborar el plan de acción para la AEPI integral e inclusiva, se requirió la construcción del marco normativo y legislativo que hiciera efectivas sus políticas, dentro del que individuos y comunidades trabajaran en pro del desarrollo humano por medio de actividades locales, nacionales, regionales e internacionales sumando la participación intersectorial e incorporando apoyo de donantes y de las ONGs. En este escenario, se plantearon distintos retos, uno de ellos fue concienciar a los involucrados en el desarrollo del niño, entre ellos legisladores, profesionales de la salud, maestros, académicos y padres, a cambiar su actitud hacia la atención y la educación en el período de la primera infancia, de manera que, también cambiaran sus conductas al respecto (la educación inicial no sólo debió ser considerada una preparación propedéutica para el ingreso del niño a la educación primaria, sino una oportunidad para establecer las pautas de aprendizaje que influirán en el futuro). Por lo que, se enfatizó tomar como punto de

referencia, para la elaboración de leyes y programas, los hallazgos científicos sobre el desarrollo infantil y la forma en la que impacta la calidad del entorno en la maduración cerebral del niño (UNESCO, 1999).

En seguida, el monitoreo internacional de los resultados de las políticas elaboradas a favor de la infancia permitió realizar los ajustes correspondientes para mejorar la provisión de Atención y Educación en la Primera Infancia (AEPI) integral. La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (ONU, 2002) estimó que, a pesar de que globalmente, entre otras cosas, se logró una mayor supervivencia de los niños, los avances continuaron siendo desiguales entre las diferentes naciones y al interior de las mismas, por lo que fue urgente establecer nuevos objetivos que se conjugaran con los esfuerzos en otros foros, tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados en la Declaración del Milenio (ONU, 2000). Un hecho importante sucedido en esta Cumbre, fue que se reconoció la corresponsabilidad de ambos padres en el cuidado de los niños, por lo que se orientaron acciones para fortalecer su capacidad en la crianza de sus hijos, lo cual significó elaborar programas de atención y educación infantil que basaran su intervención términos de equidad de género (ONU, 2002).

Los 10 objetivos establecidos en el mismo Foro se enfocaron en la construcción de un mundo más apropiado para los niños, éstos fueron: proteger el interés superior del niño; erradicar la pobreza; no permitir que ningún niño se quedara atrás; cuidar a todos los niños; proporcionar buena nutrición y salud que aseguraran su supervivencia, protección, y adecuados crecimiento y desarrollo; asegurar el acceso a todos los niños al cuidado y la educación; proporcionarles protección contra la violencia y la explotación; proporcionarles protección contra la guerra; asegurarles la protección contra la infección por VIH/SIDA; respetar su derecho a la participación y a ser escuchados; y proteger el medio ambiente (ONU, 2002).

Si bien, la experiencia en el desarrollo y la aplicación de los programas dirigidos a la primera infancia en grupos focalizados, determinó la importancia de proporcionar una Atención y Educación en la Primera Infancia (AEPI) integral para obtener los mejores resultados en el desarrollo infantil óptimo, pronto se observó

que, los programas dirigidos a la población abierta se aplicaron diferenciadamente; esto es, para el grupo de 0 a 3 años se le dio prioridad a los aspectos de la atención de la salud y del cuidado de la higiene y la alimentación, en tanto que para el grupo de 4 a 6 años se subrayó el aspecto educativo: prepararlos para la transición a la educación primaria (UNESCO, 2010). Por lo que, la UNICEF (2006) solicitó tomar acciones para superar tal desbalance. En cuyo caso, sería necesario continuar formando recursos humanos, que lograran visualizar a la educación y a la atención de la salud de la primera infancia, como el conjunto de experiencias de vida que le permiten al niño desarrollar, a través de un proceso de aprendizaje, su personalidad, aptitudes y capacidades para gozar de una vida plena en el seno de la sociedad, esto es, la AEPI integral.

Aunado a lo anterior, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, examinó en colegiado y considerando a las Comisiones de Derechos Humanos y de Desarrollo Social, una serie de propuestas para promover la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, con énfasis en los niños, para lo cual se subrayó la importancia de adoptar las políticas pertinentes para proteger y hacer que se ejercieran sus derechos en igualdad de condiciones, con respeto a su opinión, con arreglo a la asistencia prestada de acuerdo a su condición, y en atención al interés máximo del niño. Así mismo, se estableció el compromiso internacional de: tomar las medidas preventivas adecuadas para la detección e intervención oportunas de los niños con discapacidad; para asegurar su inclusión en el sistema educativo, mismo que debe promover el máximo desarrollo de su potencial; y, de realizar acciones de concientización y sensibilización de la población incluyendo a la familia (ONU, 2006).

En lo que se refiere a los programas específicos para la provisión de Atención y Educación en la Primera Infancia integral, se recomendó utilizar el enfoque inclusivo para elaborar programas sistematizados, orientados a garantizar los derechos humanos de todos los niños, en particular aquellos con discapacidad o retraso del desarrollo, de manera que se asegure el acceso a los servicios educativos y sanitarios desde su nacimiento y durante todo su ciclo de vida, dentro de un marco de protección común en todas las dependencias involucradas. Dichos

programas deberán incorporar acciones de detección e intervención temprana, realizadas por personal debidamente capacitado (OMS & UNICEF, 2013), que aplique instrumentos de evaluación del desarrollo infantil, capaces de identificar a los niños en situación de riesgo (retraso del desarrollo, discapacidad, entre otros); e implemente prácticas basadas en la evidencia, por medio de un currículum, orientado a optimizar las distintas áreas del desarrollo infantil (Vargas-Barón & Janson, 2009).

Pero, lo más trascendente será considerar que la inclusión inicia desde el núcleo familiar, por lo que será indispensable acompañar a la familia de los niños identificados con dificultades en el desarrollo durante el proceso de crianza, proveyendo los apoyos necesarios de acuerdo a las necesidades contextuales específicas del niño y de la familia (OMS & UNICEF, 2013), de manera que se reduzca el impacto de los factores de riesgo implicados en la condición de retraso del desarrollo o discapacidad infantil, a través de la promoción de la resiliencia familiar e infantil: estabilidad, redes sociales, gestión de recursos y oportunidades (Newman, 2002).

Además, será necesario homologar conceptos e indicadores de alcance internacional, basados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, en su versión para la infancia y la adolescencia (CIF-IA), para recabar la información derivada de la actividad profesional, de manera que sea posible tener datos comparables relativos a la discapacidad y a la condición de retraso del desarrollo, así como sobre la efectividad de los programas de intervención aplicados (OMS, 2011).

Otros retos que, de hecho, siguen en progreso de superación para la estructuración de la Atención y Educación en la Primera Infancia integral, consisten en el establecimiento de un currículum consolidado para la primera infancia y, lo que deriva de éste, la evaluación de los aprendizajes esperados en dicho período educativo; así como, coordinar y focalizar las acciones en un fin común, lograr un desarrollo integral óptimo del niño durante su primera infancia (UNESCO, 2008), por medio de la articulación intersectorial de los distintos servicios implicados: sanitario, educativo y de desarrollo social (UNESCO, 2010).

En este sentido, la UNESCO (2005) fue clara al enfatizar que lo que ha impedido lograr una Educación Para Todos (EPT) han sido una serie de errores cometidos alrededor del mundo, no sólo en materia de educación, sino de atención integral, por lo que era necesario subsanarlos, si lo que se quería era avanzar hacia mejores resultados a corto y largo plazo. Esto es, en lo que se refiere a la primera infancia, se determinó que los progresos en materia de atención a la salud (supervivencia y nutrición) no fueron suficientes para asegurar que los niños en condiciones de vulnerabilidad aprovecharan la educación, ya que continuaron presentándose bajos índices de aprovechamiento escolar durante el período de educación primaria (UNESCO, 2015).

En ese mismo documento, el organismo internacional evidenció la necesidad de replantear las políticas educativas, las cuales debían redireccionarse para que lograran atender a los acuerdos pactados con anterioridad, mismos que quedaron inconclusos, por ejemplo, de los 6 objetivos de Dakar, destacó el primero de ellos, que contempló la expansión y mejora de la Atención y Educación en la Primera Infancia (AEPI) integral, ya que su incumplimiento puso en riesgo otros logros de mediano y largo plazo, tales como la universalización de la educación primaria, el acceso al aprendizaje y el desarrollo de competencias de los jóvenes, así como la reducción del analfabetismo en adultos, la equidad de género en la educación y la mejora de la calidad del sistema educativo (UNESCO, 2015).

A este respecto, en lo que se refiere a la creación de servicios relacionados con la AEPI integral, la ONU (2016) reconoció que la transformación económica alrededor del mundo no fue lo suficientemente adecuada para resolver la desigualdad de oportunidades entre el hombre y la mujer, hecho que contribuyó a la generación del círculo vicioso antes indicado. Ejemplos de esto los podemos encontrar en las políticas y prácticas inequitativas que atañan al cuidado infantil y al acceso femenino a servicios sanitarios de calidad, ya que no propiciaron que las mujeres superaran la condición de pobreza a través de su participación económica en sus localidades. Por lo que, el organismo enfatizó la urgencia para crear políticas desde el enfoque de género y el diseño de programas de cuidado infantil que respondieran las necesidades reales de las madres y padres trabajadores en cuanto

a la asequibilidad, acceso y calidad de los servicios de atención y educación infantiles, en un afán por fomentar la corresponsabilidad de obligaciones en el cuidado infantil y favorecer a la participación económica de hombres y mujeres, con énfasis en el desarrollo de una economía sostenible.

Actualmente, se plantean acciones para apoyar los avances en las metas de la agenda educativa 2030, para lo cual la UNESCO cuenta con el Instituto Internacional para la Planeación de la Educación (International Institute for Educational Planning [IIEP] & UNESCO, 2017), mismo que se encarga de proporcionar asistencia técnica a las instancias gubernamentales encargadas de la educación, a través de la capacitación para la planeación, administración, evaluación y ejecución de políticas innovadoras que promuevan procesos educativos participativos e inclusivos.

Para apoyar al cumplimiento de tales acciones, en el período de 2014 a 2017, el IIEP proporcionó a las naciones interesadas un plan de capacitación para desarrollar las estrategias políticas que dieran cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 1 y 16 destinados a erradicar la pobreza y a construir un mundo en paz, de la nueva agenda para el desarrollo sostenible de la ONU, correspondientes a poner fin a la pobreza y a lograr un mundo justo y pacífico, respectivamente. Con estas ayudas se trató de desarrollar estrategias de mediano plazo que transformaran los procesos educativos y sus operaciones desde el enfoque de cambio mundial con sostenibilidad (IIEP & UNESCO, 2017).



## Capítulo 2

### Modelos teóricos actuales en la intervención temprana

Las características que hoy en día constituyen a los modelos de Intervención Temprana (IT) en la infancia, demuestran una evolución, tanto en el enfoque utilizado para visualizar los casos, como en la manera de abordarlos. Es preciso decir que, dicha evolución ha sido el producto de los cambios sociales, políticos y económicos, los cuales, a su vez, son sensibles al momento histórico vivido y a los planteamientos filosóficos involucrados (Gutierrez & Ruíz, 2012). Pero, sobre todo, ha sido indispensable el avance de las distintas disciplinas relacionadas al campo de la salud y la educación infantil, tales como la medicina, la antropología, la pedagogía, y en especial, de la psicología, pues gracias a esto, a los profesionales les es posible realizar un abordaje interdisciplinario de la IT (Martínez & Calet, 2015). No obstante, debido a la heterogeneidad de las condiciones socioeconómicas y políticas en el ámbito internacional, lo que se observa en la práctica profesional es la coexistencia de una serie de modelos de intervención, de los cuales, en algunos se advierte el remanente histórico combinado con la inevitable inercia hacia el cambio, en otros, se aprecia la transición, y en unos más, puede encontrarse la lucha por la consolidación y la búsqueda del sustento empírico para fortalecer lo que se conoce como la práctica basada en evidencia, en un afán por sustentar la intervención en casos de éxito comprobado científicamente, esto es: el costo-beneficio de la IT (UNICEF & Centro de Investigación Innocenti, 2007).

En este sentido, los modelos de IT han transitado desde el enfoque centrado en el niño/a como portador de anormalidades, las cuales debían ser corregidas o normalizadas institucionalmente (Candel, 2005). Luego, se dio paso al abordaje biopsicosocial, que enfatizó la importancia de considerar al niño y a la niña globalmente desde una actuación preventiva con énfasis en la intervención centrada en la familia (Martínez & Calet, 2015). Más tarde, gracias al reconocimiento de la infancia como poseedora de derechos humanos, se privilegió su derecho a la participación plena dentro de una comunidad resiliente (UNICEF & Centro de Investigación Innocenti, 2007).

De acuerdo con lo anterior, la UNICEF y el Centro de Investigación Innocenti (2007) enlistan una serie de modelos de IT, de los que se cuenta con evidencias empíricas que apoyan su utilización alrededor del mundo, así como su coexistencia por separado e incluso su utilización combinada, para proporcionar atención al niño/a con problemas en el desarrollo evolutivo o con discapacidad, son:

### **Modelo médico/terapéutico o biológico**

Se trata de un modelo que centra la atención en la niña y el niño al que se le proporciona atención hospitalaria, durante la cual se excluye a la familia, pues es conducida exclusivamente por el profesional de la salud, quien programa en solitario las actividades terapéuticas de rehabilitación, que aplicará sobre su paciente con el objetivo de normalizar su conducta (Martínez & Calet, 2015).

Tras reconocerse, que con frecuencia la institucionalización infantil ocasiona daño psicológico irreversible, además de añadir retrasos a su desarrollo global debido a la deprivación social, este modelo de Intervención Temprana (IT) está cayendo progresivamente en desuso. Aunque, en regiones como Europa central y del este, donde la economía se encuentra en transición, se reconoce que ésta es la mejor forma de proveer una atención apropiada, sobre todo para los niños y las niñas en condiciones médicas importantes tales como la epilepsia, debido a la falta de infraestructura y redes sociales primarias y secundarias necesarias para proporcionar una atención integral (UNICEF & Centro de Investigación Innocenti, 2007).

### **Modelo biopsicosocial**

Para su estructuración este modelo se sirvió del paradigma ecosistémico de Bronfenbrenner (1987, 2005), pues su objetivo primordial es que el profesional visualice globalmente a la niña y al niño con problemas en su desarrollo evolutivo o en riesgo de desarrollarlos y a su familia, considerando para su atención los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que pudieran incidir en su condición, asimismo se guía por el principio de atención primaria siguiendo los principios de la prevención en sus diferentes niveles (Agencia Europea para el Desarrollo en

Necesidades Educativas Especiales, 2005; Gutiez & Ruiz, 2012; Martínez & Calet, 2015).

Mediante este modelo de Intervención Temprana (IT) se han elaborado programas de para proveer atención a niños y niñas con discapacidad provenientes de zonas rurales, los cuales constan de un conjunto sistematizado de actividades adaptadas al ambiente cotidiano del hogar. Para su aplicación, los padres son asesorados por un visitador, en conjunto con el cual, deciden los pasos a seguir para lograr las metas que permitan la optimización del desarrollo infantil (UNICEF & Centro de Investigación Innocenti, 2007), de manera que le sea posible integrarse a las actividades comunes (Martínez & Calet, 2015).

No obstante, el éxito reportado por estos programas en algunas naciones del mundo como Estados Unidos y la India (UNICEF & Centro de Investigación Innocenti, 2007), en otros como España, se considera que su efectividad aún está por demostrare, ya que todavía no se cuenta con suficientes evidencias que permitan obtener conclusiones al respecto (Robles-Bello & Sánchez-Teurel, 2013).

### **Modelo integral**

Reconoce al individuo como portador de derechos humanos, tales como a la educación y a la salud y, por ende, al desarrollo social (Victoria, 2013). Al igual que el modelo biopsicosocial, se fundamenta en el paradigma ecosistémico (Bronfenbrenner, 1987, 2005), al considerar el abordaje multisistémico y multinivel de IT. Sin embargo, a diferencia del modelo biopsicosocial, aborda la gestión del potencial del sistema comunitario, más que del sistema familiar directamente involucrado, pues considera que, al aprender los unos de los otros, es posible crear una sociedad incluyente y equitativa en la que todos puedan gozar del mejor nivel de salud posible y compartir actividades de aprendizaje en conjunto, así como participar en actividades comunes sin que nadie sea excluido (UNICEF & Centro de Investigación Innocenti, 2007).

Siguiendo esta línea, tras analizarse las experiencias de éxito alrededor del mundo sobre las intervenciones oportunas basadas en la comunidad, formuladas bajo los principios ecosistémicos, se ha observado que, no sólo es necesario que las acciones gubernamentales de las diferentes naciones aseguren la suficiente

articulación intersectorial de las dependencias relacionadas con la salud, la educación y el desarrollo social, para lograr proporcionar una atención integral al niño y a la niña, sobre todo para los más vulnerables (OMS & UNICEF, 2013); además, se advierte que, en el sentido costo-beneficio, es trascendental promover programas sustentables de IT, lo cual se consigue, a través la movilización de los procesos comunitarios de recuperación, pues éstos permiten a los diferentes grupos sociales hacer frente común a la presencia de los factores de riesgo que afectan a la infancia; por lo que puede decirse que los modelos de intervención temprana siguen en evolución (Newman, 2002; OMS & UNICEF, 2013; ONU, 2010; SEP, 2013).

### **Modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia**

Como puede verse, la evolución de los modelos de IT es un proceso que continuará su curso para lograr hacer frente a la complejidad de una tarea multisistémica y multinivel y para proporcionar sustentabilidad de los programas de intervención, en el sentido de costo/beneficio, lo cual se requiere para proporcionar a los niños y a las niñas con discapacidad o con problemas del desarrollo una atención integral oportuna e incluyente. De esta forma es que se apunta hacia la incorporación del enfoque de riesgo/resiliencia al paradigma ecosistémico que viene utilizándose desde su adopción para el modelo biopsicosocial, y que con esta reciente reformulación ha dado lugar al *Modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia* (Algood, Carl, Harris & Sung, 2013; Instituto de Equidad en Salud, 2014; Junta para la Protección Infantil de Luton, 2017). A continuación, se detalla cada uno de los elementos del modelo subrayando la evolución del paradigma ecosistémico y la convergencia con el enfoque de riesgo/resiliencia.

**Reformulación del paradigma ecosistémico e incorporación del enfoque de riesgo/resiliencia.** La utilidad del paradigma ecosistémico de Bronfenbrenner (1987, 2005), en la estructuración de los modelos recientes de intervención temprana, se debe a que, desde su planteamiento inicial en 1979, bajo el nombre de la *Ecología del desarrollo humano*, proporcionó las bases teóricas para la reorientación del estudio del desarrollo humano que, hasta ese momento, había

excluido al contexto de sus diseños de investigación. Este planteamiento consistió en la visualización de un sistema unitario regido por una serie de subsistemas jerárquicos e interrelacionados, conocidos como micro, meso, exo y macrosistema (véase Figura 1):

**Microsistema.** Conformado por las estructuras sistémicas y por los procesos inmediatos que envuelven al individuo en desarrollo, tales como su propio hogar, su lugar de esparcimiento o el centro educativo al que asiste.

**Mesosistema.** Corresponde a los vínculos y procesos que tienen lugar entre los contextos de desarrollo microsistémicos, por ejemplo, el grado de vinculación entre el centro educativo infantil y el hogar, como la aplicación de las políticas de participación social de la familia en el centro educativo.

**Exosistema.** Consiste de los nexos y procesos que tienen lugar entre los distintos contextos que, si bien no envuelven directamente al niño y a la niña, sí tienen influencia en la calidad de su contexto inmediato de desarrollo, por ejemplo, lo que acontece en el centro de trabajo de los padres, si hay un despido o una promoción, y el grado de vinculación que hay entre este sitio y el hogar, como las políticas de equidad que permiten al padre participar en el cuidado infantil.

**Macrosistema.** Se trata de los patrones ideológicos y organizacionales de las instituciones sociales, los cuales se adecúan a las particularidades culturales o subculturales de la sociedad o del segmento social al que proveen atención.

La evolución de este paradigma, trajo consigo su reformulación en 2001 bajo la *Teoría bioecológica del desarrollo humano* (Bronfenbrenner, 2005), la cual conservó la jerarquía de niveles mencionada, pero extendió la definición de microsistema, incluyendo en éste los aspectos sociales, simbólicos y la situación física del/de la niño/a, elementos capaces de determinar su participación en interacciones de progresiva complejidad, inhibiendo o promoviendo su actividad en contexto inmediato de desarrollo. Al mismo tiempo, este replanteamiento tuvo implicaciones en el concepto de macrosistema, el cual incorporó aspectos contextuales que afectan el curso del desarrollo infantil, tales como los riesgos

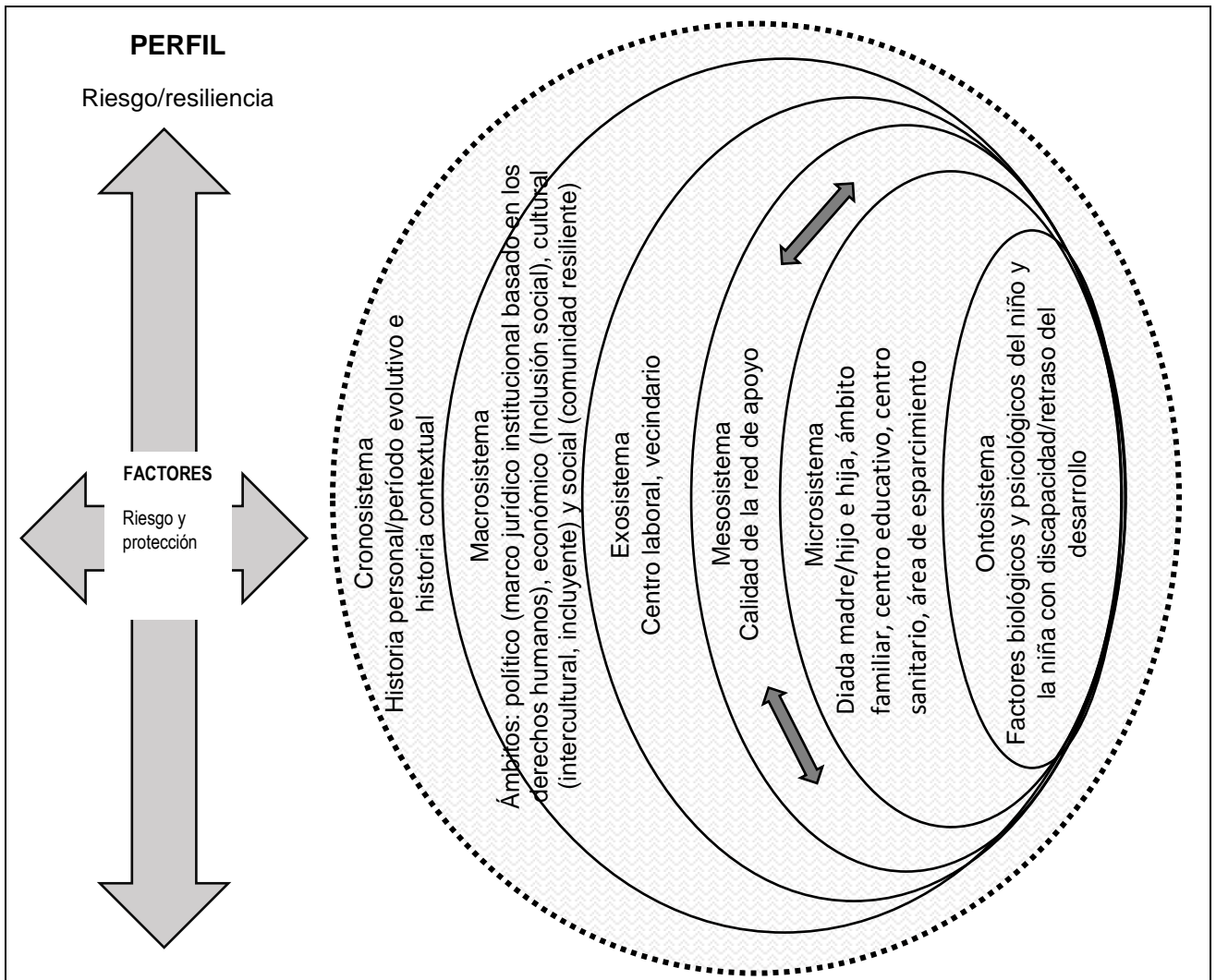
psicosociales, o los recursos socioeconómicos disponibles, entre otros (véase Figura 1).

Esta reformulación incorporó también el factor tiempo, debido a que se le consideró como un elemento capaz de influir en el desarrollo de las características psicológicas de los y las infantes. A éste, el autor lo denominó *cronosistema* y lo definió como la secuencia ordenada de eventos de índole personal (normativos o no normativos) o contextual, los cuales afectan al ciclo de vida humana al ocasionar cambios en el curso de desarrollo individual o colectivo, por ejemplo, el orden de nacimiento dentro de la familia que afecta particularmente al individuo en cuestión, o los acontecimientos históricos que afectan a una cohorte y no a otra, pero considerando que existen eventos que trascienden generacionalmente como la condición de pobreza extrema. (Véase Figura 1).

Por otra parte, no obstante, que el autor del modelo ecosistémico incluyó los factores genéticos en el estudio del desarrollo humano, por considerar que éstos, en interacción con el ambiente ecológico, influyen en la formación de las características biopsicológicas del individuo en desarrollo, como en el caso del desarrollo del temperamento, cabe especificar que fue Belsky (1980) quien introdujo el término *ontosistema* para integrarlo como el primer nivel jerárquico dentro del paradigma ecosistémico, con el objetivo de incorporar los factores individuales que caracterizan tanto al niño y a la niña como a sus padres o cuidadores y que influyen en el desarrollo infantil. (Véase Figura 1).

En lo que se refiere a la integración de los elementos de riesgo/resiliencia, en el ámbito de la discapacidad infantil, el proceso de evaluación del perfil de riesgo/resiliencia se ha utilizado para determinar las diferentes necesidades del/de la niño/a al que se le ha detectado en riesgo. Durante este proceso se trata de determinar, sistemáticamente, desde los distintos niveles jerárquicos del contexto de desarrollo, tanto las fortalezas como las debilidades infantiles, así como las derivadas de las características de su familia y del funcionamiento de la misma, tras lo cual padres y profesionales toman decisiones en conjunto para proporcionar la intervención apropiada (Junta para la Protección Infantil de Luton, 2017). (Véase Figura 1).

Así mismo, esta integración ha permitido observar la influencia de los factores que han favorecido al éxito de la crianza de niño/as con dicha condición, sobre todo, cuando desde los distintos niveles jerárquicos del sistema ecológico se proporcionan los apoyos necesarios a la familia y a los y las infantes, pero también cuando dichos apoyos fueron congruentes culturalmente (Algood, Carl, Harris & Sung, 2013).



**Figura 1. Modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia**

**Nota.** Fuente: Elaboración propia de acuerdo con: Bronfenbrenner, U. (2005). *The Bioecological Theory of Human Development*. En U. Bronfenbrenner (Ed.). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). Estados Unidos de América: Publicaciones Sage; Belsky, J. (1980). *Child maltreatment: An ecological integration*. *American Psychologist*. (35) 4, 320-335; y la Junta para la Protección Infantil de Luton (2017). *A risk and resilience model to support the assessment of safeguarding and welfare concerns involving children*.

Aunque, en general, es necesario enfatizar que, el modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia busca promover el desarrollo de la capacidad resiliente para contribuir a mejorar la capacidad de recuperación del individuo. En este sentido, es necesario que todos los elementos del sistema trabajen al unísono desde su jerarquía, ya sea nacional o local, se trate de servicios públicos o de grupos comunitarios, de manera que se reduzcan los riesgos y se maximicen los factores protectores para promover el desarrollo óptimo de las personas (Instituto de Equidad en Salud, 2014).

Independientemente del modelo teórico empleado en el diseño y aplicación de los programas de Intervención Temprana, como continuaremos subrayando, y por las razones que ya se indicó, en la práctica profesional se observa un generalizado uso del paradigma ecosistémico, pues éste no sólo permite la detección e intervención, oportuna e integral, a partir del análisis multisistémico y multinivel del entorno de desarrollo infantil (Sierra & Gutiez, 2012) (véase Figura 1), sino que también admite la incorporación del elemento riesgo/resiliencia en virtud de la creciente conciencia sobre la importancia de proporcionar sustentabilidad a los programas de intervención, a través de la promoción de la resiliencia comunitaria, lo cual favorece a la inclusión de los niño y las niñas con discapacidad o con retraso del desarrollo en las actividades comunitarias (UNESCO, 2009) enmarcadas conforme a un programa unitario (OMS, 2013).

Aún en los casos en los que la condición médica del niño y la niña implicara procedimientos profesionales altamente especializados y justificara su institucionalización, lo más recomendable será intervenir en su entorno más próximo manteniendo a estos niño/as con sus padres, a los cuales será necesario acompañar para que mejoren sus actitudes y prácticas de crianza, lo mismo que, para garantizar el acceso de la infancia a los servicios educativos, capacitando al personal educativo para proporcionar a los niños y las niñas las adaptaciones curriculares correspondientes, así como, para gestionar el apoyo social necesario para facilitar los servicios de cuidado infantil apropiado, los materiales y accesorios



requeridos y el apoyo económico que les sea indispensable (OMS & UNICEF, 2013; UNICEF & Centro de Investigación Innocenti, 2007). Esto fortalece la importancia de proporcionar Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI) integral e incluyente (Agencia Europea para el Desarrollo en Necesidades Educativas Especiales, 2005; UNESCO, 2009).

**Programas de Intervención Temprana.** A continuación, se incluyen algunos de los programas de intervención temprana que han reportado efectividad en su aplicación:

- **Programa de Intervención Temprana Portage.** Originalmente elaborado conforme al modelo biopsicosocial, enfocado en la familia. Fue desarrollado de Estados Unidos para proporcionar intervención temprana a infantes con discapacidad radicados en zonas rurales. Consiste de una guía de actividades altamente estructurada, pero que posee suficiente flexibilidad para adaptar las actividades sugeridas al ambiente cotidiano del hogar. Para su aplicación, los padres son asesorados por visitador, en conjunto con el cual deciden los pasos a seguir para lograr las metas específicas que optimicen el desarrollo infantil (Agencia Europea para el Desarrollo en Necesidades Educativas Especiales, 2005).

Este programa ha sido adaptado en 90 naciones más, un ejemplo de esto es el que se llevó a cabo en Delhi, India, donde la instrumentación del programa consistió en el acompañamiento de trabajadores sociales los cuales, a partir de la elaboración de materiales sencillos, mostraron a los padres como estimular apropiadamente a sus hijos (UNICEF & Centro de Investigación Innocenti, 2007). Actualmente, el programa se encuentra en transición hacia el modelo integral, basado en la comunidad, enfatizando la inclusión de las personas con discapacidad o con dificultades en el desarrollo evolutivo (Junta para las discapacidades del desarrollo del condado de Portage, 2018).

- **Programa Hogares de Bienestar.** Este programa corresponde al modelo integral de acción comunitaria, llevado a cabo por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con el objetivo de proporcionar los servicios integrales de educación y atención de la primera infancia de manera que se garantice el cumplimiento de los derechos humanos de infantes en condición de pobreza y en riesgo de presentar

problemas del desarrollo evolutivo. Consiste de una serie de actividades coordinadas entre el gobierno y la comunidad a través de las cuales se fortalece la calidad del cuidado infantil en los aspectos sanitarios, educativos y nutricionales, al acompañar a los padres durante las prácticas de crianza (Amar, Tirado & Barrenche, 2007).

- **Programa Chile Crece Contigo.** Se trata de un programa con características propias del modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia, considera a los y las infantes como sujetos de derecho al cual deben garantizársele los servicios de atención y educación integrales e incluyentes, de la misma forma, visualiza a la familia y a la comunidad como los subsistemas capaces de desarrollar la resiliencia necesaria para hacer frente a la presencia de factores de riesgo a partir de la movilización de determinados factores de protección. Para tales efectos, promueve: la prevención de la salud; la provisión de los apoyos específicos de acuerdo a sus necesidades educativas individuales; el acompañamiento familiar durante el proceso de crianza; la promoción comunitaria de actividades recreativas y educativas. Lo anterior, se realiza a través de una serie de estrategias llevadas a cabo entre un agente educativo y el grupo comunitario, fijadas a corto y a largo plazo, para movilizar los recursos y las redes de apoyo requeridos en la creación del ambiente protector infantil, en un espacio que incorpora a los niños y las niñas, a sus familias, a la comunidad en la que viven y al marco normativo de atención y educación de la primera infancia (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2010; Elvir & Asensio, 2006).

***Estudios relevantes en el área.*** En seguida, se presentan algunos de los estudios que han reportado la efectividad de determinados programas de Intervención Temprana (IT) en el ámbito internacional.

- Para determinar el efecto de los programas que combinan los modelos de IT médico/terapéutico, centrado en el niño y la niña, y biopsicosocial, basado en la familia, comparado con el modelo de intervención médico/terapéutico tradicional, Tang et al. (2011), llevaron a cabo un estudio en el que compararon dos grupos a los que se asignaron aleatoriamente 70 infantes (45 masculinos y 23 femeninos) de

entre 6 y 48 meses de edad ( $X_M = 12.5$ ), diagnosticados con retraso motor del desarrollo o con Retraso Global del Desarrollo (RGD), sin etiología definida, pertenecientes a una localidad de Taiwán, China. A uno de los grupos se le aplicó el programa terapéutico tradicional, el cual fue instrumentado en la institución de salud durante 45 minutos una vez a la semana, y otro al que se le incorporó en el programa que combinó las actividades terapéuticas proporcionadas en la institución de salud por 30 minutos a la semana con las actividades estructuradas en el hogar en sesiones de 15 minutos. Ambos programas tuvieron una duración de 12 semanas. Los resultados mostraron una mejora estadísticamente significativa ( $p = 0.000$ ) en el grupo que recibió el programa combinado, en las áreas cognitiva, de lenguaje, motora y social.

- En lo relativo a la efectividad por grupo de edad de los programas de IT basados en el modelo integral, centrado en la comunidad, Lakhan, Mario, Qureshi & Hall (2013), reportaron los resultados de la implementación de un programa de intervención aplicado a un grupo de 67 infantes (38 masculinos y 29 femeninos), con un rango de edad de 6 a 36 meses, pertenecientes a una comunidad de la India, diagnosticados con retraso del desarrollo. La intervención se llevó a cabo durante un año, y consistió de la provisión de los servicios integrales de: nutrición; actividades terapéuticas para la estimulación de las diferentes áreas del desarrollo infantil; acompañamiento para ayudar a los padres a mejorar sus prácticas de crianza, utilizando materiales de bajo costo. Para la instrumentación del programa, los padres asistieron con sus hijos a un centro comunitario en el que los niños y las niñas fueron separados en cinco grupos por rangos de edad de seis meses (6 a 12, 13 a 18, 19 a 24, 25 a 30 y 31 a 36 meses), y a los que se aplicaron evaluaciones del desarrollo infantil pre y post intervención. Los resultados mostraron una mejora significativa en las áreas del desarrollo motor, de lenguaje, cognitivo y social; no obstante, observó un decremento de la mejora conforme la edad de intervención se acercaba a los 30 meses de edad, lo cual, en opinión de los autores, indica que la mejor etapa para intervenir adecuadamente en el desarrollo infantil corresponde al período previo a esta edad.

- En lo que se refiere a las evidencias sobre la efectividad de los programas de IT enmarcados en el modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia, en 2014 Atalah et al. llevaron a cabo la evaluación del programa Chile Crece Contigo, mediante el cual se proporciona atención integral al/a la niño/a en condición de vulnerabilidad o con retraso del desarrollo evolutivo, a través de una serie de intervenciones aplicadas desde el subsistema de protección a la infancia en la comunidad a la que pertenece la familia.

Para la determinación del impacto del programa, se analizaron las bases de datos correspondientes a la población de niño/as menores de dos y tres años de edad y de sus familias, los cuales fueron atendidos entre 2008 y 2011. El estudio arrojó que: del 75% de los 505, 471 infantes evaluados, previa implementación del programa, el 5% presentó retraso del desarrollo evolutivo o riesgo de retraso, de éstos, durante su participación en el programa, el 50% reportó recuperación, sobre todo en el subgrupo de infantes menores de dos años. Sin embargo, dicha mejora fue levemente positiva, además, se observó una disminución de la misma conforme la edad de los niños y las niñas se acercaba a los tres años. En lo que se refiere a la participación de las madres, de 2009 a 2011, se presentó un incremento significativo en su asistencia a los talleres educativos de 7.6 a 11.0% ( $p < 0.001$ ), así como en la frecuencia de las visitas domiciliarias 6 veces más ( $p < 0.001$ ), en especial para las familias de infantes detectados con retraso del desarrollo.

### **Resiliencia, riesgo y protección**

En el ámbito de la salud pública, el concepto de resiliencia ha estado ligado a los de riesgo y protección. No obstante, los avances conseguidos tanto en materia de obtención de conocimiento sobre la resiliencia como para el uso práctico del mismo, así como la repercusión de ambas actividades en la elaboración de las políticas sanitarias, educativas y de desarrollo social, en opinión de algunos autores, no se ha logrado sistematizar apropiadamente ni su estudio ni su aplicación práctica. Para tal efecto, sugieren una mejor apropiación del paradigma ecosistémico (Jenson & Fraser, 2016), lo que consideran, permitirá observar apropiadamente el complejo dinamismo de los sistemas relacionados, los cuales presentan procesos de cambio

y de sustentabilidad al mismo tiempo (Krasny, Lundholm & Plummer, 2010). Esto, con la finalidad de comprender plenamente la forma en la que el individuo utiliza sus recursos cognitivos y emocionales para superar las dificultades que se presentan dentro de su contexto de desarrollo y a lo largo de su ciclo de vida (Rutter, 2006).

## **Resiliencia**

La resiliencia se define como el proceso dinámico que se fundamenta en la resistencia del individuo al enfrentarse a riesgos ambientales significativos, en virtud de lo cual, sin embargo, obtiene resultados positivos. Luego, su estudio se dirige a la explicación de las causas del éxito adaptativo del individuo ante los eventos adversos (Rutter, 2006).

En este sentido, la investigación sobre el desarrollo de la resiliencia, sugiere que ésta se desarrolla durante la infancia a partir de un determinado tipo de interacción que inicia entre la diada madre/hijo e hija y que va tornándose cada vez más compleja hacia grupos sociales cada vez más extensos y diversos, lo que favorece a sentar las bases protectoras más importantes que repercuten en el resto del ciclo de vida, de manera que capacita al individuo para presentar patrones satisfactorios de desarrollo aun cuando se vea enfrentado a contextos de riesgo (Barudy & Dantagnan, 2010; Masten & Gewirtz, 2006). Para los que esto no ha sido posible, es trascendental comprender que, gracias a la plasticidad cerebral, se ha logrado controlar el daño ocasionado por exposición a ciertos factores nocivos, siempre y cuando se actúe en los períodos críticos de desarrollo (Woodhouse, Miah & Rutter, 2017). Al mismo tiempo, esta capacidad del organismo para recuperarse del daño, cobra importancia en el ámbito de la atención primaria, pues es indispensable la aplicación de programas que fomenten el desarrollo de la resiliencia para favorecer la optimización del desarrollo evolutivo (Masten & Gewirtz, 2006), desarrollar mejores habilidades cognitivas y socioemocionales en su juventud, y proporcionar acompañamiento para superar las dificultades adaptativas durante la transición a la vida adulta, por lo que ha sido necesario proporcionarles ayuda ante dichos eventos críticos, una vez identificados (Masten & Tellegen, 2012).

Esto último, debido a que se ha observado que la resiliencia tiende a variar a lo largo del ciclo de vida; esto es, aunque la calidad de la resiliencia que el individuo es capaz de presentar, se relaciona con su historia de vida, y que determina su reacción ante las situaciones adversas (Rutter, 2002), también se ha demostrado que las personas que, en determinados momentos, presentaron una buena capacidad de recuperación ante eventos de riesgo, no necesariamente lo hicieron a lo largo de todo su ciclo de vida, esto mismo ha obligado a negar la existencia de *seres resilientes* o de personas invariablemente invulnerables (Masten & Tellegen, 2012). También es necesario reconocer que existe heterogeneidad entre las distintas respuestas resilientes que las diferentes personas son capaces de presentar ante las mismas situaciones adversas, esta es una muestra más de que la resiliencia es compleja e implica la realización de estudios longitudinales orientados a explicar las causas multifactoriales asociadas. Por lo mismo, es clave utilizar datos cualitativos para averiguar el significado personal que la experiencia adversa tiene para el individuo en particular. Así mismo, es necesario estudiar aquellos contextos sociales específicos que favorecen la presencia de los procesos resilientes, y utilizar este conocimiento en el ámbito práctico, para modificar intencionalmente el contexto del individuo para ayudarlo a obtener mejores resultados en su vida (Sameroff, 2013).

## **Riesgo**

El riesgo se define como el incremento de la probabilidad de que se presenten efectos adversos sobre el individuo tras su exposición a determinados factores (Obradovic, Masten & Shaffer, 2012). Bajo estos términos, aunque se considera que la presencia de algunos elementos adversos es innegablemente pernicioso (Masten & Tellegen, 2012), se sabe que ésta por sí sola no determina absolutamente el fracaso en la adaptación del individuo (Jenson & Fraser, 2016). No obstante, en caso de haber afectación, ésta puede presentarse tanto de manera crónica como aguda, y puede tener un efecto acumulativo a lo largo de la vida (Masten & Tellegen, 2012) incrementando la probabilidad de afectación en la adaptación del individuo (Sameroff, 2013).

Por otro lado, al riesgo se le puede clasificar en proximal y distal. Se considera que el riesgo es proximal cuando el efecto que causa es inmediato y directo, por ejemplo, el abuso físico, emocional o sexual y la negligencia. Es distal si el daño repercute de manera indirecta, pues se presenta en el ámbito poblacional, aunque más tarde puede generar un compromiso sobre los factores proximales, como en el caso de la carencia de políticas de protección a la infancia, las cuales, invariablemente, colocan a la niñez en determinada condición de vulnerabilidad (Rutter, 2016).

A pesar de esta última diferenciación de los factores de riesgo, conviene indicar que existen aquellos capaces de afectar tanto distal como proximalmente al bienestar de la infancia, tal es el caso de la pobreza, la cual interfiere, por ejemplo, en la satisfacción de sus necesidades nutricionales, en la calidad y disponibilidad de la atención sanitaria o en el acceso a la educación, entre otras (Fraser, 2004). Y aunque, como se dijo, la presencia de un factor de riesgo no determina un desenlace específico, sí se eleva la probabilidad de que los procesos de crecimiento y desarrollo no se den de manera óptima (Jenson & Fraser, 2016).

## **Protección**

Aunque existe un debate en torno a la definición del concepto de protección, se acepta que su presencia permite al individuo: reducir la afectación que el factor de riesgo ocasiona en su vida; detener el efecto dominó que el riesgo puede desencadenar; e impedir la sola presencia del factor de riesgo (Jenson & Fraser, 2016). En este sentido, se sabe que, algunos factores de protección poseen la peculiaridad de ser específicos en cuanto a su acción benéfica, la cual depende del momento evolutivo en la vida infantil (Sameroff, 2013).

Además, es necesario indicar que, a lo largo del desarrollo evolutivo, los procesos de adaptación se modifican siendo posible la transformación de un factor de protección en uno de riesgo y viceversa (Masten & Tellegen, 2012). Un ejemplo de ello, lo podemos encontrar en la pobreza la cual al estar presente en la niñez implica un claro riesgo para el desarrollo infantil; sin embargo, el hecho de que la familia esté libre de tal condición no significa que el niño/a tenga garantizado el

bienestar (Luthar, Sawyer & Brown, 2006). Para efectos de intervención, es indispensable analizar la situación a tratar desde el enfoque ecosistémico, por medio de lo cual se pueda avanzar hacia una intervención eficaz, producto del trabajo integrativo de los diferentes factores de riesgo y protección presentes en los diferentes subsistemas que envuelven al caso (Sameroff, 2013).

En el ámbito práctico, es indispensable considerar plenamente el uso, tanto individual como colectivo, de los factores protectores; por lo tanto, es trascendental que el estudio de los procesos resilientes exija realizar una evaluación multisistémica y multinivel del contexto y de la situación particular identificando los aspectos positivos, los recursos disponibles y las alternativas de vida con las que se puede contar para programar las actividades de intervención (Llobet & Wegsman, 2004). Además, en un carácter global, la IT abarca un conjunto de actuaciones que no sólo se dirigen al o a la infante, sino que también se centran en su familia y en la comunidad, de manera que dichos programas deben procurar, fundamentalmente, enriquecer el medio en el que se desenvuelve el niño, fomentando interacciones de calidad con las personas que le rodean (Sánchez, Caravaca & Candell, 2012).

Esto, de particular importancia en el diseño e instrumentación de programas de Intervención Temprana (IT) de aquellos infantes a los cuales aún no se les ha categorizado dentro de alguna discapacidad, pero que presentan el diagnóstico provisional de Retraso Global del Desarrollo (RGD) (Gargiulo, 2012), debido a que los factores de riesgo que envuelven su contexto de desarrollo pudieran influir negativamente en la arquitectura cerebral y en su funcionamiento global (Velasco, 2003), con la posibilidad de que en el futuro las dificultades del desarrollo infantil persistan repuntando en problemas de aprendizaje (Gargiulo, 2012), con una alta probabilidad de requerir servicios de educación especial (Arias, 2000).

### **Retraso global del desarrollo**

Debido a la importancia que tienen las acciones de detección e intervención oportunas en el curso de vida de los y las infantes con problemas en el desarrollo evolutivo o con discapacidad (Álvarez, Soria & Galbe, 2009), sobre todo si se logra coordinarlas en los diferentes niveles de actuación tanto local como nacional e



internacional (UNESCO, 2015), es trascendental contar con un marco de referencia conceptual apropiado, que coadyuve en el desarrollo de la sostenibilidad de los programas de Intervención Temprana (IT) (OMS, 2013; ONU, 2016). Sobre todo, una de las problemáticas ocasionadas por la falta de consenso en los conceptos relacionados al campo de la Atención y Educación de la Primera Infancia, que deriva en una falta de homologación de los términos e indicadores utilizados, no sólo entre los distintos profesionales dedicados a proporcionar en una misma localidad o nación, sino generalizadamente en el ámbito internacional, ha sido el vacío de datos o la falta de datos confiables; por lo que, no se ha logrado realizar una monitorización adecuada durante la instrumentación de los programas de IT y, por lo tanto, la evidencia sobre su eficacia es reducida o desconocida (OREALC & UNICEF, 2013).

Entre los esfuerzos realizados para diferenciar los conceptos relativos a las problemáticas del desarrollo evolutivo, se encuentra la distinción entre lo que son los *trastornos del desarrollo* y el *retraso en el desarrollo*, así como especificar lo que se considera *Retraso Global del Desarrollo (RGD)* (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013; OMS, 2018).

### **Antecedentes**

La acumulación de evidencias acerca de los factores de riesgo de origen orgánico y psicosocial que influyen negativamente en el curso y calidad del desarrollo evolutivo, llevaron a establecer parámetros prácticos que permitieran diagnosticar afectaciones específicas (Shevell, 2003). De inicio, debe decirse que, tanto el término *retraso* como *trastorno* del desarrollo, se refieren a la discrepancia entre el desarrollo evolutivo del niño y la niña respecto de su grupo normativo (Álvarez et al., 2009); no obstante, el *trastorno del desarrollo* puede implicar además de lo anterior, la presentación de síntomas por exceso, tales como los movimientos repetitivos característicos de determinados cuadros clínicos. A este conjunto de categorías pertenecen los trastornos de la comunicación trastornos del espectro autista, por ejemplo (APA, 2013).

Por su parte, el término *retraso del desarrollo (RD)* se refiere a una condición basada en la diferencia de presentación de los hitos del desarrollo o funciones corporales que afectan al desempeño infantil en alguna de las áreas del desarrollo (cognitivo, del lenguaje, motor o socioemocional) (OMS, 2011). Cuando dicho retraso afecta significativamente a más de un área, específicamente, se utiliza el término *Retraso Global del Desarrollo (RGD)* (APA, 2013; OMS, 2018; Shevell, 2008). Ambas categorías se establecieron provisionalmente para infantes menores de cinco años, para los cuales aún no es posible aplicar una evaluación del funcionamiento intelectual, aspecto que se considera en pleno proceso de desarrollo durante tal período (Álvarez, Soria & Galbe, 2008; APA, 2013; Narbona & Schlumberger, 2008; OMS, 2011).

En este sentido, además de la importancia de separar el significado de los diferentes términos, con fines de documentación y en términos de comparabilidad, es indispensable subrayar que la detección oportuna de estas últimas categorías podría ser el primer paso en la labor preventiva dirigida a los y las infantes en riesgo de desarrollar una discapacidad (Gargiulo, 2012; OMS, 2011); también, en el sentido de proporcionar la justa satisfacción de las necesidades a través de un programa de IT personalizado en el que las acciones contenidas se enfoquen en la adaptación de los servicios de Atención y Educación de la Primera Infancia y en la provisión de los apoyos necesarios para eliminar las barreras de participación (OMS, 2011), de tal forma que en un futuro no se requieran los servicios de educación especial (Arias, 2000).

### **Definición de la categoría**

La categoría de Retraso Global del Desarrollo (RGD) se define a partir del criterio propuesto por Shevell (2008), el cual consiste en la alteración de dos o más áreas del desarrollo, manifestada en un retraso significativo de dos o más desviaciones estándar por debajo de la media en las pruebas que evalúan el desarrollo infantil de acuerdo a la edad cronológica.

En tanto que, el diagnóstico diferencial se establece a partir de la presencia de signos que constituyen evidencias de otras categorías diagnósticas (Narbona &

Schlumberger, 2008), señaladas en los criterios clínicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión (CIE-10), (OMS, 2018) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, quinta versión (DSM-V), (APA, 2013).

### **Prevalencia e incidencia**

De las cifras con las que se cuenta actualmente, se sabe que, la prevalencia de RGD es del 1 al 3% en infantes menores de cinco años en Estados Unidos de Norteamérica (Shevell et al., 2003), en tanto que, en España, según la encuesta del Instituto Nacional de Estadística (INE) del 2008 se consideró que el 2.24% de la población infantil menor de seis años presentó alguna limitación en su desarrollo.

En cuanto a la incidencia, se tiene que, en Ecuador en una muestra de 462 infantes menores de cinco años, el 6% presentó retraso del desarrollo (Huiracocha et al., 2012). Mientras que, en el ámbito nacional, de acuerdo con los resultados obtenidos por Rizzoli-Córdoba et al. (2015), en el escrutinio poblacional del nivel de desarrollo infantil de una muestra de 5527 infantes menores de cinco años (de 1 a 59 meses) en situación de desventaja social, provenientes de áreas rurales y urbanas del estado de Coahuila, el 16.2 % presentó retraso del desarrollo.

Lo más importante de estas cifras no sólo es tener la estimación del número de casos que podrían tenerse en el total de la población o de un grupo, localidad o nación, sino el hecho de que algunos investigadores (Álvarez, Soria & Galbe, 2009) han encontrado que, de los niños y las niñas de 0 a 6 años detectados con retraso del desarrollo con y sin factores de riesgo de tipo biológico o social, que no se incorporan en algún programa de Intervención Temprana (IT), poco más de la tercera parte pueden desarrollar discapacidad.

### **Características normativas del desarrollo infantil**

A continuación, se realiza una breve descripción de la secuencia normativa del desarrollo infantil, así como, de las características principales del mismo, con la finalidad de acotar la caracterización de la condición de RGD.

El desarrollo infantil, es el resultado de la constante interacción entre los factores biológicos y los socioambientales (Barudy & Dantagnan, 2010; Caurcel,

2010), esto significa que, a pesar de que la secuencia de desarrollo está pautada por patrones genéticos intrínsecos al ser humano, éste se despliega en función de los estímulos que prevalecen en el contexto de desarrollo (Chávez, 2003), en particular, de la calidad de los estímulos sociales que la madre proporciona a su infante (Perinat, 2003), pudiendo verse afectado en períodos críticos en los que el organismo es más vulnerable a tales factores ambientales (Barudy & Dantagnan, 2010; Chávez, 2003; Muñoz, 2010).

Dichos patrones se traducen en un proceso normativo gradual que puede ser dividido en fases o estadios, por lo que es posible detectar desviaciones, retrasos o anomalías, contrastadas con los hitos esperados, durante el seguimiento del desarrollo infantil para sus diferentes áreas: motricidad gruesa, relativa a los movimientos de extremidades superiores e inferiores (brazos y piernas); motricidad fina, movimientos de manos y dedos; comunicación o lenguaje, la recepción y elaboración de los estímulos del lenguaje y el desempeño del habla; y, personal social la interacción con el entorno social (Muñoz, 2010) (Véase Tabla 1).

**Tabla 1**  
*Hitos del desarrollo infantil del 1 al 12 mes de edad*

Período de edad	Áreas del desarrollo en secuencia			
	Motor grueso	Motor fino	Lenguaje	Personal/social
Del mes 1 hasta 1 día antes del mes 2.	Acostado boca abajo, puede voltear hacia los lados, mueve los brazos.	boca puede mantener las manos cerradas la mayor parte del tiempo.	Mantiene las manos cerradas oír la voz del cuidador, utiliza de llanto para comunicar sus necesidades, responde a los sonidos.	Se tranquiliza al hablarle o cargarlo, sigue con la mirada al cuidador que se mueve dentro de su campo visual.

**Tabla 1***Hitos del desarrollo infantil del 1 al 12 mes de edad (Continuación)*

Período de edad	Áreas del desarrollo en secuencia			
	Motor grueso	Motor fino	Lenguaje	Personal/social
Del mes 2 hasta 1 día antes del mes 3.	Acostado boca abajo, levanta la cabeza por lo menos, cuando se le carga con soporte en el tronco, mantiene la cabeza erguida sin bamboleo.	Acostado boca arriba, realiza seguimiento visual en el plano horizontal, en la misma posición, se lleva la mano a la boca.	Voltea hacia la fuente de sonido, emite sonidos como “aah”, “ooh”, “uuh”,	Emite sonidos cuando le hablan, sonrío al reconocer rostros familiares.
Del mes 3 hasta 1 día antes del mes 4.	Acostado boca abajo, levanta la cabeza apoyado en sus brazos, sentado y con soporte en los hombros, mantiene erguida la cabeza.	Explora sus manos con la vista, mantiene las manos abiertas la mayor parte del tiempo.	Cuando le hablan, responde con sonidos, gorjea emitiendo sonidos como “agu”, “ga” o en forma de chillidos.	Sonríe en respuesta a la interacción social, moviliza la cabeza para ubicar la fuente de la voz.

**Tabla 1***Hitos del desarrollo infantil del 1 al 12 mes de edad (Continuación)*

Período de edad	Áreas del desarrollo en secuencia			
	Motor grueso	Motor fino	Lenguaje	Personal/social
Del mes 4 hasta 1 día antes del mes 5.	Sentado con soporte ligero en la espalda, mantiene erguida la cabeza por, al menos, un minuto, sentado con soporte ligero en la espalda, gira la cabeza en ambas direcciones, acostado boca arriba, se voltea de costado.	Trata de tomar objetos extendiendo los brazos, sostiene objetos en sus manos.	Utiliza el gorjeo o los gritos para llamar la atención, emite sonidos consonante/vocal como "le", "be", "pa", "gu"	Muestra conductas anticipatorias cuando se le va a alimentar, comunica su necesidad de atención, juega con sus manos.
Del mes 5 hasta 1 día antes del mes 7.	Al jalarlo de las manos, se impulsa con el cuerpo y eleva la cabeza para ir a la posición de sentado, soporta su peso y salta sobre sus piernas cuando se le coloca de pie.	Intenta alcanzar objetos, aunque no lo logre, se pasa un objeto de una mano a otra.	Mueve la cabeza en dirección de la voz del cuidador, repite los sonidos que el cuidador hace como "aaah", reacciona de acuerdo a los diferentes tonos de voz.	Expresa miedo hacia las personas desconocidas, reacciona cuando se le llama por su nombre, le divierte el juego de las escondidas.

**Tabla 1***Hitos del desarrollo infantil del 1 al 12 mes de edad (Continuación)*

Período de edad	Áreas del desarrollo en secuencia			
	Motor grueso	Motor fino	Lenguaje	Personal/social
Del mes 7 hasta 1 día antes de los 10 meses.	Permanece sentado apoyándose de sus manos, logra voltearse de boca arriba a boca abajo, se arrastra en esa posición.	Obtiene objetos rastrillando con los dedos, golpea objetos contra las superficies.	Emite sonidos sucesivos combinando consonante/vocal como “ba-ba”, “da-da”, “ta-ta”.	Disfruta de la interacción social con personas familiares, bebe líquidos de una taza con ayuda.
Del mes 10 hasta 1 día antes del mes 13.	Utiliza el gateo para desplazarse, se pone de pie apoyándose de los muebles, permanece 10 segundos en esa posición, se desplaza lateralmente agarrado de los muebles.	Mantiene objetos pequeños oponiendo varios dedos a la palma de la mano (prensión cúbito/palmar), aplaude.	Reacciona diferenciadamente ante distintos objetos o personas familiares, dice mamá o papá específicamente, utiliza gestos para comunicarse (señalar, negar y afirmar con la cabeza).	Come con la mano pequeños trozos de alimentos, ayuda a vestirse.

**Nota.** Fuente: Elaborada de acuerdo con Frankenburg et al. (1975). *Denver development screening test, reference manual revised*. Denver: LA-DOCA Project and Publishing Foundation; Newborg, J., Stock, J. R. & Wnek, L. (2001). *Inventario de Desarrollo Battelle*. Madrid: TEA; Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2010). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill; Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. Madrid: McGraw-Hill; Secretaría de Salud (2013). *Manual para la aplicación de la prueba Evaluación del Desarrollo Infantil “EDI”*. México: Autor.

Así mismo, existen patrones complejos del movimiento, conocidos como reflejos primitivos, los cuales son controlados desde el tronco cerebral y cuya presencia o ausencia en determinada edad denota integridad neurológica en el infante, y que, al cabo del tiempo, debido a la maduración del sistema nervioso van suprimiéndose, para dar lugar a conductas más complejas (Capute, et al., 1982) (véase Tabla 2).

**Tabla 2**  
*Edad de integración de las conductas reflejas primitivas en el desarrollo infantil.*

Reflejo	Edad de integración
Palmar	6 meses
Plantar	15 meses
Galant	4 meses
Tónico asimétrico del cuello	3 meses
Extensor suprapúbico	4 semanas
Extensor cruzado	6 semanas
Rossolimo	4 semanas
Talonar	3 semanas
Moro	6 meses
Babinsky	Su presencia siempre se considera anormal

**Nota.** Fuente: Adaptado de Zafeiriou, D. I. (2004). Primitive Reflexes and Postural Reactions in the Neurodevelopmental Examination. *Pediatric Neurology*. (31) 1, 1-8.

Finalmente, otra de las características del desarrollo infantil es la gran capacidad del Sistema Nervioso (SN) para recuperarse del daño, mejor conocida como plasticidad neuronal, en virtud de la cual se admiten cambios en favor de una mejor adaptación, por lo que las estrategias de detección e intervención oportunas son capaces de revertir los efectos negativos de los factores de riesgo (Caurcel, 2010; Chávez, 2003; Feldman, 2010; Shaffer & Kipp, 2000).

### **Características de la condición de Retraso Global del Desarrollo (RGD)**

Sin duda, el criterio de normalidad estadística que proporciona una prueba estandarizada para la evaluación del desarrollo infantil, representa una herramienta indispensable para la obtención de la categoría diagnóstica apropiada en caso de hallarse discrepancias respecto del grupo de edad (Vericat & Orden, 2013); sin embargo, para lograr la elaboración adecuada de un programa de IT, que satisfaga



las Necesidades Educativas (NE) y del desarrollo infantil, a partir de la adaptación curricular y durante el seguimiento de la evolución del caso, es de gran utilidad contar con la descripción cualitativa de las características categóricas específicas de los y las infantes con discapacidad o con retraso del desarrollo.

Como se dijo, el desarrollo infantil se ve influido por las características del contexto de desarrollo. En este sentido, existen dificultades para llegar a obtener el conjunto de características específicas para caracterizar el RGD, pues esto supone la consideración, entre otras cosas, del factor cultural, el cual influye en la calidad de la estimulación proporcionada en el hogar, a través de las prácticas o hábitos de crianza, las que a su vez impactan en la calidad del desarrollo infantil (Vericat & Orden, 2013). Otros factores implicados en este mismo sentido son los derivados de los ámbitos económico, social y político los cuales son capaces de influir en la calidad del contexto de desarrollo infantil y de las interacciones multisistémicas (Khadijah-Rohani & Ainuddin, 2013; UNICEF, 2016). Además, no debe perderse de vista que el desarrollo infantil entraña en sí mismo varias características (véase Tabla 1), que hacen compleja la labor interpretativa durante las labores de evaluación con fines diagnósticos y de seguimiento de la intervención (Costas, 2009).

Esto sin considerar que habrá casos en los que el retraso del desarrollo se deba a alguna variante no patológica del mismo, como lo es el caso de: la demora en la adquisición de la marcha, el establecimiento de la marcha saltándose la fase del gateo y la marcha en puntas, en cuanto al área motora gruesa; en lo que respecta a la motricidad fina, la pinza fina empleando el dedo pulgar y medio; o el tartamudeo y la dislalia fisiológicas, en lo relacionado al lenguaje (García, 2016).

Además, hay que subrayar que existe la posibilidad de que el retraso del desarrollo se presente a consecuencia de otra condición que afecta negativamente a la maduración del sistema nervioso, tal como el déficit nutricional o la falta de oportunidades ambientales para que el niño/a realice sus actividades cotidianas (hospitalizaciones, por ejemplo), que al ser eliminados o superados favorecen a que el niño/a recupere el curso adecuado de su desarrollo (Narbona & Schlumberger, 2008).

No obstante, existen estudios incipientes realizados para obtener un patrón significativo de retraso del desarrollo, en infantes con integridad neurológica, los cuales indican la presencia de determinados signos de alarma, los cuales permiten realizar una detección temprana (Moreno & Orasma, 2017) (véase Tabla 3).

**Tabla 3**

*Señales de alarma que caracterizan los y las infantes con retraso del desarrollo durante el primer año de edad*

Edad (meses)	Conducta de alarma
0	Ausencia de reacción ante los estímulos, ausencia de movimiento de la cabeza.
3	Poco seguimiento ocular, ausencia de interés por los estímulos visuales, ausencia de vocalización.
6	Ausencia de vocalización, ausencia de visualización de los objetos que están entre sus manos, ausencia de ayuda para lograr la sedestación, ausencia de sedestación.
9	Agarre pobre con ausencia de pinza, ausencia de fijación visual de objetos pequeños.
12	Vocabulario menos a tres palabras, ausencia de bipedestación, ausencia de respuesta a su nombre.

**Nota.** Fuente: Moreno, M. R & Orasma, G. Y. (2017). Signos de alerta de desviación del desarrollo psicomotor y su relación con la afectación en las escalas de Neurodesarrollo infantil. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía. (7) 1, 6-14.

A efecto de establecer el diagnóstico diferencial, en el seguimiento del desarrollo infantil, no debe faltar la detección temprana de señales de alarma que señalen hacia la manifestación de cualquier condición discapacitante (Narbona & Schlumberger, 2008). De éstos, cabe destacar las señales de alerta debidas a la persistencia o retraso en la integración de los reflejos primitivos arriba indicados, o en la ausencia de las reacciones posturales, lo cual denota claramente falta de integridad neurológica en el infante (Zafeiriou, 2004). (Véase Tabla 4).

**Tabla 4**

*Señales de alarma para la detección de manifestaciones tempranas de condiciones discapacitantes, durante el primer año de edad*

Período de edad	Señales de alarma
Del mes 1 hasta 1 día antes del mes 2.	Hipotonía (flacidez) o hipertonia (espasticidad) muscular en las extremidades, ausencia o débil presentación de sonrisa, dificultad para consolarlo, ausencia de los reflejos de Moro, ausencia de la prensión palmar y plantar, dificultad para alimentarse (se atraganta, se pone morado, no succiona adecuadamente).
Del mes 2 hasta 1 día antes del mes 3.	Empuñamiento permanente de las manos con atrapamiento del pulgar, irritabilidad persistente, frecuente somnolencia y falta de interés por la actividad del entorno.
Del mes 3 hasta 1 día antes del mes 4.	La cabeza cae bruscamente en cualquier sentido cuando se le sostiene del tronco, ausencia de seguimiento visual a las personas o a los estímulos brillantes, ausencia de sonrisa cuando el cuidador intenta interactuar.
Del mes 4 hasta 1 día antes del mes 5.	Ausencia del reflejo de Moro o se presenta asimétricamente, caída brusca de la cabeza en cualquier sentido cuando se le sostiene del tronco, hipertonia o hiperextensión del tronco.
Del mes 5 hasta 1 día antes del mes 7.	Asimetría en el uso de las manos, ausencia de interés para explorar objetos, no logra la sedestación con apoyo, no busca la fuente del sonido, persistencia del reflejo de Galant.
Del mes 7 hasta 1 día antes de los 10 meses.	No logra mantener un objeto en cada mano, ausencia de seguimiento visual de objetos que caen, no logra mantener la sedestación sin apoyo, ausencia de pinza y prensión, persistencia de gorjeos con ausencia de monosílabos, espasticidad en miembros inferiores, ausencia de interés por mirar y tocar objetos presentes en su ambiente, persistencia del reflejo de Moro, ausencia del reflejo de paracaídas.
Del mes 10 hasta 1 día antes del mes 13.	Ausencia de desplazamiento por arrastre o gateo, ausencia de interés para mirar o explorar objetos del ambiente, ausencia de interés por jugar con sus juguetes, manipulación repetitiva, asimétrica o pobre de objetos, presencia de movimientos involuntarios, ausencia de intentos por comunicarse por medio de gestos o sonidos, ausencia de lenguaje, ausencia de imitación de los sonidos que oye.

**Nota.** Fuente: Secretaría de Salud (2013). *Manual para la aplicación de la prueba Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI"*. México: Autor; García, P. M. A. (2016). Desarrollo psicomotor y signos de alarma. En: AEPap (Ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2016*, (pp. 81-93). Madrid: Lúa Ediciones.

## **La crianza en la primera infancia como factor protector en el retraso global del desarrollo**

Durante su proceso de desarrollo evolutivo, en especial en el período de la gestación y en el transcurso de los primeros años postnatales, el Sistema Nervioso del niño/a atraviesa por una ventana de oportunidad gracias a la cual le es posible fundamentar su capacidad física, cognitiva y socioemocional, lo cual determinará su calidad de vida futura (UNICEF, 2015). Para que tal proceso sea satisfactorio, se requiere de la provisión de una adecuada estimulación dentro de su contexto de desarrollo, en particular la proveniente de su cuidador principal, figura con la que establece su primer relación psicosocial, y la cual lo introduce en un ambiente matizado por la cultura (Cuestas, Polacov & Vaala, 2016), e influido, para bien o para mal, por la situación política (UNICEF, 2016) y socio económica de la región de pertenencia (Khadijah-Rohani & Ainuddin, 2013), lo que puede derivar en una situación de riesgo o de protección dependiendo del grado de avance alcanzado en la localidad, en materia de garantía de los derechos humanos (UNICEF, 2013) y de sustentabilidad de sus programas de intervención temprana (ONU, 2016).

Ante un contexto adverso, los recursos resilientes que el cuidador principal posee, se ponen en marcha para ejercer una crianza sensible a las necesidades de aquél (Barudy & Dantagnan, 2010), traducida en actitudes y hábitos de crianza que se constituyen en un factor protector que media (Clara, Stelzer, Cervigni & Martino, 2014), entre la provisión de los servicios integrales de Atención, en forma de atención sanitaria y nutricional, Educativos, con enfoque incluyente, y de Desarrollo Social, con enfoque de equidad (UNICEF, 2015).

En este sentido, se ha reiterado la importancia de la elaboración de las políticas apropiadas alrededor del mundo para garantizar la provisión universal de Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI) integral e inclusiva, de manera que se proporcione el marco normativo indispensable para el diseño de programas de AEPI (UNESCO, 2010), que promuevan el involucramiento de la familia y de la comunidad, no sólo durante el proceso de intervención, sino también en el de detección oportuna (UNESCO, 2009). La Intervención Temprana (IT) en el ámbito comunitario se realiza a través del acompañamiento familiar para mejorar las

prácticas de crianza que permitan optimizar el desarrollo infantil y para movilizar los recursos resilientes presentes en la comunidad, de forma que se gestionen apropiadamente los recursos necesarios para fortalecer la capacidad de recuperación de los niño/as afectados (Newman, 2002).

## **Crianza**

Originalmente, Evans & Myers (1994) afirmaron que, las prácticas de crianza eran el resultado de una serie de patrones o normas culturales que guiaban la respuesta de los padres, como aquello que debía hacerse ante eventos diversos, tales como un deceso, la disciplina o la educación infantil, entre muchos otros; así mismo, consideraron que existía un trasfondo de creencias influidas por las tradiciones, la religión o los mitos, a las cuales los padres hacían referencia cuando tenían que justificar el por qué realizaban determinadas prácticas de crianza con sus hijos.

Tras la incorporación del paradigma ecosistémico al estudio y la práctica profesional relativa al cuidado infantil, Aguirre (2002) adaptó la tipología anterior añadiendo, que los procesos, tanto de desarrollo como de crianza infantil se llevaban a cabo a partir de una interacción bidireccional entre el niño/a y un contexto de desarrollo multisistémico. Así mismo, señaló, que además del aspecto cultural, otros factores, tales como la situación socioeconómica de la familia, influyen significativamente en las pautas, creencias y finalmente en las prácticas de crianza infantil ejercidas por los padres.

En la misma línea ecosistémica, autores como Harkness et al. (2011) iniciaron el abordaje el estudio del contexto de desarrollo infantil, considerándolo como un *nicho ecosistémico* constituido por una serie de tres subsistemas interactuantes, influidos principalmente por la cultura, éstos son: la estructura física y social construida alrededor de los niños y las niñas, la cual incluye la rutina de actividades diarias; las prácticas de cuidado infantil, para la alimentación, la higiene o el descanso, entre otras; y los aspectos psicológicos de los cuidadores principales, tales como las creencias relativas a la crianza. Los estudios transculturales derivados del concepto de *nicho ecosistémico* permitió a estos autores, encontrar tanto coincidencias como diferencias alrededor del mundo. Por ejemplo, en cuanto

a las coincidencias, observaron que, en el cuidado de los y las infantes españoles y de los italianos los padres invierten una considerable cantidad de tiempo en la alimentación, pues consideran que el período dedicado a esta actividad también es una oportunidad para compartir con la familia y fortalecer sus lazos.

No obstante, que estos últimos autores, han encontrado congruencia entre el conjunto de creencias maternas y paternas y las prácticas o hábitos de crianza realizados cotidianamente con sus hijos, aún existen estudios contradictorios que apuntan a la inconsistencia de los resultados obtenidos, debido al reto que supone la influencia cultural en el estudio de los constructos relacionados con la crianza infantil (Solís-Cámara, Díaz, Medina-Cuevas & Barranco-Jiménez, 2008), lo cual indica la necesidad de continuar indagando acerca de la contribución del contenido actitudinal del cuidador primario hacia la crianza infantil y la elicitación conductual que prevalece durante las interacciones con el niño/a en el ambiente cotidiano (Mizera & Tulviste, 2002).

**Actitudes maternas y hábitos de crianza.** De acuerdo con García-Olguín (2014), las actitudes maternas son la tendencia de la madre a reaccionar positiva o negativamente hacia el cuidado del niño/a, la cual surge a partir de las emociones, recuerdos y creencias que su hijo/a promueve en ella. En tanto que, los hábitos de crianza, son el conjunto de conductas concretas que la madre realiza durante la rutina diaria de cuidado infantil. El estudio de ambos aspectos de la crianza gira en torno a las actividades de la rutina diaria relacionados con la alimentación, el juego, sueño e higiene, siendo la madre quien desempeña el rol principal. (Véase Tabla 6).

En términos de detección e intervención tempranas, la necesidad de contar con un amplio conocimiento acerca de las actitudes y los hábitos de crianza (Aguirre, 2002; UNESCO, 2009), es proporcionar sustentabilidad a los programas de atención sanitaria y de educación infantil en un sentido costo/beneficio, tanto a corto como a largo plazo, por medio de un acompañamiento familiar que permita movilizar los recursos resilientes presentes en la comunidad, de manera que sea posible la gestión apropiada de los recursos necesarios para fortalecer la capacidad de recuperación de los niño/as afectados (Newman, 2002). Lo que se traduce en el

empleo de las estrategias basadas en la evidencia, y de una participación y acción multisistémica y multinivel, tanto de las dependencias involucradas como de la ciudadanía y de las organizaciones no gubernamentales (OMS, 2015).

Para precisar el uso práctico de estos elementos actitudinales y habituales relacionados con la crianza, que suelen actuar como agentes protectores ante el riesgo presente en el ambiente de desarrollo (Amar, 2000), es indispensable observar las situaciones específicas del contexto de desarrollo infantil en las que ha sido exitosa su aplicación, en términos de la calidad de las interacciones que el niño/a tiene con su entorno social más directo (OMS, 2011). Por consecuencia, al mismo tiempo se ha llamado a la urgencia de la recolección de datos cualitativos válidos y confiables (Solís-Cámara et al., 2008) sobre el contenido actitudinal (Mizera & Tulviste, 2002) y las prácticas o hábitos de crianza predominantes en la cultura específica a la que pertenece la población de estudio atendida (Mora y Rojas, 2005; Moreno, 2004).

Como ejemplo de lo anterior, tenemos el trabajo de García-Olguín (2014), quien ha diseñado un instrumento de medición que evalúa las actitudes maternas y los hábitos de crianza dirigidos al cuidado de la infancia mexicana durante su primer año de edad, y relacionados con un crecimiento y desarrollo infantil óptimos. Por medio de este estudio, se sabe que las principales actitudes maternas de la población estudiada giran en torno al cuidado y a la protección infantil, enfocado en proporcionar seguridad y bienestar; así como, a la disponibilidad emocional, cuyo objeto es establecer la concordancia entre la necesidad expresada por los y las infantes y la respuesta de la madre. En lo relativo a los hábitos de crianza, resaltaron las actividades diarias atribuidas a la sincronía interactiva lograda para organizar la rutina diaria de actividades, lo mismo que, la regulación emocional infantil que la madre promueve al ayudar al niño y a la niña a través de las rutinas del sueño. (Véase Tabla 5).

**Tabla 5**

*Actitudes maternas y hábitos de crianza, reactivos de los factores predominantes detectados en madres mexicanas<sup>a</sup>*

Actitudes maternas	Hábitos de crianza
Factores	
Cuidado y protección <sup>b</sup>	Sincronía interactiva <sup>b</sup>
Informarse sobre la lactancia y sus beneficios, inclusive antes del nacimiento.	Incluir el juego en la organización de las actividades diarias.
Vigilancia del crecimiento infantil por medio del monitoreo de peso y talla.	Realizar actividades de juego mediante el empleo de diferentes objetos del ambiente de desarrollo.
Atención a la diferencia del llanto infantil en función de la necesidad expresada.	Realizar actividades de juego ofreciendo objetos educativos que favorezcan el desarrollo infantil.
Estimulación infantil por medio del juego.	Cuidar la higiene infantil de manos, cara, boca y ojos.
Optimización del desarrollo infantil mediante el uso de juguetes educativos.	
Factores	
Disponibilidad emocional <sup>b</sup>	Regulación emocional <sup>b</sup>
Lactancia materna vs fórmula láctea.	Cargar y arrullar al niño y a la niña para ayudarlo/la a conciliar el sueño.
Inicio de la alimentación complementaria.	Acariciar y apapachar al niño y a la niña para ayudarlos a conciliar el sueño.
Proporcionar ayuda al niño y a la niña para tranquilizarse.	Hablarle al niño y a la niña para ayudar a conciliar el sueño.
Planeación de momentos exclusivos para la interacción de la diada madre/hijo/ e hija.	

**Nota.** Fuente: Adaptado de García-Olguín, V (2014). *Estudio piloto para la construcción y validación de un instrumento de medición de actitudes maternas y hábitos de crianza en el cuidado infantil de 1 a 12 meses de edad*. Tesis de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

<sup>a</sup> Población de nivel socioeconómico medio y medio bajo, pertenecientes a la Zona Metropolitana del Valle de México.

<sup>b</sup> Nomenclatura de los dos factores principales para cada subescala.

Luego de la detección oportuna de problemas del desarrollo infantil relacionados con una crianza inadecuada, es posible elaborar un programa de intervención temprana para optimizar el desarrollo infantil a través de la mejora de la calidad de la crianza materna (García-Olguín, 2017).



## **Planteamiento del problema**

La educación inicial es un tema de preocupación constante para los organismos internacionales (ONU, 2000; UNESCO, 2008), los cuales reconocen que la educación inicia en la familia, pero que también se requieren planes educativos estructurados para satisfacer las necesidades de los niño/as (salud, nutrición, higiene, desarrollo cognoscitivo y psicosocial). Enfatizan la importancia de dar seguimiento longitudinal, tanto de los niños y las niñas que están en las mejores condiciones de beneficiarse de los recursos disponibles, como de los y las que se encuentran en condición de riesgo y que debían recibir acompañamiento durante la transición de un ambiente social a otro y de un nivel de complejidad a otro, de manera que todos pudieran llegar a desarrollar su potencial y se conviertan en adultos productivos con oportunidad de acceso a una vida de calidad.

De acuerdo con dichos organismos, los cambios sociales y económicos y la transición demográfica global, exigió que, en el nuevo enfoque, los diferentes sectores institucionales, de mayor impacto en la población, como lo son la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública se articularan para lograr proveer a los alumnos detectados con alguna Necesidad Educativa (NE) con o sin discapacidad de los múltiples servicios que les son necesarios para asegurar el acceso y permanencia al sistema educativo.

Sin embargo, en la práctica, se observó que en la atención prestada a la población de niño/as menores de tres años se enfatizaron las acciones de salud y de alimentación dejando al margen el aspecto educativo (UNESCO, 2010). En lo que respecta a nuestro país, algunos autores señalaron que, el sector salud de nuestro país tiene como prioridad la morbilidad, por lo que la infraestructura necesaria para realizar las labores de prevención, detección y atención de problemas del desarrollo infantil es limitada (Sánchez et al., 2003). De hecho, el Consejo Nacional de Evaluación de las Políticas de Desarrollo Social (CONAVE, 2013), en la evaluación de la consistencia y resultados de los programas de educación inicial, como el instrumentado por el Consejo Nacional de Fomento

Educativo (CONAFE, 2011), ha reportado la ausencia de información sobre el impacto de sus intervenciones.

La investigación reciente realizada por Rizzoli-Córdoba et al. (2015), arrojó que de los y las infantes menores de cinco años (1 a 59 meses) de la muestra estudiada, el 16.2 % presentó retraso del desarrollo, estos autores indican que el resultado encontrado es comparable a estudios realizados en poblaciones de otros países. Los niño/as detectados con riesgo de presentar retraso del desarrollo en una o más áreas del desarrollo deberán recibir Intervención Temprana (IT) a través de un programa personalizado, diseñado para satisfacer sus necesidades. Para que esto sea posible, es necesario considerar que se requiere de la colaboración de profesionales de diversas disciplinas, tales como: trabajadores sociales, médicos, enfermeras, nutriólogos, fisioterapeutas y psicólogos (Chávez, 2003) sin dejar de lado el aspecto educativo (Arias, 2000; Eming & Fujimoto, 2003).

Además, se requiere el involucramiento de la familia, ya que uno de los factores ambientales capaces de influir en el desarrollo cerebral es el ambiente familiar (Barudy & Dantagnan, 2010) en donde toda una serie de circunstancias como las redes de apoyo con las que cuenta la familia o las habilidades de comunicación familiar, entre otras, se combinan para establecer el entorno en el que los y las infantes se desarrollan física, cognitiva y emocionalmente (Candel, 2005; Gargiulo, 2012; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

### **Objetivo general**

Valorar los efectos de un programa de optimización de la crianza infantil como factor protector para los niño/as con retraso global del desarrollo pertenecientes al municipio de Cuautitlán Izcalli en el Estado de México.

## Capítulo 3

### Programa para la promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia

#### Método

**Diseño del estudio.** Mixto, permitió la recolección, el análisis y la integración de los datos obtenidos a través de técnicas tanto cualitativas como cuantitativas lo que produjo una visión unitaria dentro del mismo reporte (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

**Tipo de estudio.** Se trató de un estudio de caso único (Kazdin, 2008), no experimental, longitudinal y descriptivo, ya que proporcionó los elementos necesarios para examinar la evolución del grupo de estudio a través del tiempo (Hernández et al., 2006), a fin de comprender cómo la intervención produjo determinados efectos, gracias a la vasta y detallada información que se obtuvo durante el proceso de instrumentación del programa (McDuffie & Scruggs, 2008), con la finalidad de constituirse en una aportación referente de práctica basada en la evidencia (Kazdin, 2008).

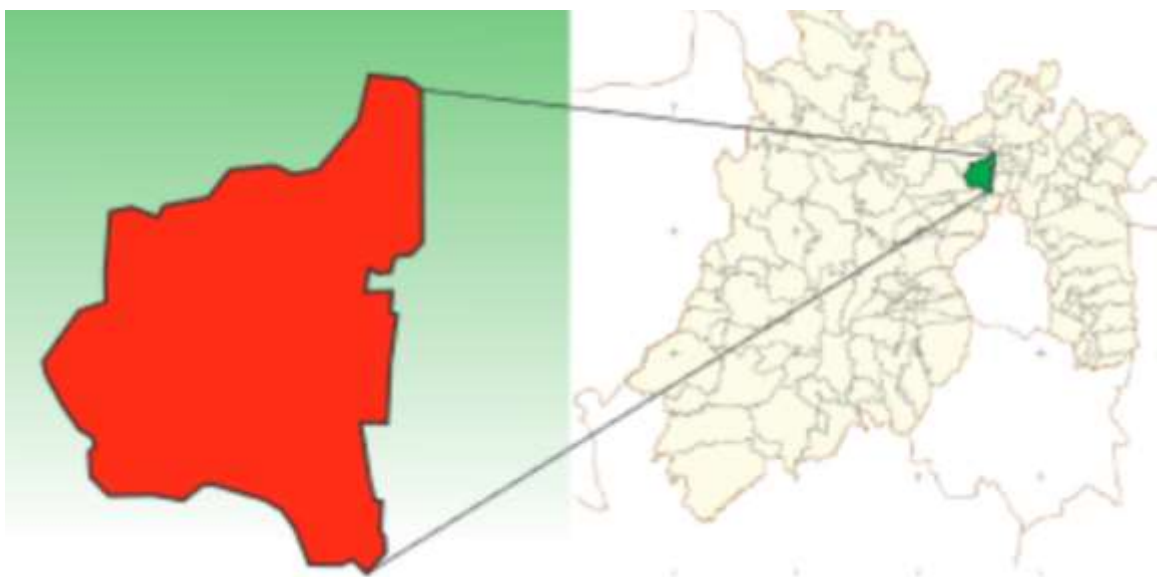
#### Contexto

Cuautitlán Izcalli es el municipio número 221 del Estado de México, (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal [INAFED], 2010), se ubica a 19° 39' N - 99° 0' O (INEGI, s.f.), y se conforma por 42 fraccionamientos urbanos, 36 colonias urbanas, 30 unidades en condominio, 12 ejidos, 13 pueblos originarios y 8 fraccionamientos industriales (Presidencia Municipal Cuautitlán Izcalli, 2013).

**Medio geográfico.** El área de influencia de Cuautitlán Izcalli es la Zona Metropolitana del Valle Cuautitlán-Texcoco conformada por 58 municipios más, lo que le permite al municipio participar en proyectos productivos de acción conjunta y de optimización de recursos, tales como la ampliación de vialidades y el

establecimiento de centros industriales y comerciales, lo que favorece a la atracción de inversión y elevación de la productividad, redundando en un mejor nivel de vida para sus habitantes (Decreto número 14, 2009).

**Localización.** El municipio colinda al norte con Tepetzotlán y Cuautitlán, al sur con Tlalnepantla de Baz y Atizapán de Zaragoza, al este con Cuautitlán y Tultitlán, y al oeste con Tepetzotlán y Nicolás Romero (INAFED, 2010) (véase Figura 2).



**Figura 2. Mapa del municipio de Cuautitlán Izcalli**

**Nota.** Fuente: Gobierno del Estado de México (2017). Mapa de riesgos del H. Ayuntamiento de Cuautitlán Izcalli. Estado de México: Autor.

**Categoría política.** De acuerdo con el INAFED (2010), Cuautitlán Izcalli tiene la categoría de ciudad desde su creación. Depende constitucionalmente del Gobierno del Estado de México, bajo cuyo marco jurídico estatal se atienen sus autoridades para la formulación de planes y programas conforme a al Sistema Estatal de Planeación Democrática, el cual integra la participación de las autoridades estatales, municipales y de la sociedad (Gobierno del Estado de México, 1995).

**Marco histórico.** En el pasado precolombino, se sabe que en el municipio convivieron grupos chichimecas con influencia tepaneca, colhua y mexicana (INAFED, 2010). Como ciudad, Cuautitlán Izcalli se creó en 1973 con porciones de los municipios de Cuautitlán, Atizapán y Tultitlán (Decreto No. 50, 1973), con el objetivo de establecer una ciudad ecológica autosuficiente en los aspectos educacionales, laborales, comerciales y de esparcimiento, que ofreciera una alternativa de desahogo de sobrepoblación para la Ciudad de México (Gobierno de Cuautitlán Izcalli, s.f.).

**Etimología del nombre.** Cuautitlán Izcalli es un vocablo que proviene del náhuatl, se compone de cuatro partículas, *cuauhuitl* (árbol), *titlán* (entre), *iza* (tu) y *calli* (casa), que en su conjunto significan *Tu casa entre los árboles* (Instituto para el Federalismo y el Desarrollo Municipal [INAFED], 2010).

**Población.** El intercenso de 2015, contabilizó 531, 041 habitantes en el municipio de Cuautitlán Izcalli, el sexto más poblado del Estado de México después de Ecatepec, Nezahualcoyotl, Toluca, Naucalpan y Tlalnepantla, con una densidad poblacional de casi 5 personas por Km<sup>2</sup> (Consejo Estatal de Población [COESPO], 2016). De la cifra total indicada, se registró el 51.59 % de mujeres y el 48.40% de hombres, conservando la tendencia estatal y anual.

En lo que se refiere a los grupos de edad, predominó el grupo de personas con edades comprendidas entre los 15 y 59 años con un 63.73%, seguido de un 27.36% del grupo de 0 a 14 años de edad, respecto de la población total. De este último grupo, el censo de 2010 registró específicamente un 5.52% de niños menores de 3 años, respecto de la población total para ese año (COESPO, 2016).

**Características de los hogares.** En el municipio de Cuautitlán Izcalli, en 2015 se registraron 148, 877 hogares, de los que predominó el tipo familiar en un 90.84%, así como la jefatura masculina con un 72.68%, este último, muy similar al que se presentó a nivel estatal (COESPO, 2016).

**Natalidad y fecundidad.** En el 2014, en el municipio de Cuautitlán Izcalli hubo 3, 097 nacimientos, 1.13% respecto del total de nacimientos a nivel estatal, comparado con el 13.27% y el 11.18% de nacimientos en los municipios de Toluca y Ecatepec de Morelos, respectivamente. Por otro lado, se sabe que, para ese

mismo año, el 99.29% de los nacimientos totales fueron atendidos por personal médico, siendo de manera más importante el 28.96% de la atención absorbida por el IMSS, y el 3.68% por el Seguro Popular; no obstante, también se tiene registrado un 61.80% de madres sin derechohabencia en el municipio (Instituto de Salud del Estado de México [ISEM], 2018).

**Educación.** La Subdirección Regional de Educación Básica de Cuautitlán Izcalli (s.f.), contó, hasta el momento en el que se elaboró este reporte con: una coordinación jurídica, de la que deriva el área de los derechos humanos; una coordinación de planeación, evaluación y seguimiento a programas compensatorios; una coordinación académica y otra administrativa, ambas con unidades para los niveles de educación preescolar, primaria, secundaria, de apoyo a la educación, educación especial, educación para los adultos y escuelas incorporadas,. Esta subdirección regional atiende a los municipios de Cuautitlán, Coyotepec, Huehuetoca, Melchor Ocampo, Teoloyucan, Tultitlán, Tultepec y Tepetzotlán (Secretaría de Educación del Estado de México [SEEM), 2018). Por su parte, el Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral del Estado de México (IGECEM) (2015), contabilizó el siguiente total de número de escuelas, docentes y alumnos que conforman la educación básica del municipio (Véase Tabla 6)

**Tabla 6**

*Relación de escuelas, docentes y alumnos en los distintos niveles de educación básica para el municipio de Cuautitlán Izcalli\**

Nivel escolar	No. de escuelas	No. de docentes	No. de alumnos
Inicial**	80	770	17, 380
Preescolar	200	805	18, 000
Primaria	191	2, 012	54, 865
Secundaria	96	1, 373	26, 937

**Nota.** Fuente: Elaboración propia, de acuerdo con el Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral del Estado de México (IGECEM) (2015).

\*Período 2014-2015

\*\*Educación no formal

**Educación inclusiva.** Hacia el fin del período 2014-2015, en el municipio se registró la existencia de Unidades de Apoyo a la Educación Regular (USAER) en 11 planteles de educación básica a cargo de 72 docentes para la educación especial

que prestarían apoyo educativo a 1, 064 alumnos con limitaciones visual, auditiva, motriz, intelectual, con Trastorno del Espectro Autista (TEA) u otras condiciones, como a quienes presentaron aptitudes sobresalientes o con talentos específicos (IGECEM, 2015).

En lo que respecta a los servicios educativos destinados al alumnado que presentaba limitaciones múltiples, también ese mismo año, el municipio registró 2 Centros de Atención Múltiple (CAM), a cargo de 24 docentes, quienes atendieron a 213 alumnos y alumnas (IGECEM, 2015).

**Salud.** El sistema de salud pública del municipio de Cuautitlán Izcalli responde al Reglamento de Salud del Estado de México (2002), bajo dicho marco regulatorio operan los siguientes servicios sanitarios: 6 clínicas del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), en los se cuales prestan servicios de consulta externa; 24 centros, unidades y clínicas del Sistema de Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM), de los cuales 23 prestan servicios de consulta externa, y uno más destaca por tratarse de la Clínica Materno Infantil de Cuautitlán Izcalli con hospitalización especializada; 4 clínicas y un hospital del IMSS, en donde se proporcionan servicios de consulta externa y hospitalización general, respectivamente; una clínica del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para prestar consulta externa; y una clínica del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) que también proporciona consulta externa (IGECEM, 2017).

***Recursos físicos y humanos disponibles para el binomio maternoinfantil.*** En lo que se refiere a la atención materna, el IGECEM (2017) señaló, que las izcallenses contaron con atención ginecobstétrica en las siguientes instituciones de salud: DIF, con 6 ginecobstétricas; IMSS, con servicios de 10 ginecobstétricas; e ISSEMyM, con 5 ginecobstétricas. También indicó que dichas instituciones contaron con recursos destinados a proporcionar seguimiento y atención oportuna (véase Tabla 7).

**Tabla 7**

*Algunos recursos destinados a la atención maternoinfantil, según la institución sanitaria correspondiente, en el municipio de Cuautitlán Izcalli*

Atención ginecobstétrica			
Institución	Consultorios	Camas censables	
DIF	1	12	
IMSS	3	6	
ISSEMyM	1	3	
Atención pediátrica			
Institución	Consultorios	Incubadoras censables	Cunas no censables
DIF	1		
IMSS	1	19	
ISSEMyM	1	3	2

**Nota.** Fuente: Elaboración propia de acuerdo con: Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral del Estado de México (2017). Estadística básica municipal del sector salud en el Estado de México, 2017. Estado de México: Gobierno del Estado de México. Recuperado el 19 de enero de 2019 desde [http://igecem.edomex.gob.mx/sites/igecem.edomex.gob.mx/files/files/ArchivosPDF/Productos-Estadisticos/Indole-Social/EBM-SECTOR-SALUD/Estadistica\\_Basica\\_Salud\\_26-10-17.pdf](http://igecem.edomex.gob.mx/sites/igecem.edomex.gob.mx/files/files/ArchivosPDF/Productos-Estadisticos/Indole-Social/EBM-SECTOR-SALUD/Estadistica_Basica_Salud_26-10-17.pdf)

Mientras que, de los servicios de pediatría destinados a la atención infantil directa, pertenecientes a mismas instituciones señaladas, se registraron: DIF, con atención de 5 pediatras; IMSS, con servicios de 13 pediatras; e ISSEMyM, con 2 pediatras, además de recursos específicos para desarrollar el trabajo de pediatría (IGECM, 2017).

Por otro lado, el Sistema Estatal para el Desarrollo de la Familia (DIF, 2018), prestó servicios de rehabilitación de las personas con discapacidad, a través de un Centro de Rehabilitación e Integración Social, el cual atiende a todos los municipios del Estado de México (DIF, s.f.).

**Derechohabiencia a servicios de salud.** De acuerdo con el intercenso de 2015, en el municipio se registró un 75.88% de derechohabientes contra un 23.20% de no derechohabientes a algún servicio sanitario. En cuanto a la distribución de afiliación por institución sanitaria, se sabe que, la mayoría de los derechohabientes (68.76%) estaban afiliados al IMSS, le siguió la afiliación al Seguro Popular (17.31%), al ISSSTE (6.49%), Pemex, Defensa o Marina (1.33%), mientras que sólo el 4.97% contó con atención de alguna institución privada (COESPO, 2016).



**Esperanza de vida al nacer.** De los datos disponibles a nivel estatal, se sabe que, en el 2016, en el Estado de México hubo una esperanza de vida al nacer de 75.4 años, ligeramente por encima de la media nacional de 75.2 años, contrastando con Nuevo León y Chiapas, la mayor y la menor esperanza de vida al nacer en el país, respectivamente, con 76.7 y 73.0 años (INEGI, s.f.).

**Principales condiciones de salud del binomio madre/infante.** De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Geográfica (ENADID) realizada en 2014, el INEGI (2016a) indicó que, en el Estado de México, la edad de la mayoría de las mujeres que habían tenido por lo menos un embarazo estuvo entre los 35 y los 44 años; no obstante, la distribución de dicha condición pudo encontrarse en un rango de edad que fue desde los 15 hasta los 49 años. De estas últimas, se observó que el 69.9% de los embarazos, que progresaron hasta dar como resultado infantes nacidos vivos, correspondió a las mujeres cuyo rango de edad fue de los 20 a los 34 años; por lo que destacó que, solamente el 7.4 % de los embarazos de las mujeres de 15 a 19 años y el 1.1% de aquellas de entre 45 y 49 años no tuvo como resultado el aborto o el mortinato. Para ese mismo año, el 58% de los embarazos se reportaron como deseados y el resto como no deseados, lo que contrastó con lo reportado en 2009 cuando el 74.6% de los embarazos se consideraron como deseados (CONAPO, 2018).

Para especificar lo anterior, la misma institución señaló que, del total de mujeres de 15 a 49 años, el 87.4% tuvo revisión médica en el período prenatal a partir del primer trimestre de gestación, lo que ubicó a la entidad mexiquense por debajo de la media nacional (88.7%) en contraste con la Ciudad de México con 93.8%. En lo que respecta a la institución de salud en la que las mujeres mexiquenses contaron con atención médica durante el período gestacional, sólo el 24.6% fue atendida en el IMSS, muy cercano a la participación del servicio privado con un 21.4%, mientras que el 2.5% se atendió en el ISSSTE, siendo los hospitales de la Secretaría de Salud (SSA), de la Defensa o Marina y de Pemex los que absorbieron al 50% de la atención de la población restante.

En relación a los problemas de salud preexistentes a la gestación en las mujeres de 15 a 49 años de edad, se encontraron el sobrepeso, el abuso al alcohol, el abuso al tabaco, la presión arterial alta y los problemas del riñón, los cuales incrementaron el riesgo a la salud durante la etapa de la gestación. En este sentido, nuevamente destacó la población de mujeres gestantes de entre 20 a 34 años de edad, de las cuales, destacó el subgrupo de 20 a 24 años con un 30.3% de abuso al alcohol, mientras que, en el subgrupo de 25 a 29 años predominó el abuso al tabaco con un 28.5% y en el de 30 a 34 años el sobrepeso u obesidad (INEGI, 2016a).

En lo que se refiere a la anticoncepción el CONAPO (2018) reportó que en 2014 el 77.8% de las mujeres mexiquenses en edad reproductiva (de 15 a 49 años) utilizaba algún método anticonceptivo por encima del 72.3% a nivel nacional.

Por otro lado, en referencia a la situación de salud infantil, la entidad mexiquense presentó en el 2015: un 95.4% de cobertura de servicios sanitarios para menores de un año de edad (INEGI, 2016a); y una de las tasas más bajas de mortalidad en infantes menores de cinco años de edad por causas sujetas a vigilancia epidemiológica (infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades por VIH, tuberculosis, entre otras) (SSA, 2018). No obstante, en ese mismo año, se le registró en el segundo lugar nacional de recién nacidos con bajo peso (por debajo de 2,500gr), sólo por debajo de la Ciudad de México (INEGI, 2016a).

En cuanto a los padecimientos durante la etapa infantil, la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGAE, 2018) indicó que para el 2014 en los y las infantes menores de cinco años de edad, predominaron las infecciones respiratorias agudas en un 75.60% y las infecciones intestinales en un 11.65%.

En lo que se refiere a la nutrición infantil, se tuvo que, la lactancia materna se practicó en el 92.5% de los casos, por encima de la media nacional de 91.4%. En tanto que, la duración media de la lactancia fueron los 9.1 meses, también por encima de la media nacional de 8.8 meses (INEGI, 2016a).

**Discapacidad.** De acuerdo con el censo 2010, el INEGI (s.f.) indicó que en el municipio de Cuautitlán Izcalli se registraron 41, 309 personas con limitaciones físicas (3.61% respecto del total estatal), lo que lo colocó en el décimo lugar en el Estado de México, después de: Ecatepec, Nezahualcóyotl, Naucalpan de Juárez, Toluca, Tlalnepantla, Chimalhuacán, Tultitlán, Ixtapaluca y Valle de Chalco.

La misma institución también especificó, que del total de la población izcallense registrada con limitaciones físicas, predominaron las dificultades en: la destreza/motricidad fina, caminar o moverse y con la visión (véase Tabla 8). Además, informó que, el 1.21% de dicha población vivía en zonas rurales y el 98.79% en zonas urbanas. De la misma forma, que el 46.48% del total eran niños, niñas y adolescentes de entre 0 y 14 años de edad.

**Tabla 8**

*Tipos de limitaciones físicas y su prevalencia en población izcallense, datos correspondientes al censo 2010.*

Tipo de limitación	% municipal
Destreza/motricidad fina	45.84
Caminar o moverse	20.54
Visión (aunque use lentes)	18.66
Comunicación/comprensión	4.59
Emociones	4.10
Audición (aunque use aparato auditivo)	2.77
Poner atención o aprender	1.81
Autocuidado	1.76

**Nota.** Fuente: Elaboración propia de acuerdo con: INEGI (s.f.). México en cifras. México: Autor. Recuperado el 22 de enero de 2019 desde: <http://sc.inegi.org.mx/cobdem/>

## Escenario

El presente trabajo tuvo como escenario, en primera instancia, para la realización de la fase 1, perteneciente a la etapa 1, correspondiente a la identificación de los y las infantes en riesgo de retraso del desarrollo, las afueras de dos clínicas del sistema de salud, una perteneciente al IMSS y otra al SDIFEM.

Por otro lado, tanto para la elaboración de la fase 2, de la etapa 1, relativa al diagnóstico de los y las infantes con Retraso Global del Desarrollo (RGD), así como, la instrumentación del programa, perteneciente a la etapa 2, se utilizó el domicilio de cada diada participante.

## **Etapa 1. Perfil riesgo/resiliencia de la diada madre/hijo**

### **Fase 1. Identificación de los niños en riesgo de retraso del desarrollo.**

**Objetivo específico.** Detectar los casos de infantes de 1 a 12 meses de edad con necesidades educativas.

**Participantes.** Se conformó una muestra heterogénea no probabilística de 110 infantes de entre 1 y 12 meses de edad (Medad = 7.7, DEedad = 2.9), cuyas madres, padres o tutores consintieron, de manera informada, su participación.

**Herramientas.** Se utilizó la Prueba de Escrutinio del Desarrollo de Denver II de Frankenburg et al. (1975), la cual permite detectar de manera temprana desviaciones significativas del desarrollo en infantes de alto riesgo. Es aplicable en un rango de edad que va de los 0 a los 72 meses de edad, así mismo, consta de 125 reactivos los cuales se puntúan por falla (F), acierto (P), no oportunidad (NO) o reuso a realizar la actividad (R), en diferentes ámbitos: personal social, motor fino adaptativo, lenguaje y motricidad gruesa. El resultado del tamiz puede ser: normal, si las habilidades infantiles están de acuerdo a la edad, entre los percentiles 25 y 75, con máximo una falla o rehusó en cada una de las áreas; sospecha, si las habilidades infantiles se encuentran entre el rango percentilar 75 a 90, con más de dos fallas o rehusó en más de dos áreas; y, retraso, si falla en las actividades que el 90% de su grupo de edad ya realiza. Si durante la atención preventiva de primer nivel el resultado del tamiz demuestra que el desarrollo infantil es normal, el profesional de la salud da el alta para continuar con un seguimiento rutinario; si, por el contrario, se considera que el niño se encuentra en alto riesgo de presentar retraso o alteración del desarrollo (Montes, 2003), se continúa con la atención preventiva de segundo nivel (OPS, 2011).

**Procedimiento.** Participaron 110 infantes, de los cuales, el 48.2% fueron del sexo femenino y el 51.8% del sexo masculino, captados(as) a las afueras de algunos centros y clínicas de salud del municipio, en compañía de la madre, padre o tutor, a los cuales se les hizo la invitación a participar en el presente estudio (véase Anexo A). Cuando la respuesta fue afirmativa se realizó el registro de datos sociodemográficos y de identificación (véase Anexo B). De acuerdo al Código Ético

del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2009), se solicitó el Consentimiento Informado para la participación voluntaria en la investigación (véase Anexo C), una vez concretado éste, se procedió a aplicar la prueba de tamizaje. A la información recolectada se le aplicaron análisis estadísticos descriptivos por medio del programa SPSS, versión 19, para conocer la frecuencia de infantes con y sin retraso del desarrollo, así como la distribución por sexo, y la frecuencia de las áreas del desarrollo infantil afectadas.

## Resultados

Del total de participantes, el 79% de los y las infantes presentaron riesgo de retraso en el desarrollo, de éstos, el 61% con afectación en una sola área y el 18% en dos o más áreas del desarrollo infantil. De los casos con riesgo de retraso del desarrollo con afectación en una sola área se sabe que el 49.1% eran niñas y el 50.9% niños, y que predominó la afectación del área de la motricidad gruesa, seguida de la del lenguaje. (Véase Tabla 12).

En tanto que, para los casos con afectación en dos o más áreas el 46.2% eran niñas y el 53.8% niños. Para este grupo las áreas afectadas fueron la de la motricidad gruesa, seguida de la motricidad fina, lenguaje y personal social. Este último grupo se constituyó como el grupo con probable Retraso Global del Desarrollo (RGD). (Véase Tabla 9).

**Tabla 9**  
*Riesgo de retraso del desarrollo*

Áreas del desarrollo	% Afectación	
	Un área	Dos áreas
Personal social	-	10.3
Motor fino	-	30.8
Motricidad gruesa	75.4	43.6
Adaptativo	-	-
Lenguaje	24.6	23.1

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

## **Discusión**

La alta incidencia de posible retraso del desarrollo no es comparable con los hallazgos realizados sobre poblaciones mexicanas pertenecientes a otros estudios, tales como los de Rizzoli-Córdoba et al. (2015), sobre todo, debido a las características específicas de las poblaciones y al tamaño de muestra utilizado en cada trabajo, por lo que los presentes resultados deben tomarse con precaución.

En lo que se refiere a la predominancia de afectación en el área de la motricidad gruesa y fina, tanto para los casos detectados con riesgo de retraso del desarrollo en una sola área como en dos o más áreas, debe señalarse que fue ésta la limitación física con mayor incidencia registrada en el municipio para el 2010 (INEGI, s.f.) en la población general (véase Tabla 12).

### **Fase 2. Diagnóstico de los niños con Retraso Global del Desarrollo.**

**Objetivo general.** Establecer el diagnóstico diferencial (Czaplewska, 2016), conforme al modelo ecosistémico (Bronfenbrenner, 2005) de riesgo/resiliencia (Junta para la Protección Infantil de Luton, 2017), de los casos de infantes de 1 a 12 meses de edad detectados con probable Retraso Global del Desarrollo (RGD), y a los criterios establecidos por Shevell (2008) y que definen dicha categoría diagnóstica, como más adelante se especifica.

**Participantes.** Accedieron a colaborar en esta fase del estudio 3 diada madre/infante, compuestas por 3 mujeres con edades de 25, 36 y 28 años, todas ellas vivían en unión libre con el padre de su hijo(a), así como por 2 niñas de 6 y 8 meses de edad, respectivamente, y un niño de 8 meses de edad, todos detectados con probable RGD en la fase anterior.

### **Herramientas.**

a) En lo que se refiere a la evaluación diagnóstica del desarrollo infantil, se utilizó:

- Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001). Evalúa el nivel de desarrollo del niño, con o sin condiciones físicas específicas, permite establecer diagnóstico, planear la intervención y evaluar su progreso, consta de 341 reactivos distribuidos en cinco áreas diferentes: personal social, adaptativa, motora,

comunicación y cognitiva, presentó una sensibilidad en el rango de .72-.93 y una especificidad en el rango de .79-.88. Se emplea en la evaluación infantil en edades comprendidas de los 0 a los 95 meses de edad. La aplicación se realiza conforme a procedimientos específicos, pero admite observación de la conducta infantil en el entorno de desarrollo e información aportada en entrevista con los cuidadores principales. La puntuación de cada reactivo obedece a criterios específicos que permiten calificar a cada reactivo con: 2 puntos si la conducta infantil corresponde al criterio; 1 punto si el/la infante intenta realizar la conducta esperada; y 0 puntos si el/la infante no intenta o no quiere demostrar la conducta esperada. La secuencia de aplicación de los reactivos obedece a la edad de desarrollo, y se determina un umbral y un techo para calcular tanto los reactivos demasiado fáciles como difíciles para el o la infante. Esta batería es útil para obtener la puntuación obtenida tanto por área del desarrollo como la puntuación global, las cuales se transforman en centiles y éstos en puntuaciones tipificadas a efecto de trasladarlas al perfil, donde la zona sombreada incluye los valores comprendidos entre 1.5 desviaciones típicas por debajo y por encima del promedio; de manera que, por debajo de la zona sombreada se representan los puntos débiles y, por encima de la misma, los puntos fuertes del desarrollo infantil. Finalmente, útil para establecer el diagnóstico diferencial de Retraso Global del Desarrollo (RGD), de acuerdo con el criterio de Shevell (2008), el cual consiste en la alteración de dos o más áreas del desarrollo, manifestadas en un retraso significativo de dos o más desviaciones estándar por debajo de la media de la prueba de evaluación del desarrollo infantil.

b) En cuanto a la evaluación del ambiente de desarrollo infantil, se utilizaron dos instrumentos de medición, el primero de ellos, para obtener información, relativa a la madre, y el segundo, para recoger información relativa a la diada madre/infante:

- Cuestionario de Actitudes Maternas y Hábitos de Crianza (García-Olguín, 2014), el cual se divide en dos subescalas principales y una subescala complementaria de Interacción con otras Personas. La subescala de Actitudes Maternas consta de 16 ítems repartidos en cuatro factores: Cuidado y Protección, Disponibilidad Emocional, Reconocimiento de Necesidades y Estructuración del Ambiente;

presentó un  $\alpha$  de Cronbach de .76 con un 53.86% de varianza total explicada. La subescala de Hábitos de Crianza consta de 17 ítems divididos en cuatro factores: Sincronía Interactiva, Regulación Emocional, Interacción y Estimulación y Respeto por la Individualidad, presentó un  $\alpha$  de Cronbach de .83 y un 57.56 % de varianza total explicada.

- Escala de Potencial Resiliente (E-PoRe) de García-Cortés y García-Méndez (2012), consta de 33 ítems repartidos en 7 factores que explican el 52.06% de la varianza total: Evasión, Autodeterminación, Aflicción, Autoconfianza, Afiliación, Descontrol y Bienestar, presentó un  $\alpha$  de Cronbach total de .681.

Finalmente, se considera que, la información correspondiente al macrosistema la constituye la descripción detallada del escenario de trabajo.

**Procedimiento.** A las madres que decidieron participar en esta fase del estudio, se les explicó el propósito por el cual se requería aplicar los diferentes instrumentos, después de lo cual, se procedió a la aplicación de los diferentes instrumentos.

La información así obtenida, se interpretó conforme a los protocolos correspondientes, para luego ser integrada conforme al Modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia, a fin de obtener el perfil riesgo/resiliencia correspondiente a cada diada.

## Resultados

### Diada Valentina/Gabriela

- Entrevista sobre los antecedentes materno/infantiles.

Gabriela es una niña de 6 meses de edad cronológica, pertenece a una familia nuclear compuesta por la madre, Valentina de 30 años, ama de casa con educación preparatoria, y por el padre, Gabriel de 29 años, empleado con educación secundaria. Los padres de Gabriela viven en unión libre y ambos profesan la religión cristiana. En cuanto a los datos familiares, la madre negó antecedentes de consanguinidad con el padre de su hija, lo mismo que de cardiopatías, neuropatías, nefropatías, hemopatías, enfermedades autoinmunes, patologías mentales, casos



de discapacidad, y abuso de sustancias tanto en rama materna como paterna; no obstante, refirió casos de retraso del desarrollo, sin causa definida, en la rama materna, con afectación en el desarrollo motor grueso representado por una tardanza en la adquisición del gateo y la marcha durante el primer año de edad. Por otro lado, refirió que el embarazo de Gabriela fue deseado, aunque no planeado. En cuanto a los antecedentes obstétricos, indicó que, durante las 39 semanas de gestación de la niña, mantuvo un control prenatal que incluyó 8 consultas prenatales y 5 ultrasonidos ginecológicos, los cuales arrojaron resultados normativos. En esta misma línea, negó que haya estado expuesta a contaminantes ambientales; lo mismo que, negó consumo de alcohol, y de drogas prohibidas o controladas durante dicho período; en cambio, aseguró haber consumido multivitamínicos durante dicho período. Sin embargo, refirió que, rumbo a la semana 39 de gestación tuvo un sangrado vaginal después de haber hecho esfuerzo; por lo que, requirió reposo relativo. En lo que respecta al período perinatal, refiere que, Gabriela nació en el Hospital Materno Infantil del DIF, ubicado en Cuautitlán Izcalli, Estado de México, producto de una cesárea, debido a que el parto no progresó a pesar de haber recibido oxitosina. No obstante, no se reportaron complicaciones durante el parto, por lo que no le fue aplicado a Gabriela ningún procedimiento de emergencia. Se reportaron una calificación Apgar de 8 al primer minuto y de 9 al minuto diez, un peso y talla al nacimiento de 3, 050Kg y 46cm, respectivamente. En cuanto al período posnatal, la madre reportó haber presentado cefaleas debido a que “se les pasó la anestesia” durante la operación cesárea; pero que, remitieron de manera espontánea. En cuanto a su hija, para el mismo período, indicó que los resultados del tamiz neonatal no revelaron anomalías. Además, comentó que no le fueron realizados los tamices auditivo y visual, pues en ese momento no estaban disponibles y que, hasta la fecha no han sido requeridos por no considerar que la niña presentara problemas en tales aspectos. Por otro lado, refirió que, respecto del desarrollo evolutivo de su hija, le preocupa que no esté llevándose de manera apropiada, pues la nota: “muy flojita, casi no se mueve y siento que no tiene fuerza para moverse, nada más mueve un poquito el brazo izquierdo y siempre trae los puñitos apretados, se la pasa dormida en el día y es muy difícil dormirla en la noche,

es muy difícil sacarle una sonrisa, pero el pediatra del DIFEM [servicio al que acude para llevar el seguimiento y control del niño sano], dice que va bien, yo digo que no, veo que otros niños están más activos, que responden más cuando les hacen cariñitos, quiero saber bien si eso no es de cuidado o si puedo hacer algo para que esté mejor”. A este respecto, especificó que sus hitos del desarrollo se sucedieron de la siguiente manera: lenguaje, desde los dos meses de edad y a la fecha, esporádicamente vocaliza (aah/oooh); motricidad, no levanta la cabeza a 90°; personal/social, mostró respuestas sociales esporádicas desde recién nacida. En lo relacionado a la alimentación, refirió lactancia materna exclusiva satisfactoria, desde el nacimiento hasta la fecha de entrevista. Finalmente, la madre negó antecedentes médicos de importancia referentes la niña, pero refirió infecciones recurrentes de vías respiratorias, sin elevación importante de la temperatura, que no han requerido hospitalizaciones. La niña contaba con esquema de vacunación completo. En lo que se respecta al ambiente de desarrollo de Gabriela, la madre indicó que desde que se embarazó el papá y ella sintieron un vínculo con su hija a la que desde entonces le hablaban, así mismo que a su nacimiento la niña fue bien recibida tanto por los miembros de la familia paterna como de la materna, aunque es con esta última con la que más conviven debido que viven en la misma localidad. Respecto del vecindario, la madre señaló que no se relaciona mucho con los vecinos, pues les tiene desconfianza, y considera que, aunque el municipio cuenta con sitios públicos para la recreación, no lo considera un sitio seguro. De la misma forma, piensa que, aunque el municipio está urbanizado y cuenta con importantes industrias a su alrededor, en realidad a su esposo no le ha sido posible emplearse en la localidad por lo que todos los días viaja a la Ciudad de México a trabajar y, con frecuencia, al interior de la República. En este sentido, considera que el tiempo que tienen para compartir en familia es reducido. Aun así, se siente relativamente cómoda en la localidad, pues convive mucho con los y las integrantes de su congregación religiosa.

- Cuestionario de Actitudes Maternas y Hábitos de Crianza (García-Olguín, 2014). De acuerdo con las respuestas que la madre proporcionó, pudo observarse que, respecto de la subescala de Actitudes Maternas mostró una actitud positiva hacia:

el Cuidado y Protección de su hija, especialmente a través de la obtención de información que le ayude a desarrollarse óptimamente, promover el desarrollo infantil mediante temáticas lúdicas y estando atenta de sus señales; la Disponibilidad Emocional, al priorizar sobre sus tareas cotidianas el darse tiempo para intentar interpretar las señales, tales como llantos diferenciados o gestos de agrado o desagrado, que denotan necesidades específicas de su hija; Reconocimiento de Necesidades, al priorizar la satisfacción de las necesidades de la niña por encima de cuestiones prácticas; y Estructuración del Ambiente, para planear las rutinas y los ambientes que favorezcan al desarrollo infantil. En tanto que, para la subescala de Hábitos de Crianza, la madre refirió que las actividades cotidianas que considera consolidadas giraban en torno a las dimensiones de Regulación Emocional relacionadas con la ayuda que proporciona a su hija para conciliar el sueño, e Interacción y Estimulación, respecto de la rutina de alimentación, descanso e higiene. En tanto que, consideró requerir apoyo para consolidar los cuidados diarios relacionados con las dimensiones de Respeto por la Individualidad, relacionado con una actividad lúdica más sensible a las respuestas de su hija, y, en particular, para establecer actividades rutinarias de Sincronía Interactiva, relativas a las actividades lúdicas que promuevan la optimización del desarrollo de su hija. Por otro lado, señaló que nunca o casi nunca recibe ayuda del padre, tíos(as) y abuelos o abuelas para realizar las actividades de alimentación de la niña, mientras que a veces recibe ayuda de la tía materna en las actividades lúdicas o de descanso, o del padre para actividades de higiene. En contraste, siempre o casi siempre el padre realiza actividades lúdicas con Gabriela.

- Escala de Potencial Resiliente (E-PoRe) de García-Cortés y García-Méndez (2012). Las respuestas de Valentina a esta escala revelaron que, en cuanto a la dimensión de:

a) Evasión, no suele evitar el afrontamiento de la adversidad, ni violentar a las personas con las que convive o utilizar bebidas embriagantes para fugarse de su realidad; por lo contrario, ejerce control sobre su vida y dirige su conducta en función de las consecuencias percibidas.

b) Autodeterminación, se considera una persona capaz de adaptarse a los cambios que se presentan en su vida, manteniendo una actitud positiva ante las situaciones adversas. Sin embargo, en ocasiones se le dificulta asumir los problemas como retos a superar u oportunidades para el cambio.

c) Aflicción, ante la adversidad, no suele sentirse débil o deprimirse, pero, en ocasiones puede frustrarse.

d) Autoconfianza, confía plenamente en su capacidad y habilidad para resolver problemas por sus propios medios, así como para saber lo que quiere hacer de su vida.

e) Afiliación, posee habilidades sociales que le permiten tener acceso al apoyo que pueden proporcionarle los demás tanto al interior como al exterior de la familia; aunque, en ocasiones puede dudar de que su apoyo sea incondicional.

f) Descontrol, por lo regular, no suele presentar conductas impulsivas, pero, en ocasiones le irrita tener problemas.

g) Bienestar, considera que en ella predominan las sensaciones de felicidad, aun cuando se encuentra en dificultades, pues está convencida de que los esfuerzos que realiza hoy le permitirán tener un mejor futuro.

- Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001). Edad de desarrollo de 4 meses.

La puntuación global de Gabriela (centil = 1, puntuación  $z = -2.33$ ) se posicionó significativamente por debajo del promedio, considerando una media de 100 y una desviación estándar de 15. En particular, las puntuaciones de las áreas Adaptativa, Motora, Comunicación y Cognitiva se situaron significativamente por debajo del promedio respecto de su grupo de edad, lo que confirma el diagnóstico de Retraso Global del Desarrollo, de acuerdo con los criterios de Shevell (2008).

- Área personal/social: En esta subárea, Gabriela presentó un nivel de desarrollo por debajo de la media que, globalmente, representó una edad de 7 meses. Esto es, se observó una variación entre las distintas subáreas, mientras que, en las

subáreas, Autoconcepto, no mostraba conocimiento de sus manos, y Expresión de Sentimientos/afecto no mostraba afecto por las personas; en contraste, en la subárea Interacción con el Adulto, a veces continuaba vocalizando cuando se le imitaba y siempre reaccionaba cuando se le nombraba a una persona familiar.

- Área adaptativa: La niña presentó un nivel de desarrollo global significativamente inferior (puntuación  $z = -2.33$ ) dentro de su grupo de edad, lo que la situó en una edad equivalente de 5 meses. Para la subárea de Atención, seguía visualmente parte del recorrido de un arco de luz, y para la de Comida, aún no consumía alimentos semisólidos ni bebía líquidos de un vaso con ayuda.

- Área motora: En esta área, Gabriela presentó un desarrollo global significativamente por debajo del promedio (puntuación  $z = -2.33$ ), equivalente a 3 meses de edad. En lo referente a la Motricidad Fina, no le era posible sostener objetos utilizando la presión digital parcial, ni se pasaba un objeto de una mano a otra. Mientras que, en la Motricidad Gruesa, en las subáreas de: Control Muscular, no lograba permanecer sentada sin apoyo, ni permanecer de pie por espacio de, por lo menos, diez segundos; Coordinación Corporal, no lograba colocarse de pie apoyada en objetos, ni pasar a la posición de sentado; Locomoción, no había logrado el gateo y no daba pasos.

- Área de la comunicación: Globalmente, las habilidades comunicativas de Gabriela fueron significativamente inferiores a la media (puntuación  $z = -2.05$ ), correspondientes a una edad de 5 meses. En la subárea de la Comunicación Receptiva, no asociaba las palabras con las acciones y con los objetos que le rodeaban. En la subárea de la Comunicación Expresiva, no emitía sonidos consonante/vocal (daa, baa, maa, guu), ni cadenas silábicas (ba-ba-ba, ma-ma-ma, la-la-la).

- Área cognitiva: Las habilidades cognitivas globales de la niña se situaron significativamente por debajo del promedio (puntuación  $z = -2.33$ ), correspondiente a un nivel de edad de 3 meses. Respecto de las distintas subáreas se observó que: en Discriminación Perceptiva, no exploraba objetos, ni su entorno; Memoria, no mostraba intentos por buscar y recuperar objetos ocultos; y en Razonamiento y

Habilidades Escolares, no había intentos por jalar de una cuerda para obtener un juguete.

Perfil riesgo/resiliencia de la diada Valentina/Gabriela (véase Tabla 10):

**Tabla 10**

*Perfil riesgo/resiliencia de la diada Valentina/Gabriela*

Factores de riesgo	Factores protectores
<b>Ontosistema</b>	
Historia del desarrollo evolutivo con probable retraso del desarrollo.	Seguimiento y control prenatal.
Ausencia de tamices visual y auditivo.	Gestación de 39 semanas. Sin antecedentes perinatales de riesgo. Calificación Apgar 8/9, peso de 3, 050Kg, talla de 46cm.
Diagnóstico de Retraso Global del Desarrollo que compromete las áreas: adaptativa, motora, de la comunicación y cognitiva.	Tamiz neonatal sin anomalías. Sin antecedentes patológicos postnatales. Desarrollo infantil con puntuación global por encima de la media, fortalezas en la subárea Interacción con el adulto, del área personal/social.
Madurez social adaptativa equivalente a los 4 meses de edad.	
Antecedentes de infecciones recurrentes de vías respiratorias.	Sin antecedentes de hospitalizaciones.
	Esquema de vacunación nacional completo.
<b>Microsistema</b>	
Embarazo no planeado.	Embarazo deseado.
Antecedentes prenatales de sangrado vaginal en la semana 39 de gestación.	Seguimiento y control prenatal.
Antecedentes perinatales de aplicación de oxitocina y necesidad de aplicar operación cesárea.	Ausencia de consumo de alcohol, tabaco y sustancias controladas en el período prenatal.
Antecedentes familiares de retraso del desarrollo motor grueso.	Sin antecedentes familiares de patologías físicas y mentales. Sin antecedentes de exposición prenatal a ambiente nocivo. Sin antecedentes de abuso de sustancias. Vínculo materno/fetal/infantil. Alojamiento conjunto. Lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria a los seis meses de edad.

**Tabla 10***Perfil riesgo/resiliencia de la diada Valentina/Gabriela (Continuación)*

Factores de riesgo	Factores protectores
<p>Sin derechohabiencia. Falta de detección temprana y referencia del sistema DIFEM a servicios de intervención temprana. Necesidad de apoyo en algunos aspectos del potencial resiliente materno, tales como la autodeterminación, aflicción, afiliación y descontrol. Sin acceso a sitios de recreación.</p> <p>Necesidad de apoyo para establecer los hábitos de crianza relacionados con el respeto por la individualidad y la sincronía interactiva.</p>	<p>Acceso a servicios sanitarios del DIFEM.</p> <p>Aspectos positivos del potencial resiliente materno, en particular, en torno a la evasión, autoconfianza y al bienestar.</p> <p>Actitudes maternas positivas relativas al cuidado y protección, disponibilidad emocional, reconocimiento de necesidades y estructuración del ambiente de desarrollo de su hija.</p> <p>Hábitos de crianza consolidados para las rutinas de: regulación emocional e interacción y estimulación. Familia nuclear. Red social primaria de apoyo. Red social secundaria de apoyo.</p>
<b>Mesosistema</b>	
<p>Percepción de falta de apoyo incondicional de la red primaria de apoyo.</p>	<p>Convivencia y apoyo de la red primaria.</p> <p>Convivencia dentro de la congregación religiosa.</p>
<b>Exosistema</b>	
<p>Centro laboral del padre fuera de la localidad. Percepción de inseguridad en el vecindario.</p>	<p>Localidad con servicios públicos básicos.</p>

**Nota.** Fuente: Elaboración propia de acuerdo con: Bronfenbrenner, U. (2005). *The Bioecological Theory of Human Development*. In U. Bronfenbrenner (Ed.). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). United States of America: Sage Publications; Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*. (35) 4, 320-335 ; y la Junta para la Protección Infantil de Luton (2017). *A risk and resilience model to support the assessment of safeguarding and welfare concerns involving children*.

### **Diada Carolina/Alejandro**

- Entrevista sobre los antecedentes materno/infantiles.

Alejandro es un niño de 5 meses de edad, pertenece a una familia extendida compuesta por la madre, Carolina de 30 años, ama de casa con educación superior, y por el padre, Rodrigo de 32 años, autoempleado con educación superior y el abuelo paterno de 68 años. Los padres de Alejandro viven en unión libre, el padre profesa la religión católica y la madre, la cristiana. En cuanto a los datos familiares, la madre negó antecedentes de consanguinidad con el padre de su hijo, al igual que, neuropatías, nefropatías, hemopatías, enfermedades autoinmunes, patologías

mentales y casos de discapacidad; no obstante, refirió antecedentes de cardiopatías en la rama paterna (muerte de la abuela paterna por dicha causa), y abuso de sustancias, al tabaco en la rama materna (tío) como alcohol en la rama paterna (padre), respectivamente, así como, casos de retraso del desarrollo, específicamente del lenguaje, sin causa definida, en la rama materna. Por otro lado, refirió que el embarazo de Alejandro no fue ni deseado ni planeado por ambos padres, por lo que, durante los primeros seis meses de gestación la madre pasó por un período de estrés importante, mientras que el padre le reclamaba el no querer tener hijos. Más tarde, el padre empezó a aceptar el embarazo y ella inició con un acercamiento a su hijo en forma de cantos, pláticas y caricias. En cuanto a los antecedentes obstétricos, indicó que, durante las 38 semanas de gestación del niño, mantuvo un control prenatal que incluyó 10 consultas prenatales y 4 ultrasonidos ginecológicos; aunque estos arrojaron resultados normativos, hacia la semana 36 de gestación, señaló haber presentado infección de vías urinarias para lo cual recibió tratamiento con antibiótico (ampicilina). Respecto del ambiente prenatal, la madre refirió haber consumido multivitamínicos, pero también haber estado expuesta a contaminantes ambientales, tales como tabaco (de manera pasiva durante todo el embarazo) y alcohol (un par de cervezas cada fin de semana durante las primeras seis semanas de gestación); sin embargo, negó haber consumido drogas prohibidas o controladas durante dicho período. Por otro lado, en lo que respecta al período perinatal, refirió que, Alejandro nació en un hospital privado, ubicado en Cuautitlán Izcalli, Estado de México, lugar en el que tuvo un parto natural. Al no haberse presentado complicaciones durante el nacimiento de Alejandro, no fue necesario que se le practicaran procedimientos de emergencia. Presentó al nacimiento, un peso de 2950Kg, una talla de 49cm y calificación Apgar de 8 al primer minuto y 9 al minuto cinco. En cuanto al período posnatal, la madre indicó, que, dos horas después del nacimiento, se procedió al alojamiento conjunto e inicio de la lactancia materna exclusiva. Que los resultados del tamiz neonatal no revelaron anomalías, pero, que no le fueron realizados los tamices auditivo y visual, ya que nunca se ha sospechado deficiencia en esos sentidos. La madre refirió que, tras el nacimiento de su hijo, las primeras semanas tenía miedo de lastimarlo y que



aun ahora no sabe cómo cuidarlo. Respecto del desarrollo evolutivo de Alejandro, ya había notado que, comparado con otros niños, él no ha presentado un lenguaje correspondiente a su edad, lo que le ha preocupado, pues su primo materno de tres años de edad ha presentado dificultades para desarrollar el lenguaje. En este especificó, que los hitos del desarrollo de Alejandro se sucedieron de la siguiente manera: lenguaje, desde el nacimiento respondía a los sonidos ambientales, actualmente, esporádicamente vocaliza (aah/ooh); motricidad, intentos de levantar la cabeza a los 3 meses; personal/social, mostró respuestas sociales, en forma de sonrisas y mirar a la cara de los demás, desde recién nacido. En lo relacionado a la alimentación, refirió lactancia materna exclusiva satisfactoria, desde el nacimiento hasta los tres meses de nacido, momento en el que tuvo que suspenderse debido a problemas de salud materna y, en su lugar, iniciarse la alimentación con fórmula, la cual fue bien tolerada por Alejandro. En cuanto a la salud general del niño, la madre la reportó como buena, salvo el bajo tono que presenta en la musculatura oculomotora del ojo izquierdo, para lo que su médico le ha recomendado ejercicios para mejorar dicha condición. En lo que respecta al ambiente de desarrollo de Alejandro, la madre refirió que a pesar de que el niño no fue ni planeado ni deseado, sí fue bien recibido por todos los miembros tanto de la familia paterna como de la materna. Respecto del vecindario, la madre refirió no considerar que su vecindario fuera un sitio seguro que, aunque había un parque muy cerca de su domicilio, el acceso a él no estaba despejado. En ese mismo sentido, indicó que no tenía mucha relación con sus vecinos, pues cada quien se dedicaba a sus actividades. En cambio, en su congregación religiosa tenía mucha actividad social al igual que con los familiares maternos.

- Escala de Potencial Resiliente (E-PoRe) de García-Cortés y García-Méndez (2012). Para esta escala, Carolina reveló que, en cuanto a la dimensión de:

a) Evasión, al encontrarse ante la adversidad suele actuar pensando en las consecuencias y conservar una autoimagen positiva. Sin embargo, con frecuencia pierde el control de lo que sucede a su alrededor, llegando a agredir a las personas con las que se relaciona.

- b) Autodeterminación, considera que las dificultades que se le presentan son retos a vencer que le llevan al crecimiento personal y a mejorar su calidad de vida, aunque, en ocasiones le cueste trabajo mantenerse positiva cuando se encuentra en medio de un problema.
- c) Aflicción, con frecuencia puede sentirse débil y frustrada si se le presentan dificultades y, aunque se considera una persona inteligente, teme caer en situaciones que la rebasan.
- d) Autoconfianza, no cree contar con las suficientes cualidades y capacidades para resolver las dificultades por las que atraviesa, por momentos siente que depende de los demás para salir adelante.
- e) Afiliación, tiene plena certeza en que su gran capacidad para crear y mantener redes sociales de apoyo le ayudará a afrontar las adversidades que se le presenten, en particular confía en sus redes sociales primarias de apoyo para dichos fines.
- f) Descontrol, a veces puede sentirse incapaz para salir de las dificultades, momentos en los que suele reaccionar con enojo; sin embargo, conserva la capacidad para tomar decisiones acertadas.
- g) Bienestar, por lo regular se mantiene estable y trabaja continuamente pensando en un mejor futuro, y a pesar de la adversidad es capaz de percibirse como una persona feliz.

- Cuestionario de Actitudes Maternas y Hábitos de Crianza (García-Olguín, 2014). De acuerdo a las respuestas proporcionadas por la madre, se observó que, respecto de la subescala de Actitudes Maternas, una actitud positiva hacia: la dimensión de Reconocimiento de Necesidades de Alejandro, priorizando el mantener su salud; la Disponibilidad Emocional que se requiere para estar abierta para interpretar las necesidades de su hijo; y el Cuidado y Protección que requiere Alejandro para tener un óptimo crecimiento y un adecuado desarrollo infantil. No obstante, manifestó una actitud negativa hacia la dimensión de Estructuración del Ambiente, relativa a la organización de rutinas de descanso que propicien un sueño reparador. Por otro lado, en lo que se refiere a la subescala de Hábitos de Crianza, la madre refirió, por un lado, tener consolidadas las actividades rutinarias respecto de la dimensión Respeto por la Individualidad, relacionadas con las actividades lúdicas y de la

higiene, y por otro lado, requerir apoyo para establecer actividades rutinarias relativas a la Sincronía Interactiva, para realizar actividades lúdicas que promuevan el óptimo desarrollo de Alejandro, así como, las relacionadas con la Regulación Emocional, que le permitan fomentar un sueño reparador en el niño, y con la Interacción y Estimulación, que favorezcan al desarrollo de la capacidad de autorregulación de su hijo. Finalmente, señaló que, en el cuidado de Alejandro: para las actividades de alimentación, a veces recibe ayuda del papá y de la tía materna; para las de higiene, a veces del padre y de la tía materna, y frecuentemente de la abuela materna; para las de sueño y descanso, a veces recibe ayuda tanto del padre como de la tía materna y de la abuela materna; y para las actividades de juego, siempre o casi siempre recibe ayuda del padre y de los abuelos y la abuela materna, y frecuentemente de la tía materna.

- Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001). Edad de desarrollo pre intervención: 4 meses.

La puntuación global de Alejandro (centil = 1, puntuación  $z = -2.33$ ) se encontró significativamente por debajo del promedio. En particular, las puntuaciones de las áreas Adaptativa, Motora, de la Comunicación y Cognitiva se encontraron significativamente por debajo de la media respecto de su grupo de edad, de manera que se confirma el diagnóstico de Retraso Global del Desarrollo conforme a lo indicado por Shevell (2008).

- Área personal/social: Alejandro presentó un desarrollo personal/social por debajo de la media que, globalmente, le representó una edad de 5 meses. Se observaron dificultades en las subáreas de: Interacción con el Adulto, para explorar con las manos las facciones de su madre, mostrar sus deseos porque la misma le tome en brazos o que siguiera vocalizando cuando le imitara; Expresión de Sentimientos y Afecto, para mostrar afecto por las personas que le rodeaban; y Autoconcepto, para responder a su nombre.

- Área adaptativa: Alejandro presentó un nivel de desarrollo significativamente inferior (puntuación  $z = -2.33$ ) para su grupo, representando una edad equivalente de 5 meses. Presentó dificultades en las subáreas de: Atención, no conseguía

entretenerse durante unos diez segundos sin recibir atención; y Comida, no lograba sostener su biberón mientras se alimentaba ni beber líquidos de un vaso con ayuda.

- Área motora: Alejandro presentó un desarrollo motor inferior al promedio (puntuación  $z = -2.33$ ), comparado con su grupo de edad, equivalente a 4 meses de edad. En lo que concierne a la motricidad gruesa, las distintas subáreas presentaron dificultades en: Control Muscular, en posición de sentado, sólo conseguía girar la cabeza del lado izquierdo para seguir con la mirada un sonido, no lograba permanecer de pie por unos diez segundos. Mientras que, en la motricidad fina, más afectada, se le dificultaba utilizar los dedos en oposición al pulgar para tomar objetos pequeños y pasar objetos de una mano a otra.

- Área comunicación: Las habilidades comunicativas de Alejandro presentaron un nivel global significativamente inferior a la media (puntuación  $z = -2.33$ ), con una edad equivalente a los 4 meses. En cuanto a la Comunicación Receptiva, se observaron dificultades para reaccionar a los distintos tonos de voz y asociar las palabras con objetos del entorno y acciones rutinarias. En tanto que, en la Comunicación Expresiva, más afectada, presentaba dificultades para emitir sonidos consonante/vocal (daa, baa, maa, guu), así como cadenas silábicas (ba-ba-ba, ma-ma-ma, la-la-la).

- Área cognitiva: Globalmente, las habilidades cognitivas de Alejandro correspondieron a un nivel de 4 meses de edad, pues presentó un desempeño significativamente inferior a la media (puntuación  $z = -2.33$ ). Las dificultades presentadas en las diferentes subáreas fueron: Memoria, para buscar y recuperar objetos escondidos; Razonamiento y Habilidades Escolares, para obtener un objeto tras jalar de una cuerda atada al mismo.

Perfil riesgo/resiliencia de la diada Carolina/Alejandro:

Se consideró el siguiente perfil de riesgo/resiliencia para la diada Carolina/Alejandro (véase Tabla 11):

**Tabla 11**

*Perfil riesgo/resiliencia de la diada Carolina/Alejandro*

Factores de riesgo	Factores protectores
<b>Ontosistema</b>	
Historia del desarrollo evolutivo con probable retraso del desarrollo.	Seguimiento y control prenatal.
Ausencia de tamices visual y auditivo.	Gestación de 38 semanas. Sin antecedentes perinatales de riesgo. Calificación Apgar 8/9, peso de 2,950Kg, talla de 49cm.
Diagnóstico de Retraso Global del Desarrollo que compromete las áreas: adaptativa, motora, de la comunicación y cognitiva.	Tamiz neonatal sin anomalías. Sin antecedentes patológicos postnatales. Esquema de vacunación nacional completo. Desarrollo infantil con puntuación global por encima de la media, fortalezas en la subárea Interacción con el adulto, del área personal/social.
Madurez social adaptativa cercana a los 4 meses de edad.	
Antecedentes de bajo tono muscular oculomotor del ojo izquierdo.	Sin antecedentes de hospitalizaciones.
<b>Microsistema</b>	
Embarazo no deseado y no planeado.	
Antecedentes prenatales de infecciones de vías urinarias 36 de gestación.	Seguimiento y control prenatal.
Antecedentes de consumo de alcohol durante el los dos primeros trimestres de gestación y exposición pasiva al humo de cigarro.	Ausencia de consumo de sustancias controladas en el período prenatal.
Antecedentes familiares de cardiopatía en la rama paterna, alcoholismo del padre, de retraso del desarrollo del lenguaje en la rama materna.	Parto natural. Sin antecedentes familiares de otras patologías físicas y mentales.
Antecedentes de exposición prenatal a ambiente nocivo (alcohol y tabaco) durante el primer trimestre de gestación.	Sin antecedentes maternos de abuso de sustancias controladas en la etapa prenatal.
Vínculo materno/fetal tardío.	
Vínculo materno/infantil tardío.	Alojamiento conjunto.
Interrupción de la lactancia materna exclusiva	Buena aceptación de la fórmula láctea.
Sin derechohabencia.	Acceso a servicios sanitarios privados.

**Tabla 11***Perfil riesgo/resiliencia de la diada Carolina/Alejandro (Continuación)*

Factores de riesgo	Factores protectores
<p>Falta de detección temprana formal del retraso de desarrollo infantil y de la referencia por parte del servicio privado de pediatría a los servicios de intervención temprana.</p> <p>Necesidad de apoyo en algunos aspectos relativos a las dimensiones del potencial resiliente en torno a la: <i>evasión, autodeterminación, aflicción, autoconfianza y descontrol.</i></p> <p>Sin acceso pleno a sitios públicos de recreación.</p> <p>Necesidad de apoyo para mejorar sus actitudes maternas en torno a la dimensión de <i>estructuración del ambiente.</i></p> <p>Necesidad de apoyo para establecer los hábitos de crianza relacionados con el respeto por la individualidad y la sincronía interactiva.</p>	<p>Aspectos positivos del potencial resiliente materno, en particular, en torno a la <i>afiliación y bienestar.</i></p> <p>Actitudes maternas positivas relativas al <i>cuidado y protección</i> y a la <i>disponibilidad emocional.</i></p> <p>Hábitos de crianza consolidados para las rutinas de cuidado relativas a: el <i>respeto por la individualidad, la sincronía interactiva, la regulación emocional</i> y la <i>interacción y estimulación.</i></p> <p>Familia extendida.</p> <p>Red social primaria de apoyo.</p> <p>Red social secundaria de apoyo.</p>
<b>Mesosistema</b>	
<p>Convivencia y apoyo en la red primaria.</p> <p>Convivencia dentro de la congregación religiosa materna.</p>	
<b>Exosistema</b>	
<p>Localidad con servicios públicos básicos.</p> <p>Percepción de inseguridad en el vecindario.</p>	

**Nota.** Fuente: Elaboración propia de acuerdo con: Bronfenbrenner, U. (2005). *The Bioecological Theory of Human Development*. In U. Bronfenbrenner (Ed.). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). United States of America: Sage Publications; Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*. (35) 4, 320-335 ; y la Junta para la Protección Infantil de Luton (2017). *A risk and resilience model to support the assessment of safeguarding and welfare concerns involving children.*

### **Diada Mariana/Sonia**

- Entrevista sobre los antecedentes materno/infantiles y familiares.

Sonia es una niña de 8 meses de edad, pertenecía a una familia nuclear compuesta por la madre, Mariana de 27 años, empleada con educación preparatoria, por el padre, Alejandro de 29 años, empleado con educación superior y por el hermano mayor, Andrés 3 años de edad. Los padres de Sonia viven en unión libre y profesan la religión católica. En cuanto a los datos familiares, la madre negó antecedentes de consanguinidad con el padre de su hijo, al igual que, neuropatías, cardiopatías,

nefropatías, hemopatías, enfermedades autoinmunes, patologías mentales, casos de discapacidad y abuso de sustancias; no obstante, refirió antecedentes de retraso del desarrollo del lenguaje del hermano mayor, sin causa aparente ni diagnóstico formal. En cuanto a la historia del embarazo, indicó que Sonia no fue planeada, pero sí deseada por ambos padres, por lo que le ponían música y le hablaban mientras se encontraba en el vientre. En lo que respecta a los antecedentes obstétricos, refirió que, la gestación de Sonia tuvo una duración de 38 semanas, contó con control prenatal que incluyó 15 consultas prenatales y 5 ultrasonidos ginecológicos, que, en su mayoría arrojaron resultados normativos; no obstante, rumbo a la semana 30 de gestación, indicó que se detectó una circular sencilla al cuello, lo que determinó llevar un seguimiento frecuente, más adelante, hacia la semana 37 de gestación, señaló haber presentado infección de vías urinarias y vulvovaginitis para lo cual recibió tratamiento con antibiótico (ampicilina) y jugo de arándano. En cuanto al ambiente prenatal, la madre refirió el consumo de multivitamínicos; también, negó haber consumido tabaco y alcohol, así como drogas prohibidas o controladas durante dicho período. En lo que respecta al período perinatal, la madre refirió que Sonia nació en el Hospital General de Zona del IMSS de Cuautitlán Izcalli, de una operación cesárea debido a que se había detectado una circular al cuello que impediría el progreso del parto natural. No obstante, durante este período no se presentaron complicaciones que requirieran la aplicación de procedimientos de emergencia, siendo la calificación Apgar de un minuto de 8 y de diez minutos de 9, y talla y peso al nacimiento de 48cm y 3,100Kg, respectivamente. En cuanto al período posnatal, la madre señaló que se realizó alojamiento conjunto e inicio inmediato de la lactancia materna exclusiva, pero a los 45 días de nacida inició la lactancia mixta sin problemas. De la misma forma señaló que, los resultados del tamiz neonatal fueron satisfactorios, pero que no le fue informado que a los y las infantes se les debieran realizar tamices auditivos y visuales, que el pediatra no los había solicitado. Por otro lado, la madre refirió que le preocupaba el desarrollo de su hija, porque en la guardería del IMSS le han mencionado que fuera retrasado respecto del que debería presentar para su edad; en este sentido, especificó que el desarrollo evolutivo de Sonia ha seguido la siguiente pauta: lenguaje, desde el

nacimiento respondía a los sonidos ambientales, desde los dos meses vocaliza (aah/ooh); motricidad, a los cinco meses empezó a controlar la cabeza levantándola cuando estaba acostada boca abajo; personal/social, respondió a los estímulos sociales desde el mes de nacida mediante sonrisas. En lo que respecta a la alimentación, a los seis meses de edad se inició la alimentación complementaria con éxito. En lo que respecta a la salud general de la niña, la madre señaló que ha presentado infecciones de vías respiratorias de repetición con constantes fiebres, las cuales no se han complicado con convulsiones hasta el momento de la entrevista. Por otro lado, en cuanto al ambiente de desarrollo de Sonia, la madre señaló que la niña fue bien recibida por ambas familias. Respecto del vecindario, la madre refirió que, ya que el fraccionamiento en el que vive es relativamente viejo, todos y todas se conocen y han llegado a organizarse bien para realizar convivencias periódicas, sobre todo cuando hay que celebrar acontecimientos marcados por el calendario como el día de muertos, las posadas, el día de la independencia, por ejemplo. De la misma forma, señaló que siente mucha confianza con sus vecinos y vecinas, inclusive son ellas a quienes recurre cuando necesita que le cuiden a su hija cuando se le complica el horario para cuidarla o para recogerla de la guardería. Refiriéndose a este mismo punto, indicó que ha intentado conseguir empleo en la industria que está cercana a su domicilio para que le sea posible convivir más con su familia, situación en la que sí está el padre de Sonia, quien goza de tener un empleo a quince minutos de su hogar, lo que les ha favorecido para compartir tiempo para los cuidados de la niña.

- Escala de Potencial Resiliente (E-PoRe) de García-Cortés y García-Méndez (2012). Mediante esta escala, Mariana aportó la siguiente información, respecto de la dimensión de:

a) Evasión, ante la adversidad, en ocasiones pierde el control de lo que sucede en su vida, también puede llegar a fugarse consumiendo bebidas alcohólicas y realizar acciones de las que no calcula las consecuencias; sin embargo, rara vez agrede a las personas que la rodean.

b) Autodeterminación, está convencida de que las dificultades son retos a superar, pero en ocasiones duda que esto sea una oportunidad para introducir cambios que



impacten en su calidad de vida o en hacerla una mejor persona. Aun así, trata de mantenerse positiva en los momentos difíciles.

c) Aflicción, ante la adversidad se percibe como una persona fuerte e inteligente; sin embargo, los problemas pueden llevarla a sentirse deprimida y frustrada, por lo que a veces le preocupa llegar a tenerlos.

d) Autoconfianza, se describe como una persona que puede superar la adversidad, poseedora de cualidades y capacidades que le permiten actuar de manera independiente, pero que con frecuencia no sabe lo que quiere hacer en su vida.

e) Afiliación, por lo regular cuenta con el apoyo de sus familiares para salir de las dificultades que se le presentan, pero también puede confiar plenamente en que sus amistades le ayudarán a reponerse y en su pericia para buscar ayuda en el sitio indicado.

f) Descontrol, en ocasiones los problemas se salen de su control, lo que puede llevarla a precipitarse en la toma de decisiones y a reaccionar con enojo.

g) Bienestar, por lo regular se percibe como una persona estable, que se mantiene feliz aun en medio de las dificultades, pues considera que la labor que hace en el presente le conducirá a una mejor vida en el futuro.

- Cuestionario de Actitudes Maternas y Hábitos de Crianza (García-Olguín, 2014). De acuerdo a las respuestas de la madre a este cuestionario, se observó que, para la subescala de Actitudes Maternas, en general, presenta una actitud favorable en las dimensiones de: Cuidado y Protección, en particular está abierta a recibir información que le permita mejorar la manera en la que cuida a su hija y, también está dispuesta a realizar actividades que optimicen el desarrollo infantil; Disponibilidad Emocional, para priorizar estar atenta a las señales de su hija; Reconocimiento de Necesidades, en especial, para dar prioridad al mantenimiento de salud de Sonia; y Estructuración del Ambiente, para satisfacer las necesidades de contacto social de su hija. En tanto que, para la subescala de Hábitos de Crianza, se observó que en la dimensión de Regulación Emocional la madre reporta como consolidadas las actividades referentes al sueño y descanso; mientras que, se observa la necesidad de apoyo en las dimensiones: de Sincronía Interactiva, para planear actividades rutinarias de juego; Interacción y Estimulación, para estructurar

rutinas de sueño y descanso; y Respeto por la Individualidad, establecer rutinas de higiene. Por otro lado, la madre señaló que el padre es la segunda persona, después de ella, que participa siempre o casi siempre en las actividades de alimentación, juego y sueño, aunque no así en las actividades de higiene, en las que lo hace sólo a veces. Mientras que, los tíos y las tías, abuelos y abuelas participan a veces, o nunca o casi nunca en las actividades señaladas.

- Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001). Edad de desarrollo de 4 meses.

La puntuación global de Sonia (centil = 1, puntuación  $z = -2.33$ ) se encontró significativamente por debajo del promedio respecto de su grupo de edad. En particular, las puntuaciones de las áreas Personal/social, Adaptativa, Motora, de la Comunicación y Cognitiva, con lo que se confirma el diagnóstico de Retraso Global del Desarrollo, conforme a lo establecido por Shevell (2008).

- Área personal/social: Puesto que la media de la escala es de 100 y la desviación estándar de 15, la puntuación total de 13 para el área del desarrollo personal/social se situó significativamente por debajo de la media (puntuación  $z = -2.33$ ), correspondiente a una edad equivalente de 2 meses. Se observaron dificultades en su habilidad para: interactuar con el adulto, a veces le sonrío o vocaliza en respuesta a su atención, pero muy pocas veces o nunca mostraba deseos por ser cargada o por recibir su atención; expresión de sentimientos/afecto, muy pocas veces o nunca expresaba emociones. No obstante, Sonia fue capaz de reconocer su nombre y de mostrar conocimiento de sus manos.

- Área adaptativa: Sonia presentó un nivel de desarrollo significativamente inferior (puntuación  $z = -2.33$ ) considerando su edad. Aunque para la subárea de Atención mostró un mejor desempeño, pues fue capaz de mirar un objeto por cinco segundos y prestar atención a un sonido continuo, en cuanto a las habilidades relacionadas con la subárea de Alimentación, se observó que aún no consumía alimentos semisólidos ni sostenía su biberón. La edad global para esta área fue de 5 meses.

- Área motora: En esta área la niña presentó un desarrollo global por debajo de la media (puntuación  $z = -1.56$ ), mostrando puntos fuertes en las subáreas relativas a la Motricidad Fina: Motricidad Fina, se pasaba un objeto de una mano a otra y

realizaba la presión digital parcial; y Motricidad Perceptiva, tocaba objetos. Mientras que, puntos débiles en la subárea de la Motricidad Gruesa para las subáreas de: Control Muscular, no lograba permanecer de pie con apoyo por 10 segundos; Coordinación Corporal, aún no se colocaba de pie apoyándose en objetos, ni se incorporaba de acostada a la posición de sentada; Locomoción, aún no realizaba el gateo ni comenzaba a dar pasos.

- Área de la comunicación: Las habilidades comunicativas de Sonia presentaron variaciones. Mientras sus habilidades de Comunicación Receptiva fueron superiores a la media, reaccionaba ante los sonidos, las de Comunicación Expresiva se encontraron significativamente por debajo del promedio respecto de su grupo de edad, no emitía sonidos consonante/vocal (daa, baa, maa, guu) ni cadenas silábicas (ba-ba-ba, ma-ma-ma, la-la-la). Globalmente, sus habilidades se situaron significativamente por debajo del promedio (puntuación  $z = -2.33$ ), en un nivel de edad equivalente a los 4 meses.

- Área cognitiva: Globalmente, las habilidades cognitivas de Sonia se situaron significativamente por debajo del promedio (puntuación  $z = -2.33$ ), correspondiente a un nivel de edad de 3 meses. Respecto de las distintas subáreas se observó que: en Discriminación Perceptiva, a veces reaccionaba ante situaciones nuevas, exploraba objetos por menos de 15 segundos, y muy pocas veces o nunca exploraba o investigaba el entorno; Memoria, no presentaba reacciones concretas ante los estímulos visuales ni mostraba intentos por recuperar objetos ocultos; y en Razonamiento y Habilidades Escolares, no hubo intentos por jalar de una cuerda para obtener un juguete.

## Perfil riesgo/resiliencia de la diada Mariana/Sonia

Se consideró el siguiente perfil de riesgo/resiliencia para la diada Mariana/Sonia (véase Tabla 12):

**Tabla 12**

*Perfil riesgo/resiliencia de la diada Mariana/Sonia*

Factores de riesgo	Factores protectores
<b>Ontosistema</b>	
Ausencia de tamices visual y auditivo.	Seguimiento y control prenatal. Historia del desarrollo evolutivo con probable retraso del desarrollo detectado en la guardería del IMSS. Gestación de 38 semanas. Sin antecedentes perinatales de riesgo. Calificación Apgar 8/9, peso de 3, 100Kg, talla de 48cm.
Retraso global del desarrollo que compromete las áreas: adaptativa, motora, de la comunicación y cognitiva.	Tamiz neonatal sin anomalías. Sin antecedentes patológicos postnatales. Desarrollo infantil con puntuación global por encima de la media, fortalezas en la subárea Interacción con el adulto, del área personal/social.
Madurez social adaptativa equivalente a los 4 meses de edad.	
Antecedentes de infecciones recurrentes de vías respiratorias.	Sin antecedentes de hospitalizaciones.
<b>Microsistema</b>	
Embarazo no planeado.	Embarazo deseado.
Antecedentes prenatales de: circular sencilla al cuello detectada en la semana 30 de gestación; e infecciones de vías urinarias y vulvovaginitis en la semana 37 de gestación.	Seguimiento y control prenatal.
Antecedentes familiares de retraso del desarrollo en el área de la comunicación.	Ausencia de consumo de alcohol, tabaco y sustancias controladas en el período prenatal. Sin antecedentes perinatales de complicaciones en el binomio materno/infantil. Sin antecedentes familiares de patologías físicas y mentales y discapacidad. Sin antecedentes de exposición prenatal a ambiente nocivo. Sin antecedentes de abuso de sustancias. Vínculo materno/fetal/infantil. Alojamiento conjunto. Alimentación mixta de los 0 a los 6 meses y alimentación complementaria a los seis meses de edad.

**Tabla 12***Perfil riesgo/resiliencia de la diada Mariana/Sonia (Continuación)*

Factores de riesgo	Factores protectores
<p>Guardería del IMSS sin servicio de integración. Falta de referencia del sistema del IMSS a los servicios de intervención temprana. Necesidad de apoyo en algunos aspectos del potencial resiliente materno relativos a las dimensiones: <i>evasión, autodeterminación, aflicción, autoconfianza y descontrol.</i></p>	<p>Derechohabencia a los servicios sanitarios del IMSS. Acceso a guardería del IMSS. Detección informal de retraso del desarrollo. Aspectos positivos del potencial resiliente materno, en particular, en torno a la <i>afiliación</i> y al <i>bienestar</i>.</p>
<p>Necesidad de apoyo para establecer los hábitos de crianza relacionados con el <i>respeto por la individualidad, la interacción y estimulación y la sincronía interactiva.</i></p>	<p>Actitudes maternas positivas relativas al <i>cuidado y protección, disponibilidad emocional, reconocimiento de necesidades y estructuración del ambiente</i> de desarrollo de su hija. Hábitos de crianza consolidados para las rutinas de <i>regulación emocional</i>.</p>
<b>Mesosistema</b>	
<p>Percepción de falta de apoyo incondicional de la red primaria de apoyo.</p>	<p>Familia nuclear. Red social primaria de apoyo activa. Red social secundaria de apoyo activa. Oportunidades de recreación y esparcimiento en el vecindario.</p>
<b>Exosistema</b>	
<p>Centro laboral del padre fuera de la localidad. Percepción de inseguridad en la localidad.</p>	<p>Convivencia y apoyo de la red primaria. Convivencia y apoyo vecinal.</p>
<b>Exosistema</b>	
<p>Centro laboral del padre fuera de la localidad. Percepción de inseguridad en la localidad.</p>	<p>Localidad con servicios públicos básicos.</p>

**Nota.** Fuente: Elaboración propia de acuerdo con: Bronfenbrenner, U. (2005). The Bioecological Theory of Human Development. In U. Bronfenbrenner (Ed.). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). United States of America: Sage Publications; Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*. (35) 4, 320-335 ; y la Junta para la Protección Infantil de Luton (2017). *A risk and resilience model to support the assessment of safeguarding and welfare concerns involving children*.

## Conclusión

En lo que se refiere a los perfiles de riesgo de las distintas diadas madre/infante, y de las y el infante diagnosticados con Retraso Global del Desarrollo, fue posible observar las distintas Necesidades Educativas (NE) a cubrir por el Programa de “Promoción de la crianza materna como factor protector para niños con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia”, que sería diseñado e instrumentado en la siguiente fase del presente trabajo, lo mismo que el apoyo requerido por las madres en los aspectos de las actitudes maternas y los hábitos de crianza, mediante los cuales se pretendió establecer las rutinas de estimulación que optimizaran el desarrollo de sus hijos (Cuestas, Polacov & Vaula, 2016), así como la movilización de los recursos resilientes maternos que facilitará a las infantes e infante superar los déficits del desarrollo Newman (2002).

Por otro lado, en lo que se refiere al perfil de riesgo/resiliencia, correspondiente al macrosistema, se aprecia que, las diadas habitaban en el municipio de Cuautitlán Izcalli, del Estado de México, ambos pertenecientes a importantes zonas de influencia: a la Zona Metropolitana del Valle Cuautitlán- Texcoco y a la Zona Metropolitana del Valle de México, respectivamente, lo que le ha permitido al municipio estar incorporado en las políticas de desarrollo económico y social en conjunto con otras localidades. En el mismo sentido, en virtud del marco legal del municipio, las familias gozan de los beneficios institucionales de las políticas a favor de los derechos humanos, en particular de las que obedecen a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. No obstante, se observó la carencia de servicios de Atención y Educación de la Primera Infancia Integrales e Inclusivos que permitieran la realización de una detección temprana del RGD, y, por consecuencia del acceso a una intervención oportuna (Véase Tabla 13).

Finalmente, el grupo de infantes detectados en probable riesgo de Retraso Global del Desarrollo, que requirió los servicios de educación especial como el que ofrecieron las guarderías integradoras del IMSS (s.f.), de las que, sin embargo, hasta la realización de este estudio, sólo se contaba con dos en el Estado de México, una en Texcoco y otra en Toluca, pero de las que carece el municipio de Cuautitlán Izcalli.

**Tabla 13***Perfil riesgo/resiliencia del grupo de intervención temprana\*.*

Factores de riesgo	Factores protectores
<b>Macrosistema</b>	
Estado con segundo lugar nacional en migración externa; primer lugar en discapacidad;	Estado perteneciente a la Zona Metropolitana del Estado de México; riqueza y diversidad étnica y cultural; bajo nivel de analfabetismo; segundo lugar de cobertura en el nivel de educación inicial; acceso a educación inclusiva; programas de inclusión social; atención sanitaria para población no derechohabiente; lactancia materna casi universal; descenso de la mortalidad infantil del 60.95%; descenso del 62% de mortalidad materna; acceso a centros y unidades básicas de rehabilitación del DIF;
Servicios públicos de pediatría limitados; décimo lugar en discapacidad en el municipio (limitaciones físicas: destreza/motricidad fina, caminar o moverse y con la visión);	Municipio perteneciente a la Zona Metropolitana del Valle Cuautitlán-Texcoco; altamente urbanizado.
<b>Cronosistema</b>	
Período evolutivo de mayor vulnerabilidad.	Período evolutivo con mayor plasticidad en el ciclo de vida.

**Nota.** Fuente: Elaboración propia de acuerdo con: Bronfenbrenner, U. (2005). *The Bioecological Theory of Human Development*. En U. Bronfenbrenner (Ed.). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). Estados Unidos de América: Publicaciones Sage; Belsky, J. (1980). *Child maltreatment: An ecological integration*. *American Psychologist*. (35) 4, 320-335 ; y la Junta para la Protección Infantil de Luton (2017). *A risk and resilience model to support the assessment of safeguarding and welfare concerns involving children*.

## **Etapas 2. Instrumentación del programa**

**Objetivo general.** Brindar a las madres, aquellos elementos que les permitan incrementar los factores protectores y disminuir los de riesgo para beneficio de desarrollo de sus hijas e hijo con Retraso Global del Desarrollo (RGD).

### **Objetivos específicos.**

- I. Instrumentar el programa para la “Promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia”.
- II. Integrar la información recabada.
- III. Determinar la efectividad del programa.
- IV. Determinar la validez social del programa.

**Participantes.** Consintieron participar en esta etapa del estudio, las 3 diadas madre/infante, de cuyos infantes se obtuvo diagnóstico de RGD y perfil riesgo/resiliencia en la etapa anterior.

**Herramientas.**

- “Programa para la Promoción de la Crianza Materna como Factor Protector para Infantes con Retraso Global del Desarrollo desde el Enfoque de Riesgo/Resiliencia”. Conserva los tres ámbitos del “Programa de educación inicial” del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE, 2011), el ámbito de identidad y autonomía personal, el ámbito del medio físico y social, y el ámbito de comunicación y representación, por ser éstos los más significativos en el desarrollo del niño (Mendia, 2005). El programa consistió en una serie de 19 sesiones, cuyo contenido se basó en la satisfacción de las Necesidades Educativas (NE) de los y las infantes que conformaron al grupo de atención. Bajo dicho contenido se planearon diferentes actividades que incorporando la práctica basada en la evidencia disponible (Cook, Tankersey & Harjusola-Webb, 2008; Kazdin, 2008; McDuffie & Scruggs, 2008), se orientaron a desarrollar las competencias para la vida relativas al desarrollo infantil detectado como deficitario, por medio de las correspondientes competencias maternas relativas a la crianza materna, necesarias para promover mecanismos resilientes que le permitan a los y las infantes superar las dificultades que presentaban (Gómez & Kotliarenko, 2010) (véase Anexo D).

- Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001). Utilizado en la presente etapa para llevar a cabo las mediciones pre y post tratamiento, así como las correspondientes a las evaluaciones mensuales durante el desarrollo del programa.

- Cuestionario de Autoevaluación del Desempeño de la Madre Durante su Participación en el Programa de Intervención Temprana. Este instrumento fue elaborado por la autora con el objetivo de que la madre, del/de la infante en condición de RGD, autoevalúe su desempeño durante su participación, constituyéndose éste en un marco de reflexión que le permita adecuar su participación en diada, respondiendo a las Necesidades Educativas de su hijo/a. Contiene las preguntas abiertas: ¿cómo se sintió durante esta sesión?, ¿qué



considera que haya sido lo mejor que hizo durante esta sesión? y ¿qué considera que haya sido lo que más se le dificultó durante esta sesión? (véase Anexo F).

- Portafolio de Evidencias. La técnica de portafolios (King & Campbell, 2006; Paris & Ayres, 1994) se utilizó como recurso de coevaluación, mediante el cual, la madre realiza con respecto de los avances y áreas de oportunidad que visualiza en su hijo/a. Consta de una gráfica de seguimiento del desarrollo infantil y de una serie de vídeos y fotografías que la madre elige para demostrar los avances de su hijo/a, lo mismo que para mostrar a la facilitadora, en conferencia (Paris & Ayres, 1994), las dificultades que se le presentan a fin de realizar las adaptaciones necesarias al programa de intervención.

- Cuestionario de Validación Social de Programas de Intervención Temprana en Educación Especial. Esta es una versión cualitativa que se elaboró con el objetivo de averiguar el grado de aceptabilidad social de los procedimientos empleados durante la instrumentación del programa de acuerdo con el planteamiento original de Wolf (1978) y bajo la pauta del Cuestionario de Validación Social de Programas de Intervención en Educación Especial de Acle-Tomasini & Ordaz-Villegas (2013), empleado con el mismo fin, pero en poblaciones mexicanas de niños en edad escolar. La adaptación consta de 30 reactivos tipo Likert de cinco puntos que va desde nada (1) hasta muchísimo (5), repartidos en tres dimensiones, mediante los cuales se solicita a las participantes en el programa, compartir el grado de aceptabilidad que éste les mereció de acuerdo con: la significancia social y educativa del programa; la aceptabilidad de los procedimientos de evaluación e intervención incluidos en el programa; y la importancia social de los resultados y efectos promovidos por el programa.

- Diario de campo. El diario de campo se utilizó como una herramienta que permitió documentar el proceso de intervención, al mismo tiempo, constituyó un marco de trabajo para valorar y revalorar las estrategias tomadas durante el proceso de instrumentación del programa de intervención (Londoño et al., 2009). El formato contiene un apartado para documentar la fecha y el número de la sesión correspondiente, un espacio para llevar el registro anecdótico y otro para establecer los comentarios de la facilitadora (véase Anexo F).

**Procedimiento.** Se obtuvo Consentimiento Informado para la participación de la diada en el programa, así como para la obtención de fotografías y vídeos durante las sesiones de intervención (véase Anexo C).

I. Para la instrumentación del “Programa para la promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia”, se procedió a aplicar una serie de veinte sesiones semanales a lo largo de cinco meses, un conjunto de actividades diseñadas para satisfacer las necesidades educativas de las infantes e infante participantes, actividades que tuvieron por objetivo desarrollar las competencias infantiles encontradas como deficitarias, así como las competencias maternas necesarias para optimizar el desarrollo infantil. Las competencias de las diadas se desarrollaron paralelamente mientras se proporcionaba el apoyo que las madres requirieron en términos de actitudes maternas y hábitos de crianza, mismas que permitieron establecer y consolidar las rutinas de estimulación infantil. Además, se proporcionó la asistencia relativa al potencial resiliente materno necesario para que las madres afrontaran con éxito las dificultades que presentaban sus hijas e hijo.

Como parte del proceso de evaluación, contenido en el programa, se realizaron las respectivas evaluaciones:

I. Cuantitativas: pre (diagnóstica), durante (formativa) y post intervención (sumativa), mediante el uso del Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001).

II. Cualitativas, tales como: la autoevaluación para la madre (véase Anexo E), la coevaluación de la madre con respecto de su hijo/a, y a través de la aplicación del portafolio de evidencias y del gráfico del *gusanito medidor*. De la misma forma, se llevó a cabo la evaluación formativa de los y las infantes por medio del Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001) durante la aplicación del programa. También, se realizó la aplicación del Cuestionario de Validación Social de Programas de Intervención Temprana en Educación Especial, adaptación realizada por la autora a la población del presente estudio, del original de Acle-Tomasini & Ordaz-Villegas (2013).

II. En lo que respecta a la integración la información recabada durante el proceso de evaluación sumativa, relativo al seguimiento longitudinal de las diadas, se realizó una descripción integradora de lo más relevante para cada caso, en ella se incluyó la información proveniente de las actividades de autoevaluación correspondientes al desempeño de las madres, y los elementos más relevantes provenientes del diario de campo. De lo todo anterior se obtuvo el perfil riesgo/resiliencia post-intervención.

III. Para determinar la efectividad del programa, se revaloró cada caso conforme a los criterios establecidos por Shevell (2008) para determinar el diagnóstico de Retraso Global del Desarrollo según los datos arrojados por el Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001).

IV. En lo relativo a la determinación de la validez social del presente estudio, con los datos obtenidos se realizó una interpretación integradora basada en las tres dimensiones conforme a los planteamientos de Wolf (1978) para la validación social de los programas de intervención, lo mismo que, a la luz de los hallazgos de Acle-Tomasini & Ordaz-Villegas (2013) en su labor sobre la aplicación de programas de intervención bajo el enfoque de riesgo/resiliencia en poblaciones mexicanas de riesgo.

## **Resultados**

**I. Instrumentación del programa para la “Promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia”.** Durante la aplicación de la serie de veinte sesiones semanales fue necesario realizar adaptaciones a: las actividades diseñadas originalmente para satisfacer las necesidades educativas de las infantes e infante participantes, de acuerdo a las dificultades y avances que se fueron presentando con cada infante; y a las rutinas de estimulación que, de acuerdo con las actitudes maternas y hábitos de crianza, y del contexto de desarrollo de cada infante, fueron necesarias para optimizar el desarrollo infantil.

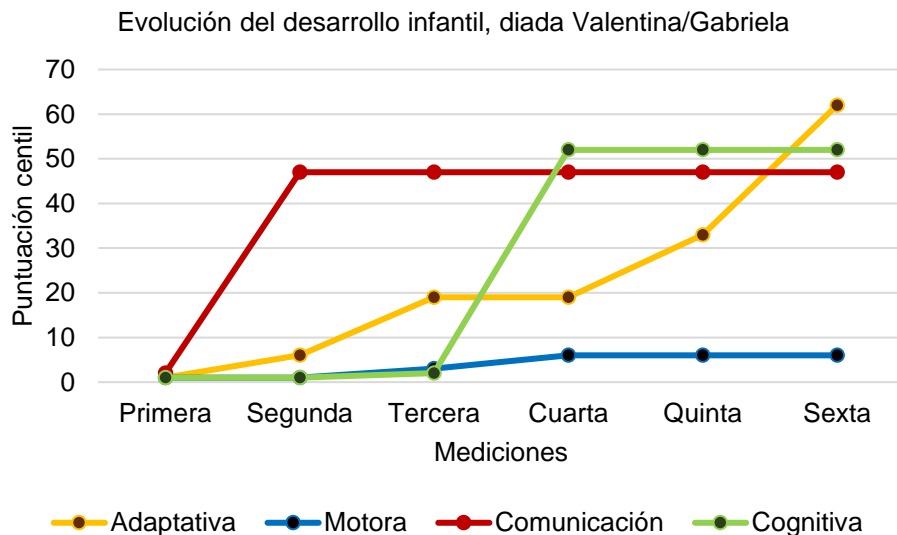
**II. Integración de la información.** A continuación, se proporciona la integración de la información obtenida a lo largo de la intervención en lo relativo al seguimiento longitudinal de cada diada, así como en cuanto a su respectivo perfil riesgo/resiliencia postintervención.

***Diada Valentina/Gabriela.***

a) Seguimiento longitudinal.

- Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001). Véase Figura 3.

A lo largo del desarrollo del programa de intervención se observaron mejoras paulatinas en el área adaptativa para las subáreas: atención, logrando realizar seguimiento visual de una luz en recorrido vertical, para más tarde ser capaz de entretenerse sin solicitar atención; y comida, en donde progresó de comer semisólidos y sostener su biberón a beber de una taza con ayuda, comer trocitos de alimento y finalmente comenzar a usar la cuchara y tenedor para comer. Nótese que, al final de la intervención, fue ésta el área en la que Gabriela mostro el mejor desempeño.



**Figura 3. Tendencia de la evolución del desarrollo adaptativo durante el programa de intervención temprana, caso Valentina/Gabriela**

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

De la misma forma, se presentaron avances en el área cognitiva, particularmente hacia el cuarto mes de intervención, momento en el que, para la subárea de discriminación perceptiva, Gabriela ya era capaz de explorar objetos, así como su entorno, mientras que, para la subárea de la Memoria, le era posible levantar una taza para conseguir un juguete y buscar un objeto desaparecido. En esta última área Gabriela mantuvo un adecuado desempeño el resto de la intervención.

En lo que se refiere al área de la comunicación, Gabriela presentó avances a partir del segundo mes de intervención, pues en la subárea receptiva fue capaz de reaccionar a distintos tonos de voz y de asociar palabras con acciones y objetos; en tanto que, en la subárea expresiva fue capaz de emitir sonidos consonante-vocal, así como cadenas silábicas (ma-ma-ma-ma). Estas adquisiciones las mantuvo a lo largo de toda la intervención.

No obstante, los avances presentados por Gabriela para las diferentes áreas señaladas, en lo que respecta al área Motora continuó presentando dificultades en su desempeño para las subáreas: Control Muscular, sólo progresó a sentarse momentáneamente sin ayuda; Coordinación Corporal, no logró ponerse de pie apoyándose en un mueble; y Locomoción, al final de la intervención iniciaba el establecimiento del gateo.

- Cuestionario Diagnóstico de Expectativas Maternas en Programas de Intervención Temprana. En la primera sesión de trabajo, correspondiente al encuadre, Valentina compartió: que estaba interesada “en trabajar con mi bebé para que pueda ayudarla a un mejor desarrollo”; que le gustaría mejorar en los aspectos relacionados con la crianza materna; que los temas que le gustaría que se trataran serían los relacionados con el desarrollo de su bebé, su alimentación y estimulación; que los principales problemas a los que se había enfrentado con su hija habían sido las rutinas de sueño, así como la lactancia (por el dolor que presentaba al amamantar); durante el programa de intervención deseaba desarrollar empatía con su hija y practicar ejercicios de estimulación; finalmente, se comprometía a tomar todas las sesiones y a “llevar a la práctica todo lo enseñado”.

- Cuestionario de Autoevaluación del Desempeño de la Madre Durante su Participación en el Programa de Intervención Temprana. A lo largo de las diferentes

sesiones la madre refirió sentirse: “cómoda y muy segura para poder exponer cualquier duda que se me presente”; “muy cómoda, ejercicios fáciles de realizar”; y “cómoda y alegre” por notar los avances que su hija iba presentando a lo largo de la intervención. Al respecto de lo que consideraba que era lo que mejor había hecho durante las sesiones indicó que: “...poner atención...” a lo que la facilitadora explicaba; “estar dispuesta a seguir las indicaciones”; y “tratar de realizar los ejercicios con mi bebé”. Referente a lo que le parecía que más se le había dificultado sesión tras sesión, señaló que: “...ser paciente con mi bebé.”; “seguir con los ejercicios que me han aconsejado”; y “mantener la rutina de sueño”.

- Diario de campo. Al inicio del programa de intervención se observaron dificultades en la diada Valentina/Gabriela para establecer patrones rutinarios de estimulación, sobre todo, las relacionadas con el descanso. La rutina diaria consistía en el sueño y descanso de Gabriela de 1:00 de la madrugada a 11: am, inmediatamente después desayunaba, para más tarde tomar una siesta de las 14:30 a las 18:00 Hrs. momento en el que llegaba de trabajar el padre, con el que realizaba juego libre, con intermitencias para comer, hasta las 22:00 Hrs. para, finalmente, dar paso al baño diario. Las actividades de estimulación se reducían al juego libre que podía tener Gabriela con su padre, mientras recibía de la madre las del descanso, diurno e higiene. No se observó la realización de juegos o actividades de estimulación que promoviera la optimización del desarrollo de la niña, ni la utilización de materiales que buscaran dicho objetivo.

En el transcurso del programa, se procedió a hacer hincapié en el establecimiento de las rutinas de sueño y descanso, higiene, y estimulación que optimizaran las distintas áreas del desarrollo de Gabriela, e especial para aquellas que se encontraran deficitarias. No obstante, de la adecuada disposición de la madre para implementar las actividades recomendadas para la rutina diaria, fue necesario hacer una pausa rumbo al segundo mes de la intervención, debido a que la niña tuvo que ser hospitalizada debido a problemas respiratorios. Al alta de ésta se sugirió la promoción de su recuperación física para más tarde, retomar el programa rumbo al tercer mes de intervención. En este sentido, las mayores dificultades que presentó la diada Valentina/Gabriela giraron en torno a la

consolidación de la rutina de estimulación, pues Valentina prefería que fuera el padre quien realizara los ejercicios de estimulación motora gruesa y del lenguaje. De la misma forma, la rutina de descanso nocturno se veía afectada por la hora de llegada del padre o por las ausencias del mismo cuando él tenía que realizar viajes de trabajo. Ante dichas situaciones, la madre recurría a su red primaria de apoyo; sin embargo, sólo conseguía compensar la rutina de juego y descanso diurno proporcionada a Gabriela por los familiares maternos. En este sentido, se procedió a implementar el portafolio de evidencias, mediante el cual se proporcionó apoyo a Valentina para llevar un registro que le permitiera visualizar los avances y las áreas de oportunidad de Gabriela, así como, visualizar sus propios puntos débiles para establecer la rutina diaria de estimulación. Hacia el final de la intervención se observó la apropiación de las actividades de estimulación de las áreas del lenguaje o comunicación, adaptativa y cognitiva, de la misma forma que, resultados positivos para la rutina de sueño y descanso. No obstante, la rutina de ejercicios de estimulación de la motricidad gruesa fue la última en establecerse.

- Portafolio de Evidencias. Técnica de portafolios (King & Campbell, 2006; Paris & Ayres, 1994). Valentina eligió para el portafolio de evidencias de la diada: El diagrama del gusanito medidor el cual le permitió “ir viendo lo que nos hace falta trabajar con Gaby para que no sea flojita y que nos apliquemos en eso, tenerlo presente, que no se nos olvide trabajar”; una imagen de la dinámica de estimulación del lenguaje, porque “le hemos echado muchas ganas todos los días, siento que Gaby entiende todo lo que pasa y lo que decimos...hasta me da miedo...nada más falta que ella nos diga su opinión de lo que ve...”; una imagen de la rutina de estimulación para la motricidad fina, debido a que “lo hacemos todos los días, le gusta mucho, son cosas bien baratas que uno tiene en la casa y que no sabe que le ayudan un montón a los niños para que desarrollen bien sus movimientos de las manitas... ahora ya agarra con su pincita hasta la motita más chiquita que ni yo alcanzo a ver”; una imagen de la dinámica de estimulación cognitiva, “ya le agarré bien al juego de las escondidas, le digo que dónde está Gaby, la tapo y luego se va quitando lo que la tapa y se ríe mucho...es bien inteligente”; y una imagen de la rutina de estimulación para la motricidad gruesa, ya que “es lo que más se nos ha

dificultado... se me hace que es bien flojita... más después de que estuvo en el hospital...se acostumbró a que no la poníamos a hacer nada...bien que sabe...esos ejercicios se los dejo mejor a su papá cuando llega de trabajar”. (Véase Anexo Ga).

b) Perfil riesgo/resiliencia postintervención.

Al final de la intervención la diada Valentina Gabriela se presentó el siguiente perfil de riesgo/resiliencia (véase Tabla 14): se apreció a Gabriela como una niña de 10 meses de edad, quien presentaba eventos de infecciones respiratorias de repetición, por lo que constantemente debían hacerse pausas entre una semana y otra a lo largo de la intervención. No obstante, a los antecedentes de Retraso Global del Desarrollo (RGD) y a la condición de salud antes dicha, la niña fue capaz de superar los déficits presentados al inicio del programa en lo relativo a las áreas del desarrollo Adaptativo, de la Comunicación y Cognitivo. Y, aunque, continuó presentando dificultades relacionadas con la motricidad gruesa, lo que la colocó en una situación de riesgo de retraso del desarrollo, logró iniciar una rutina de estimulación, propicia para promover este aspecto del desarrollo infantil.

En este mismo sentido, debido al componente familiar de retraso del desarrollo motor, en el ambiente familiar resaltó la necesidad de que la diada afrontara las dificultades de Gabriela en dicha área haciendo uso de sus redes sociales primarias y secundarias de apoyo, así como de los aspectos positivos que Valentina presentó en cuanto a su potencial resiliente y a sus actitudes maternas y hábitos de crianza, las cuales en su conjunto pueden favorecer al establecimiento de las rutinas de estimulación del desarrollo infantil.

Por otro lado, en cuanto a las oportunidades que la diada puede encontrar en la localidad, no obstante que el acceso a sitios recreativos continuó siendo limitada, y a la persistencia de la delincuencia en la zona, la convivencia regular con los familiares maternos y al interior de la congregación religiosa fue de importante ayuda para que la diada hiciera frente a la adversidad. No así en lo relativo a la falta de oportunidades laborales para el padre, ya que la llegada tarde o la ausencia del padre siguió ocasionando desajustes en la rutina diaria de la diada. Además, la



presencia de los servicios básicos en la localidad le ha permitido a la diada mantener un nivel de vida medio.

**Tabla 14**

*Perfil riesgo/resiliencia de la diada madre/hijo, caso Valentina/Gabriela.*

Factores de riesgo	Factores protectores
<b>Ontosistema</b>	
Eventos de infecciones recurrentes de vías respiratorias.	Sin antecedentes de afectaciones físicas.
Antecedentes de Retraso Global del Desarrollo (RGD) diagnosticado a los 6 meses de edad. Áreas comprometidas: adaptativa, motora, de la comunicación y cognitiva.	Superación de la condición de RGD.
Riesgo de retraso del desarrollo por persistencia de dificultades para el desempeño de actividades motoras gruesas.	Rutina de estimulación de la motricidad gruesa en proceso de establecimiento.
<b>Microsistema</b>	
Antecedentes familiares de retraso del desarrollo motor grueso.	Sin antecedentes familiares de discapacidad.
Sin derechohabencia.	Seguimiento y control del infante sano en el DIFEM.
Necesidad de apoyo en algunos aspectos del potencial resiliente materno.	Aspectos positivos del potencial resiliente materno, en particular, en torno a la evasión, autoconfianza y al bienestar.
Sin acceso a sitios de recreación.	Redes sociales primarias activas. Actitudes maternas positivas relativas al cuidado y protección, disponibilidad emocional, reconocimiento de necesidades y estructuración del ambiente de desarrollo de su hija. Hábitos de crianza consolidados para las rutinas de: regulación emocional e interacción y estimulación. Hábitos de crianza relacionados con el respeto por la individualidad y la sincronía interactiva en proceso de adquisición.
<b>Mesosistema</b>	
Percepción de falta de apoyo incondicional de la red primaria de apoyo.	Convivencia regular y apoyo de la red primaria. Convivencia dentro de la congregación religiosa.
<b>Exosistema</b>	
Centro laboral del padre fuera de la localidad. Percepción de inseguridad en el vecindario.	Localidad con servicios públicos básicos.

**Nota.** Fuente: Elaboración propia de acuerdo con: Bronfenbrenner, U. (2005). *The Bioecological Theory of Human Development*. En U. Bronfenbrenner (Ed.). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). Estados Unidos de América: Publicaciones Sage; Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*. (35) 4, 320-335 ; y la Junta para la Protección Infantil de Luton (2017). *A risk and resilience model to support the assessment of safeguarding and welfare concerns involving children*.

### ***Diada Carolina/Alejandro.***

a) Seguimiento longitudinal:

- Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001).

Durante el desarrollo del programa de intervención fue posible observar mejoras paulatinas en el desempeño de Alejandro a lo largo de toda la intervención en las áreas (véase Figura 4):

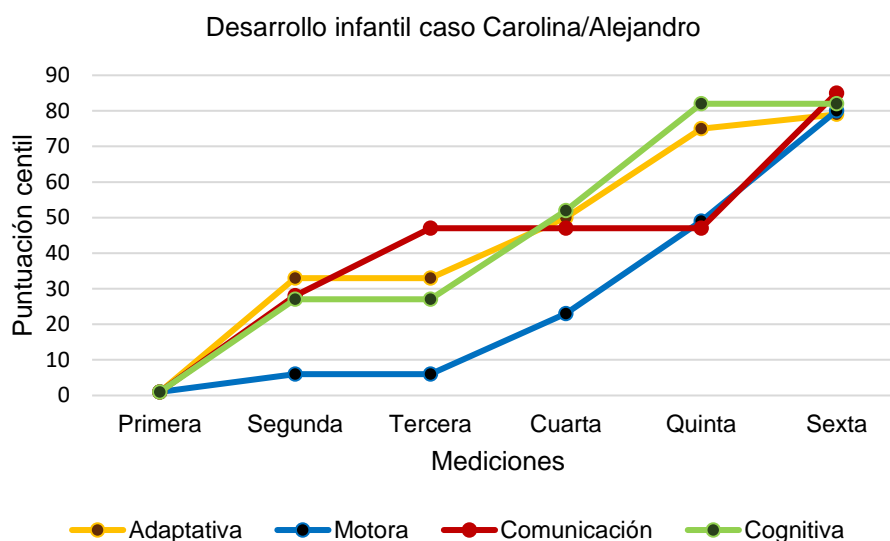
- Área adaptativa. Presentó avances en la subárea de Atención progresando desde seguir con la mirada una luz en recorrido vertical, hasta entretenerse sin solicitar atención, y mirar y señalar dibujos. De la misma forma, en la subárea de Vestido, al final de la intervención el niño fue capaz de quitarse prendas de ropa pequeñas.

- Área de la comunicación. En la subárea de la comunicación Receptiva, Alejandro progresó desde volver la cabeza hacia un sonido para más tarde ser capaz de asociar palabras con acciones y objetos. Hacia el final de la intervención, logró seguir órdenes acompañadas de gestos. En cuanto a la subárea de la comunicación Expresiva, progresó desde la emisión de sonidos para expresar su estado de ánimo, para más tarde emitir sonidos consonante-vocal, emisión de cadenas vocálicas (ma-ma-ma, pa-pa-pa) y la utilización de gestos para indicar sus necesidades.

- Área cognitiva. Esta área presentó variaciones en cuanto al avance entre sus distintas subáreas. Mientras que los avances en la subárea Discriminación Perceptiva no presentaron mejoras, en la subárea Memoria progresó desde el seguimiento de un estímulo auditivo para progresar hacia el seguimiento de un estímulo visual, levantar una taza para conseguir un juguete y, finalmente, buscar un objeto desaparecido. Razonamiento y Habilidades Escolares fue capaz de tirar de una cuerda para obtener un juguete y extender los brazos para obtener un objeto colocado detrás de una barrera. Desarrollo Conceptual, capaz de reconocerse a sí mismo como causa de acontecimientos.

En cuanto al Área motora, se observaron mejoras rumbo al cuarto mes de intervención. Presentó avances en la subárea Control Muscular, logró girar la cabeza a ambos lados sentado con apoyo, permanecer sentado momentáneamente sin ayuda y permanecer de pie 10 segundos, apoyándose en algo estable. En la subárea Coordinación Corporal, progresó desde llevarse un objeto a la boca, para

luego ser capaz de ponerse de pie apoyándose en un mueble e incorporarse hasta la posición de sentado. Locomoción, comenzar a dar pasos, gatear y caminar con ayuda. Por otra parte, en lo referente a la Motricidad Fina, progresó desde sostener un objeto con los dedos y la palma de la mano, tomar un caramelo con varios dedos en oposición al pulgar, a pasarse un objeto de una mano a otra, abrir cajones y armarios, entregar un juguete, y, finalmente, iniciar a tomar un caramelo con los dedos índice y pulgar, y abrir una puerta.



**Figura 4. Tendencia de la evolución del desarrollo adaptativo durante el programa de intervención temprana, caso Carolina/Alejandro**  
**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

- Cuestionario Diagnóstico de Expectativas Maternas en Programas de Intervención Temprana. En la primera sesión de trabajo, correspondiente al encuadre, Carolina compartió que: “quiero aprender a hacer bien las cosas con mi hijo, porque siento que no lo hago bien... que tiene problemas en su lenguaje porque no he sabido apoyarlo...”. Los temas a los que refirió estar interesada fueron los relativos al lenguaje y a la estimulación que “apoyaran a su desarrollo”.
- Cuestionario de Autoevaluación del Desempeño de la Madre Durante su Participación en el Programa de Intervención Temprana. Durante las diferentes sesiones la madre refirió sentirse: “Bien, mi bebé desarrolla las actividades de

acuerdo a su interés...”. No obstante, con frecuencia le causaba frustración que su hijo se “cansaba o aburría de un ejercicio...se quedaba dormido...”. Por otro lado, en lo que respecta a lo que consideraba que era lo mejor que había hecho a lo largo de las diferentes sesiones, señaló que: “Darle su espacio tiempo y confianza a mi bebé para que realice sus actividades...Enfocarme en los ejercicios que la instructora me proporciona para ayudar a mi bebé...estar atenta al desarrollo de mi bebé...seguir teniendo la paciencia para con el desarrollo de mi bebé...”. Finalmente, lo que le parecía que eran sus retos a superar fueron: “lidiar con el problema del lenguaje...y el temperamento...de mi bebé...que no se sienta frustrado o enojado...”.

- Diario de campo. Al inicio del programa se observó la necesidad de establecer una rutina de estimulación que fomentara las diferentes áreas del desarrollo del niño. De la misma forma, pudo notarse que Carolina enfocaba sus expectativas sólo en el área del desarrollo del lenguaje de Alejandro, por lo que fue necesario aclarar que el perfil de desarrollo del niño presentaba déficits lo mismo en el área de la comunicación o del lenguaje como en las áreas adaptativa, motora y cognitiva. Aunado a lo anterior, la actitud positiva de parte de Carolina para establecer las rutinas de estimulación para la optimización del desarrollo de Alejandro permitió establecer el programa de estimulación del desarrollo paulatinamente.

Las dificultades que presentó la diada Carolina/Alejandro estuvieron relacionadas con la frustración experimentada por Carolina ante las características del temperamento de Alejandro, las cuales marcaban un patrón de actividad que contravenía las expectativas de rutina deseada por la madre. Debido a lo anterior, fue necesario enfatizar la importancia de estar atenta a las necesidades de Alejandro y a adecuar la rutina de estimulación de acuerdo a la respuesta que él fuera presentando a la actividad, lo mismo que adecuar la rutina de sueño y descanso de manera que le fuera posible a la diada disfrutar de los ejercicios. En este sentido, fue de utilidad la implementación del portafolio de evidencias, el cual le permitió a Carolina visualizar las dificultades de ambos, madre e hijo, para empatar en el ritmo de estimulación que iban desarrollando en conjunto. Rumbo al cuarto mes de implementación del programa de estimulación, fue posible observar la consolidación de la rutina de estimulación de la diada Carolina/Alejandro la cual

abarcó todas las áreas del desarrollo infantil incluyendo las deficitarias y las no deficitarias.

- Portafolio de Evidencias. La técnica de portafolios (King & Campbell, 2006; Paris & Ayres, 1994). Carolina seleccionó para el portafolio de evidencias de la diada: el diagrama del gusanito medidor, ya que: “fue la manera de ir viendo cómo acomodamos la rutina que incluya todas las áreas del desarrollo de Alex y que no se nos pase ni una...pero también ver por qué no avanzamos en algo y trabajar más en eso”; una imagen de los avances en el desarrollo motor de Alex, ya que: “fue un triunfo que avanzara, pero ya casi se suelta a caminar solito, ya no lo paro...le tengo que poner algo para que no entre a la cocina...es una latita andando”; una imagen de la dinámica de estimulación de la motricidad fina, pues: “le encanta...es la edad, creo, en la que ahí están dale y dale a algo...hasta que lo logran...no se aburre”; una imagen de la rutina de estimulación del lenguaje, que: “tenemos que seguir poniéndole mucho énfasis, es un área muy difícil, pero ya señala mucho, como que entiende más de lo que puede decir...hay que seguirle dando atención a eso”. (Véase Anexo Gb).

#### b) Perfil riesgo resiliencia postintervención.

Al final de la intervención, la diada Carolina/Alejandro presentó el siguiente perfil riesgo/resiliencia (véase Tabla 15): a Alex se le observa como un niño de 11 meses de edad, quien no sólo superó la condición de Retraso Global del Desarrollo (RDG) que le había sido diagnosticada a los 5 meses de edad, sino que presentó desempeño superior a la media en tres diferentes áreas del desarrollo infantil. No obstante, continuó en seguimiento médico debido a los antecedentes de dificultades visuales de compromiso del aparato visual.

Por otro lado, respecto del ambiente que circunda a la diada, se observa que, a pesar de la falta de derechohabencia a los servicios sanitarios, se cuenta con la solidez económica suficiente para que ambos reciban la atención médica necesaria para dar seguimiento a la condición ocular de Alejandro. En lo referente al potencial resiliente materno, a lo largo de la intervención fue recurrente la necesidad de apoyo que Carolina requirió para superar las dificultades que se le presentaron respecto del establecimiento de la rutina de estimulación infantil. No obstante, tanto sus

actitudes maternas como sus hábitos de crianza positivos, aunados a la presencia de sus redes sociales de apoyo, le permitieron estructurar un ambiente de estimulación propicio para proporcionar el apoyo que Alejandro requirió durante la aplicación del programa.

**Tabla 15**

*Perfil riesgo/resiliencia de la diada Carolina/Alejandro*

Factores de riesgo	Factores protectores
<b>Ontosistema</b>	
<p>Antecedentes de dificultades oculomotoras de compromiso en el ojo izquierdo.</p> <p>Antecedentes de Retraso Global del Desarrollo (RGD) diagnosticado a los 5 meses de edad.</p> <p>Áreas comprometidas: adaptativa, motora, de la comunicación y cognitiva.</p>	<p>Sin antecedentes de otras afectaciones físicas.</p> <p>Superación de la condición de RGD.</p> <p>Desempeño destacado en las áreas del desarrollo: adaptativo, de la comunicación y cognitiva.</p>
<b>Microsistema</b>	
<p>Sin derechohabencia.</p> <p>Antecedentes familiares de probable riesgo de retraso del desarrollo con compromiso del área de la comunicación.</p> <p>Persistencia de necesidad de apoyo en algunos aspectos relativos a las dimensiones del potencial resiliente en torno a la: <i>evasión, autodeterminación, aflicción, autoconfianza y descontrol.</i></p>	<p>Acceso a atención médica privada.</p> <p>Sin antecedentes familiares de discapacidad.</p> <p>Aspectos positivos del potencial resiliente materno, en particular, en torno a la <i>afiliación y bienestar.</i></p> <p>Actitudes maternas positivas relativas al <i>cuidado y protección</i> y a la <i>disponibilidad emocional.</i></p> <p>Actitudes maternas en torno a la dimensión de <i>estructuración del ambiente</i> en proceso de consolidación.</p> <p>Hábitos de crianza consolidados para las rutinas de cuidado relativas a: el <i>respeto por la individualidad, la sincronía interactiva, la regulación emocional</i> y la <i>interacción y estimulación.</i></p> <p>Familia extendida.</p> <p>Red social primaria de apoyo activa.</p> <p>Red social secundaria de apoyo activa.</p>

**Tabla 15***Perfil riesgo/resiliencia de la diada Carolina/Alejandro (Continuación)*

Factores de riesgo	Factores protectores
Mesosistema	
	Convivencia y apoyo en la red primaria. Convivencia dentro de la congregación religiosa materna.
Exosistema	
	Localidad con servicios públicos básicos.
Percepción de inseguridad en el vecindario.	

**Nota.** Fuente: Elaboración propia de acuerdo con: Bronfenbrenner, U. (2005). *The Bioecological Theory of Human Development*. En U. Bronfenbrenner (Ed.). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). Estados Unidos de América: Publicaciones Sage; Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*. (35) 4, 320-335 ; y la Junta para la Protección Infantil de Luton (2017). *A risk and resilience model to support the assessment of safeguarding and welfare concerns involving children*.

### ***Diada Mariana/Sonia.***

a) Seguimiento longitudinal (véase Figura 5):

- Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001).

A lo largo de la aplicación del programa de intervención, se observaron mejoras, particularmente, en el área de la Comunicación a partir del primer mes. En dicho período, en lo que se refiere a la subárea de la Comunicación Receptiva, logró consolidar la reacción a distintos tonos de voz, así como iniciar y consolidar la asociación de palabras con acciones y objetos. Por otro lado, en la subárea de la Comunicación Expresiva, Sonia mostró avances a partir del segundo mes de intervención, pues evolucionó desde la emisión de sonidos para expresar su estado de ánimo a la emisión de sonidos consonante-vocal (ma, pa) y la emisión de cadenas silábicas (ma-ma-ma, pa-pa-pa). No obstante, que Sonia presentó dificultades rumbo al cuarto mes de intervención, logró recuperarse al final de la misma, momento en el que, en cuanto a la subárea de la Comunicación Receptiva, logró realizar el seguimiento de tres o más órdenes sencillas, lo mismo que el seguimiento de órdenes acompañadas de gestos. De la misma manera, en la subárea de la Comunicación Expresiva logró utilizar gestos para indicar sus necesidades e imitar sonidos de palabras (agua, pan, leche).

Algo similar a lo anterior sucedió con el desempeño de Sonia en el área Adaptativa, pues se trató de un área en la que se observaron avances a partir del

segundo mes de intervención, en particular en la subárea de la Comida, pues logró beber en una taza con ayuda y comer trocitos de alimentos. Aunque más tarde presentó dificultades en el cuarto mes de intervención para evolucionar hacia el establecimiento de conductas más complejas, cerró la intervención con mejoras en: la subárea de la Atención al lograr mirar o señalar un dibujo; la subárea de la Comida para comenzar a usar la cuchara o el tenedor para comer, pedir comida o bebida con palabras o gestos (pan, agua, leche); y en la subárea del Vestido al lograr quitarse prendas de ropa pequeñas (calcetines, gorra,).

Por otra parte, rumbo al tercer mes de intervención, Sonia mostró avances en las áreas:

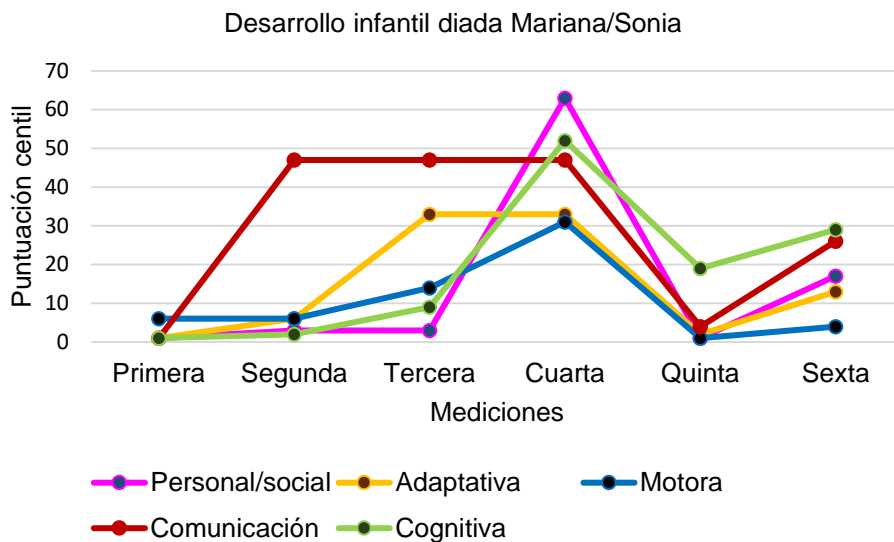
- Cognitiva, pues particularmente, en las subáreas de: Discriminación Perceptiva logró evolucionar desde la exploración visual de su entorno hasta la exploración e investigación del mismo; y Razonamiento y Habilidades Escolares, para resolver problemas tales como tirar de una cuerda para obtener un juguete.

Motora, para la cual se observó una evolución en las subáreas: Control Muscular, para permanecer de pie 10 segundos, apoyándose en algo estable; Coordinación corporal para incorporarse hasta la posición de sentado; Locomoción, para lograr caminar con ayuda; y Motricidad Fina, al lograr entregar un juguete, y utilizar su pinza fina para tomar objetos pequeños.

- Personal/social para la que mostró avances, en especial, en las subáreas: Interacción con el adulto, al lograr distinguir a las personas no familiares de las conocidas e iniciar a participar al juego de las escondidas; Expresión de sentimientos/afecto, al lograr expresar sus emociones.

Sin embargo, nuevamente el quinto mes de intervención representó un reto para Sonia, ya que mostro dificultades para evolucionar a actividades más complejas de las que venía practicando en dichas áreas. Y, aunque las áreas Cognitiva y Personal Social volvieron a presentar mejoras hacia el final de la intervención, cabe subrayar que fue el área motora en la que Sonia continuó presentando dificultades aún al cierre de la intervención.





**Figura 5. Tendencia de la evolución del desarrollo adaptativo durante el programa de intervención temprana, diada Valentina/Sonia**

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

- Cuestionario Diagnóstico de Expectativas Maternas en Programas de Intervención Temprana. En la primera sesión de trabajo, correspondiente al encuadre, Mariana compartió que: “estoy interesada en que mi bebé participe en este programa para que supere lo que se le dificulta de su desarrollo”, lo mismo que, se consideraba “comprometida con las actividades que se realicen y estar atenta de cómo debo estimular a mi bebé para que avance”.

- Cuestionario de Autoevaluación del Desempeño de la Madre Durante su Participación en el Programa de Intervención Temprana. A lo largo de las diferentes sesiones la madre refirió sentirse: “cómoda y contenta...alegre entretenida...”. Al respecto de lo que consideraba que era lo que mejor había hecho durante las sesiones indicó que: “...Ayudar a Soni a que logre el gateo...Prestar atención para así saber cómo hacer los ejercicios de manera adecuada...”. Referente a lo que le parecía que más se le había dificultado sesión tras sesión, señaló que: “...estar de rodillas para ayudar a Soni a gatear...”.

- Diario de campo. Al inicio de la implementación del programa, se observó la necesidad de acompañar a la diada Mariana/Sonia en la implementación de una rutina de estimulación del desarrollo infantil que empatara tanto con las necesidades de estimulación de Sonia como con el horario de trabajo de Mariana. A lo largo del

desarrollo del programa el mayor reto a superar por la diada fue la limitación del tiempo disponible para realizar una rutina de estimulación diaria, e inclusive semanal, que incluyera todas las áreas del desarrollo que presentaban déficit. De la misma forma, había limitación de tiempo para que Mariana y Sonia pasaran juntas para realizar el número de repeticiones recomendadas para los ejercicios de motricidad gruesa.

De lo anterior derivó la recomendación de incorporar las actividades de estimulación en el horario de guardería; no obstante, Mariana refirió resistencia de la guardería del IMSS para realizar adaptaciones curriculares de acuerdo a sus necesidades educativas, al parecer debido al argumento de que ya se seguía un programa educativo de acuerdo al nivel de desarrollo que presentaba Sonia y para lo cual permanecería en el nivel maternal hasta que no presentara avances en su desarrollo, sobre todo en el de área personal/social, adaptativa y motora.

Sin embargo, se observó que la guardería del IMSS ponía mayor énfasis en la optimización del desarrollo de las dos primeras áreas mencionadas. Ante la situación prevaleciente, se procedió a implementar la herramienta de portafolio de evidencias, lo que permitió a Mariana visualizar tanto los avances como las áreas de oportunidad de Sonia, tras lo que tenía presente el énfasis que debía poner en las diferentes áreas deficitarias. Rumbo al cuarto mes de duración del programa fue posible observar la consolidación del establecimiento de la rutina de estimulación. Sin embargo, tras el cambio de grupo de edad de Sonia al cumplir los 12 meses de edad, fue evidente la falta de oportunidad para la misma para consolidar sus avances del desarrollo en un ambiente reducido en oportunidades. Hacia el final de la intervención, Sonia volvió a presentar avances que repuntaron en todas las áreas del desarrollo que originalmente se habían presentado como deficitarias, pero el área de la motricidad continuó siendo un área de oportunidad.

- Portafolio de Evidencias. La técnica de portafolios (King & Campbell, 2006; Paris & Ayres, 1994). Mariana eligió para el portafolio de evidencias de la diada: la imagen del diagrama del gusanito medidor, porque: “así tengo todo ordenado para que vayamos haciendo la estimulación pareja en todas las áreas...pero por semana, porque diario no podemos por el poquito tiempo que tenemos...pero ahí

vamos...también me sirve para ver lo que no hacen en la guardería”; una imagen de la dinámica de estimulación cognitiva, pues: “se fija en todo...ve que uno lo hace y ella lo repite, hasta cómo resolver un problemita si ve como lo haces tú, ella lo hace también, igualito”; una imagen de los avances en motricidad gruesa, pues: “esto no lo puede hacer mucho en la guardería, porque los tienen como muy restringidos, nada más en su sillita, hasta que la pasen al grupo de niños más grandes, ahí ya tienen más espacio...pero aquí en la casa ya le da lata al hermano, tantito ve que él agarra algo y va y se lo quita...ahora que vamos a hacer, ya quiere todo lo que el hermano tiene...el otro mejor se echa a correr para que no se lo quite, pero al rato ya ni eso le va a valer”; y una imagen de la rutina de estimulación del lenguaje, porque: “es lo que también ahí vamos, ahí sí...todo lo repite, que agua, que sopa que leche...y exige...se te queda viendo en la boca y ella trata de decirlo igual”. (Véase Anexo Gc).

b) Perfil riesgo/resiliencia.

El perfil de riesgo/resiliencia para la diada Mariana/Sonia fue el siguiente al final de la intervención (véase Tabla 16): Sonia de 12 meses de edad cronológica, superó la condición de Retraso Global del Desarrollo (RGD) diagnosticado a los 8 meses de edad; sin embargo, persistieron las dificultades de Sonia para mejorar significativamente su desempeño motor grueso. No obstante, se observó que la rutina de estimulación referente a esta última área del desarrollo se encontraba en proceso de establecimiento.

En cuanto al ambiente de desarrollo que circunda a Sony, se observan antecedentes familiares de retraso del desarrollo infantil que, sin embargo, afectan al área del desarrollo de la comunicación, área en la que la niña ha logrado superar las dificultades que se le presentaron al inicio de la aplicación del programa. Por lo contrario, tiene a su favor la ausencia de antecedentes familiares de afectaciones físicas o mentales que pudieran derivar en discapacidad.

En cuanto a los servicios sanitarios y educativos que Sony requiere para apoyar las necesidades educativas referentes al área de la motricidad gruesa, se aprecia dificultad en el acceso a los servicios de integración, debido a que para la región el IMSS no cuenta con esta modalidad de guardería, pero tampoco se

observa la apertura de la guardería a la adaptación curricular que Sony requiere. En lo referente a las características maternas, se notó la necesidad de Mariana de recibir apoyo continuo en cuanto a algunos aspectos de su potencial resiliente lo cual será indispensable para dar continuidad al establecimiento de la rutina de estimulación de la diada madre/hija. En contraste, se aprecian tanto actitudes maternas como hábitos de crianza propicios para el desarrollo del potencial de desarrollo infantil, así como la pertenencia de la diada a una familia nuclear rodeada por una red de apoyo primaria activa, y con oportunidades constantes de convivencia y recreación al interior del vecindario.

**Tabla 16**

*Perfil riesgo/resiliencia de la diada madre/hijo, caso Mariana/Sonia*

Factores de riesgo	Factores protectores
<b>Ontosistema</b>	
Antecedentes de Retraso Global del Desarrollo (RGD) diagnosticado a los 8 meses de edad. Áreas comprometidas: personal/social, adaptativa, motora, de la comunicación y cognitiva.	Superación del diagnóstico de RGD.
Riesgo de retraso del desarrollo por persistencia de dificultades para el desempeño de actividades motoras gruesas.	Rutina de estimulación de la motricidad gruesa en proceso de establecimiento.
<b>Microsistema</b>	
Antecedentes familiares de retraso del desarrollo del lenguaje.	Sin antecedentes familiares de patologías físicas y mentales o de discapacidad. Derechohabencia a los servicios sanitarios del IMSS.
Guardería del IMSS sin servicio de integración. Falta de referencia del sistema del IMSS a los servicios de intervención temprana.	Acceso a guardería del IMSS.
Necesidad de apoyo en algunos aspectos del potencial resiliente materno relativos a las dimensiones: <i>evasión, autodeterminación, aflicción, autoconfianza y descontrol.</i>	Aspectos positivos del potencial resiliente materno, en particular, en torno a la <i>afiliación</i> y al <i>bienestar</i> .
Limitación de tiempo para consolidar la rutina de estimulación del desarrollo infantil.	Actitudes maternas positivas relativas al <i>cuidado y protección, disponibilidad emocional, reconocimiento de necesidades y estructuración del ambiente</i> de desarrollo de su hija. Hábitos de crianza consolidados para las rutinas de <i>regulación emocional</i> . Hábitos de crianza relacionados con el <i>respeto por la individualidad, la interacción y estimulación</i> y la <i>sincronía interactiva</i> en proceso de establecimiento.

**Tabla 16***Perfil riesgo/resiliencia de la diada madre/hijo, caso Mariana/Sonia (Continuación)*

Factores de riesgo	Factores protectores
	Familia nuclear. Red social primaria de apoyo activa. Red social secundaria de apoyo activa. Oportunidades de convivencia y esparcimiento en el vecindario.
Mesosistema	
Percepción de falta de apoyo incondicional de la red primaria de apoyo.	Convivencia y apoyo de la red primaria de apoyo. Convivencia y apoyo vecinal.
Exosistema	
Centro laboral del padre fuera de la localidad. Percepción de inseguridad en la localidad.	Localidad con servicios públicos básicos.

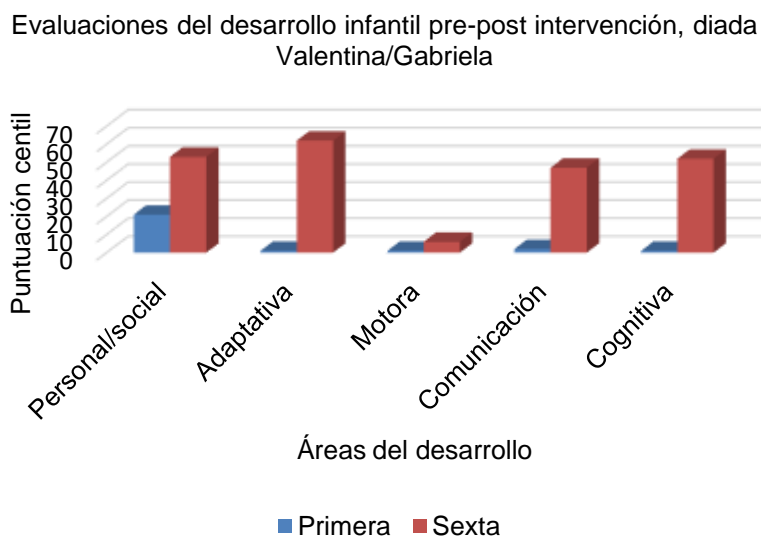
**Nota.** Fuente: Elaboración propia de acuerdo con: Bronfenbrenner, U. (2005). *The Bioecological Theory of Human Development*. En U. Bronfenbrenner (Ed.). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). Estados Unidos de América: Publicaciones Sage; Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*. (35) 4, 320-335 ; y la Junta para la Protección Infantil de Luton (2017). *A risk and resilience model to support the assessment of safeguarding and welfare concerns involving children*.

### III. Efectividad del programa

**Diada Valentina/Gabriela.** De acuerdo con la evaluación pre intervención, a través del Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001), Gabriela presentó una edad de desarrollo de 4 meses a sus 6 meses de edad cronológica; en contraste, la evaluación post intervención, la evaluación arrojó una edad de desarrollo de 11 meses, a una edad cronológica de 11 meses. La puntuación global de Gabriela (centil = 30, puntuación  $z = +0.52$ ) se posicionó por encima del promedio, considerando una media de 100 y una desviación estándar de 15. En referencia a las puntuaciones deficitarias, presentadas en el período pre intervención, se apreció que Gabriela logró superar la condición de Retraso Global del Desarrollo (RGD), de acuerdo con los criterios de Shevell (2012), para las áreas Adaptativa, de la Comunicación y Cognitiva. No obstante, el área Motora continuó en déficit, por lo que al momento de la evaluación post intervención se le consideró a la menor en condición de Riesgo de Retraso del Desarrollo.

Específicamente, en desempeño post intervención de Gabriela se observó lo siguiente (véase Figura 6):

- Área adaptativa: Gabriela presentó un nivel de desarrollo global acorde a su edad cronológica de 10 meses (puntuación  $z = +0.31$ ). Para la subárea de Atención, seguía visualmente el recorrido vertical de un haz de luz y se entretenía sin pedir atención del adulto, y para la de Comida, consumía alimentos troceados y comenzaba a hacer uso de la cuchara y del tenedor para alimentarse.
- Área motora: En esta área, Gabriela presentó un desarrollo global post intervención por debajo de la media dentro de su grupo de edad (puntuación  $z = -1.56$ ), equivalente a 5 meses de edad. En lo referente a la Motricidad Fina, aún no le era posible abrir cajones o puertas. Mientras que, en la Motricidad Gruesa, en las subáreas de: Control Muscular, no le era posible permanecer en pie apoyándose de objetos; Coordinación Corporal, no lograba colocarse de pie apoyada en objetos, ni pasar a la posición de sentado; Locomoción, no había logrado el gateo y no daba pasos.



**Figura 6. Evaluaciones del desarrollo infantil pre-post intervención, diada Valentina/Gabriela**  
**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

- Área de la comunicación: Globalmente, las habilidades comunicativas de Gabriela se posicionaron ligeramente por debajo de la media (puntuación  $z = -2.05$ ), por lo que representó una edad de 9 meses. En la subárea de la Comunicación Receptiva, asociaba palabras con acciones y objetos y reaccionaba ante distintos tonos de voz. En tanto que, en la subárea de la Comunicación Expresiva, emitía sonidos

consonante/vocal (daa, baa, maa, guu) y cadenas silábicas (ba-ba-ba, ma-ma-ma, la-la-la).

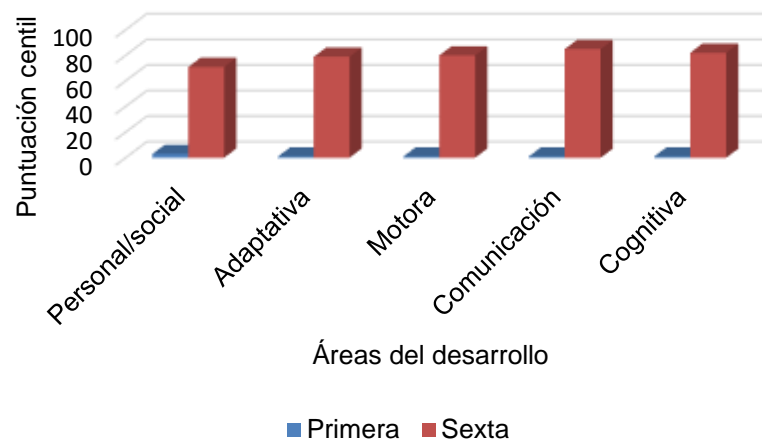
- Área cognitiva: Las habilidades cognitivas globales de la niña se situaron ligeramente por encima del promedio (puntuación  $z = +0.05$ ), aunque correspondiente a su edad cronológica. Respecto de las distintas subáreas se observó que: en Discriminación Perceptiva, era capaz de explorar objetos, así como su entorno; Memoria, buscaba y recuperaba objetos ocultos; y en Razonamiento y Habilidades Escolares, jalaba de una cuerda para obtener un juguete.

**Diada Carolina/Alejandro.** De acuerdo con la evaluación pre intervención, realizada mediante el Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001), Alejandro presentó dificultades en las áreas Adaptativa, Motora, de la Comunicación y Cognitiva con un desempeño equivalente a una edad de desarrollo de 4 meses a una edad cronológica de 5 meses; en contraste, la evaluación post intervención, demostró que la puntuación global de Alejandro (centil = 87, puntuación  $z = +1.13$ ) se posicionó por encima del promedio, considerando una media de 100 y una desviación estándar de 15, significando, una edad de desarrollo de 11 meses y una edad cronológica de 11 meses, superando las dificultades de todas las áreas que determinaron en un inicio de la intervención el diagnóstico de Retraso Global del Desarrollo (RGD).

Específicamente, se observó lo siguiente en la evaluación post intervención (véase Figura 7):

- Área adaptativa: Alejandro presentó un nivel de desarrollo acorde con la edad cronológica (puntuación  $z = +0.81$ ), para su grupo de edad. Además, presentó puntos fuertes en la subárea de Atención, pues era capaz de mirar o señalar un dibujo; mientras que, en la subárea de Comida, presentaba conductas acordes a la edad tales como consumir alimentos troceados y beber de una taza con ayuda.

Evaluaciones del desarrollo infantil pre-post intervención, diada Carolina/Alejandro



**Figura 7. Tendencia de la evolución del desarrollo adaptativo durante el programa de intervención temprana, diada Carolina/Alejandro**

**Nota.** Fuente: Elaboración propia

- Área motora: Alejandro presentó un desarrollo motor acorde a su edad cronológica (puntuación  $z = +0.84$ ). En lo que concierne a la motricidad gruesa, las distintas subáreas presentaron mejoras en: Control Muscular, era capaz de permanecer de pie por 10 segundos apoyado en un objeto estable; Coordinación Corporal, ponerse de pie apoyándose de objetos e incorporándose hasta la posición de sentado; Locomoción, caminar con ayuda. Mientras que, en la motricidad fina, que se encontraba más afectada antes de la intervención, presentó puntos fuertes en el uso de la pinza fina, entregar un juguete a petición del adulto y abrir puertas.

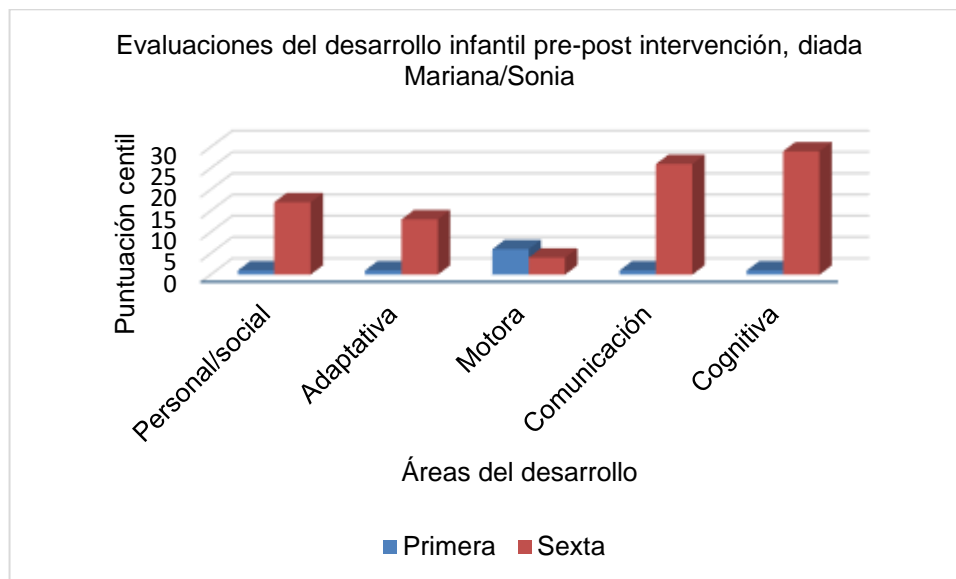
- Área comunicación: Las habilidades comunicativas de Alejandro presentaron un nivel global superior a la media (puntuación  $z = +1.04$ ), con una edad equivalente a los 12 meses. En cuanto a la Comunicación Receptiva, se observaron al seguir tres o más órdenes sencillas y seguir órdenes acompañadas de los gestos del adulto. En tanto que, en la Comunicación Expresiva, más afectada antes de la intervención, presentaba puntos fuertes en la utilización de gestos para indicar sus necesidades, además de la emisión de sonidos consonante/vocal (daa, baa, maa, guu), así como



cadena silábica (ba-ba-ba, ma-ma-ma, la-la-la), esperados para la edad cronológica.

- Área cognitiva: Globalmente, las habilidades cognitivas de Alejandro correspondieron a un nivel de 14 meses de edad, pues presentó un desempeño superior a la media (puntuación  $z = +0.92$ ). Los avances presentados en las diferentes subáreas fueron: Memoria, para buscar y recuperar objetos escondidos; así como puntos fuertes en Razonamiento y Habilidades Escolares, para obtener objetos colocados detrás de barreras; y, Desarrollo Conceptual, reconocerse a sí mismo como causa de acontecimientos.

**Diada Mariana/Sonia.** De acuerdo con las evaluaciones realizadas mediante el Inventario de Desarrollo Battelle I de Newborg et al. (2001), los resultados pre intervención que colocaron a Sonia en una edad de desarrollo de 4 meses a una edad cronológica de 8 meses, comprometiendo las áreas Personal/social, Adaptativa, Motora, de la Comunicación y Cognitiva, fueron superados en la post intervención, mostrando un desempeño global equivalente a una edad de desarrollo de 12 meses, y con edad cronológica de 12 meses. De esta manera Sonia superó el diagnóstico de Retraso Global del Desarrollo (RGD); no obstante, como se verá más adelante, en su desempeño, Sonia presenta aún después de la intervención, variaciones deficitarias en determinadas subáreas (véase Figura 8).



**Figura 8. Tendencia de la evolución del desarrollo adaptativo durante el programa de intervención temprana, caso Mariana/Sonia**

**Nota.** Fuente: Elaboración propia.

Específicamente, se observó lo siguiente en la post intervención:

- Área personal/social: Puesto que la media de la escala es de 100 y la desviación estándar de 15, la puntuación total de 40 para el área del desarrollo personal/social se situó ligeramente por debajo de la media (puntuación  $z = -0.95$ ), correspondiente a una edad equivalente de 12 meses. Se observaron avances en las subáreas de: Interacción con el adulto, continuaba vocalizando cuando se le imitaba e iniciaba a reaccionar cuando se le nombraba a un familiar; Expresión de sentimientos/afecto, mostraba afecto por las personas y objetos personales y disfrutaba de compartir juegos con otros niños; Interacción con los compañeros, iniciar un contacto social con sus compañeros e imitar a otro niño. De la misma forma, se observaron puntos fuertes en la subárea de Autoconcepto, pues fue capaz de expresar propiedad o posesión y reconocimiento de sí misma en el espejo.
- Área adaptativa: Sonia presentó un nivel de desarrollo correspondiente a la edad cronológica de 12 meses (puntuación  $z = -1.13$ ) considerando su edad. Presentó un desempeño adecuado en las subáreas de: Atención, al mirar o señalar un dibujo; Alimentación, pedir comida y bebida con palabras o gestos e iniciar el uso de cuchara y tenedor; y Vestido, quitarse prendas de ropa pequeñas.

- Área motora: En esta área la niña presentó un desarrollo global por debajo de la media (puntuación  $z = -1.75$ ), correspondiente a una edad equivalente de 11 meses, mostrando mejor desempeño en las subáreas relativas a la Motricidad Fina: Motricidad Fina, entregar un juguete y utilizar la pinza fina para tomar objetos pequeños; y Motricidad Perceptiva, introducir pequeños objetos en recipientes de boca angosta y construir torres de dos bloques. En contraste, continuó presentando puntos débiles en el desempeño Motor Grueso para subáreas de: Control Muscular, aún no le era posible permanecer de pie sin ayuda; Coordinación Corporal, no le era posible caminar llevando un objeto entre las manos ni agacharse para recoger un objeto; Locomoción, aún no utilizaba el gateo para subir escaleras.

- Área de la comunicación: Las habilidades comunicativas de Sonia continuaron presentando variaciones. Mientras sus habilidades de Comunicación Receptiva fueron equivalentes a las de una niña de entre 19 y 20 meses, al seguir tres o más órdenes sencillas, así como acompañadas de gestos, en las de la Comunicación Expresiva se encontraron por debajo del promedio respecto de su grupo de edad, con una edad equivalente a los 11 meses de edad, al no utilizar diez o más palabras, utilizar diferentes patrones de entonación, ni emitir sonidos, palabras o gestos asociados a objetos de su entorno. Globalmente, sus habilidades de comunicación se situaron cercanas al promedio (puntuación  $z = -0.64$ ), en un nivel de edad equivalente a los 13 meses.

- Área cognitiva: Globalmente, las habilidades cognitivas de Sonia se situaron dentro del promedio (puntuación  $z = -0.55$ ), con fortalezas correspondiente a un nivel de edad de 14 meses. Respecto de las distintas subáreas se observaron ciertas variaciones: puntos débiles en Discriminación Perceptiva, aún no lograba colocar las piezas círculo y cuadrado en un tablero de encajes; avances en Memoria, pues levantaba una taza para conseguir un juguete oculto y buscaba un objeto desaparecido; y puntos fuertes en Razonamiento y Habilidades Escolares, al ser capaz de extender los brazos para obtener un objeto colocado detrás de una barrera y en Desarrollo Conceptual, reconocerse a sí misma como causa de acontecimientos .

**IV. Validez social.** De acuerdo con las respuestas de las madres participantes, al Cuestionario de Validación Social de Programas de Intervención Temprana en Educación Especial, adaptado del Cuestionario de Validación Social de Programas de Intervención en Educación Especial de Acle-Tomasini & Ordaz-Villegas (2013), consideraron respecto de las siguientes dimensiones que:

a) Significancia social y educativa del programa, sus hijos/as ganaron independencia al superar los déficits que presentaban en las distintas áreas de su desarrollo hasta antes de recibir intervención; la información e indicaciones que la facilitadora les proporcionó acerca de los avances y de las dificultades de sus hijos(as) fueron claras y profesionales, de manera que les fue posible darse cuenta de que ellas son importantes para promover un desarrollo infantil óptimo, lo mismo de que son capaces de analizar las causas que originan las dificultades que sus hijos(as) presentan en su desarrollo.

b) En cuanto a la aceptabilidad de los procedimientos de evaluación e intervención incluidos en el programa, en general, en opinión de las madres: fue adecuado que se realizara una detección oportuna del retraso del desarrollo que presentaban sus hijas e hijo antes del primer año de edad; que se realizaran evaluaciones periódicas para conocer los avances y las dificultades de sus hijos(as), en función de los cuales se realizaron ajustes a las actividades que prosiguieron, para las cuales siempre recibieron ayuda ajustada a sus recursos y posibilidades; que durante el programa tuvieron oportunidad permanente para dar su opinión sobre las actividades realizadas, sobre el material empleado, sobre el desempeño del niño o de las niñas, sobre su propio desempeño o experiencia durante las sesiones y sobre el desempeño de la facilitadora. Y, aunque quisieran continuar en el programa, opinaron que su duración fue también adecuada.

c) Importancia social de los resultados y efectos promovidos por el programa: hubo un contraste significativo entre los resultados que su hijo o hijas presentaron durante la evaluación diagnóstica y los presentados tras su participación en el programa, por lo que valió la pena el tiempo y esfuerzo que invirtieron y recomendarían a otras madres que participaran en este tipo de programas.

## Discusión

De acuerdo al objetivo general, las y el infante de las diferentes diadas lograron superar la condición de Retraso Global del Desarrollo (RGD). No obstante, a lo largo de la implementación del programa, fue posible apreciar la complejidad de la ejecución de las prácticas incluyentes desde el núcleo familiar (OMS & UNICEF, 2013). Esto es, en términos de reducción de factores de riesgo e incrementación de los protectores, jugaron un papel trascendental, tanto la movilización del potencial resiliente materno, que permitió a las madres afrontar las dificultades derivadas de la crianza infantil, lo mismo que, la modificación de las actitudes maternas y los hábitos de crianza, elementos necesarios para estructuración paulatina de las rutinas óptimas de estimulación infantil,

En lo que se refiere a los factores de riesgo relacionados con el micro y el mesosistema, los cuales afectaron en un inicio de la intervención al establecimiento de las rutinas de estimulación infantil, se apreciaron distintos aspectos coincidentes en las tres diadas a tener en cuenta para futuras aplicaciones del programa.

De estas coincidencias, las asociadas al potencial resiliente materno, fueron: el de afiliación, representado por el tiempo que cada madre tenía para dedicarle a la rutina, lo que reducía la oportunidad de que los infantes tuvieran para experimentar las distintas actividades propuestas, lo que se superó a través de la activación de las redes sociales primarias y secundarias de las distintas diadas; y los de aflicción y descontrol, presentados en forma de dificultad de la madre para visualizar la rutina de estimulación, de manera integral, así como, la identificación de los puntos fuertes y las áreas de oportunidad de sus hijas e hijo, para lo que se implementó la herramienta del portafolio de evidencias, herramienta clave para que las madres asumieran el control del seguimiento de sus hijas e hijo.

En tanto que, en lo relativo a las actitudes maternas, cabe señalar que las tres diadas madre/infante presentaron factores de protección en esta subescala, lo que posiblemente motivo a las madres a participar en el programa y a mantenerse receptivas a lo largo del mismo. En este sentido, las acciones de intervención se centraron en los factores de riesgo asociados con los hábitos de crianza: sincronía interactiva; y respeto por la individualidad, ambos factores para los que la

facilitadora realizó un acompañamiento cercano en el que a cada sesión indicaba, desde la manera de acercarse a las infantes, corrección de la secuencia de estimulación, sobre todo en las áreas de la motricidad y de la comunicación, hasta los momentos en los que debía realizarse una pausa en la interacción respetando las señales de saturación o sobrecarga de las niñas.

Hasta aquí, como puede apreciarse, la cercanía de la facilitadora que mereció cada día, fortalece la importancia de las políticas de acompañamiento de las familias durante el período de crianza infantil, adecuadas al contexto individual de desarrollo (OMS & UNICEF, 2013), en particular de los y las infantes con RGD, cuyas Necesidades Educativas exigen la optimización del desarrollo a partir de la movilización de la capacidad resiliente materna y de la mejora de las actitudes maternas y de los hábitos de crianza. Pero, permite dimensionar como importante el reto de proporcionar un servicio de calidad en el formato de Atención y Educación en la Primera Infancia (AEPI) integral e inclusiva en los centros de desarrollo infantil, mismos que se proyectan como un sustituto de cuidado infantil ante los cambios socioeconómicos que esperan una participación económica femenina más activa.

En cuanto al ontosistema, subsistema en el que redundaba la modificación de los factores de riesgo y de protección arriba mencionados, de particular importancia, es necesario comentar que, fueron las diadas Valentina/Gabriela y Mariana/Sonia quienes continuaron presentando factores de riesgo en el área de la motricidad gruesa al final de la intervención. La observación más importante en este sentido, fue, que, en el caso de la diada Valentina/Gabriela, el establecimiento de la rutina de estimulación fue intermitente al inicio de la intervención, debido a que presentaba riesgo de infección de vías respiratorias, por lo que ameritaba reposo y reducción de la actividad física. En tanto que, en el caso de la diada Mariana/Sonia, el tiempo disponible para practicar las rutinas de estimulación era reducido; además, se trataba de prácticas paralelas que no fue posible integrar a la rutina de estimulación de la guardería del IMSS a la que acudía la menor. En contraste, en el caso de la diada Carolina/Alejandro, que presentó el mejor desempeño para el establecimiento de la rutina de estimulación, superación del diagnóstico de RGD y libre de factores de riesgo del desarrollo, se observó un establecimiento paulatino de principio a fin

del programa de las rutinas de estimulación, con ausencia de pausas y tiempo materno disponible para ejecutar dichas rutinas regularmente.

Por todo lo anterior, se confrontan la necesidad de ampliar la cobertura de AEPI integral e inclusiva, de manera sostenible tanto en la práctica formal como en la no formal, con la disponibilidad real de dichos servicios, a fin de asegurar la garantía de los derechos sanitarios y educativos a los y las infantes que presentan RGD o que se encuentran en riesgo de retraso del desarrollo, en particular para satisfacer las NE en aquellos casos con riesgos presentes en el micro y el mesosistema.

Así mismo, es de trascendental importancia reportar la efectividad de la práctica basada en la evidencia, adaptada a los contextos individuales, pero conservando la comparabilidad de los datos (OMS, 2011), de manera que sea posible recolectar evidencia de la experiencia en las acciones preventivas locales realizadas sobre población infantil (UNESCO & UNICEF, 2013).

### **Conclusiones**

Puesto que el desarrollo infantil es un proceso dinámico, no lineal y heterogéneo (Costas, 2009), en el presente trabajo fue necesario realizar un seguimiento longitudinal que permitiera corroborar los posibles déficits o, en su defecto, distinguirlos de lo que fuera un período de estabilización, momento en el que, aparentemente, el desarrollo infantil se estaciona para más tarde volverse más complejo. En particular, en futuros trabajos, conviene tener presentes tales características del desarrollo infantil en tres momentos críticos: a) antes de realizar el diagnóstico diferencial de un probable retraso del desarrollo o de una condición de Retraso Global del Desarrollo (RGD), pues tal conclusión sería errónea; b) al valorar los avances o dificultades persistentes durante la intervención terapéutica ante lo que es necesario que la práctica profesional redirija sus pautas, adapte sus estrategias o, simplemente de la oportunidad al o a la infante de estabilizarse; y, c) al final de la intervención terapéutica, para considerar las pautas a seguir durante el seguimiento del caso.

La razón de establecer un diagnóstico provisional de RGD durante la primera infancia, se debe a que los déficits que los y las infantes presentan a esta edad pueden deberse tan sólo a la presencia de un ambiente poco estimulante, cuya modificación permite la optimización del desarrollo infantil; pero, también pueden ser el resultado de anomalías que más tarde deriven en diagnóstico de déficit intelectual (Narbona & Schlumberger, 2008). Los tres casos que nos ocuparon, tuvieron como punto de coincidencia la pobreza de estimulación como probable factor que desencadenase el diagnóstico inicial de RGD, es por ello que, a lo largo de la intervención, la directriz profesional fue la de establecer una rutina de estimulación diaria que permitiera enriquecer cada área del desarrollo infantil, que cubriera las Necesidades Educativas de cada infante.

Para lograr lo anterior, no sólo fue necesaria la identificación de los puntos fuertes y de las áreas de oportunidad infantil; sino que, fue trascendental conocer las características del ambiente de desarrollo en términos de actitudes maternas y hábitos de crianza (Aguirre, 2002; UNESCO, 2009), pues ambos constructos permitieron planear e instrumentar el “Programa para la promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia”, dentro de un marco de movilización resiliente (Newman, 2002), en el que se incorporó a la madre como figura predominante en el contexto primario del desarrollo infantil (Cuestas, Polacov & Vaula, 2016). Esto es, se obtuvo un perfil de riesgo/resiliencia, a través de la evaluación multisistema y multinivel de la calidad del contexto de desarrollo infantil (OMS & UNICEF, 2013).

En este sentido, podemos decir que, aunque las políticas internacionales que integraban las pautas a establecer la AEPI integral e inclusiva al momento de la realización del presente trabajo, aceptaban la preponderancia de asegurar el derecho de los y las infantes a la salud (OMS, 2015), y a la educación (UNESCO, 2005), la realidad es que, en la localidad de Cuautitlán Izcalli (Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral del Estado de México, [IGCEM], 2015), así como a lo largo del Estado de México (IMSS, s.f.), no se contaba con la cobertura de los servicios de AEPI integral e inclusiva, que



satisficiera la demanda de los y las infantes que requerían cubrir las NE derivadas de la condición de riesgo de retraso del desarrollo o de RGD.

Ante la falta de disponibilidad de servicios de AEPI integral e inclusiva, el programa para la “Promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia” constituyó una alternativa de tratamiento viable, efectivo y con validez social, para las diadas madre/infante participantes.

Entre las limitaciones del presente estudio estuvieron las siguientes:

a) aunque la detección y atención del Retraso Global del Desarrollo (RGD) se realizó durante el primer año de vida, período de mayor plasticidad neuronal (Arias, 2000; Velasco, 2003), es indispensable que avancemos hacia la reducción los factores de riesgo e incremento de los protectores, asociados con las dificultades en el desarrollo infantil, en el período prenatal, siendo posible transformar el perfil de riesgo/resiliencia del binomio maternoinfantil partiendo del enfoque original del concepto de Atención Primaria de la Salud (OMS, 1978, 2004; OPS, 2011), con énfasis en los factores de riesgo asociados con la salud del binomio que dejan secuelas (OMS, 2012);

b) para que las acciones de detección y atención oportunas fueran sustentables (ONU, 2016), y aseguraran el seguimiento longitudinal de los casos detectados con RGD, durante los primeros cinco años de edad en un ambiente interdisciplinario, sería necesario que el abordaje se articulara a un programa de Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI) integral e inclusiva (UNESCO, 2010) el cual conservara el enfoque del Modelo ecosistémico de riesgo/resiliencia (Algood, Carl, Harris & Sung, 2013; Instituto de Equidad en Salud, 2014; Junta para la Protección Infantil de Luton, 2017).

c) ya que los resultados obtenidos se basan en un estudio de caso, no es posible derivar generalizaciones respecto del comportamiento de los factores implicados en la intervención. En futuras aplicaciones del programa para la “Promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia” se espera trabajar con tamaños de muestra más amplios, así como, lograr la sustentabilidad que permita dar un seguimiento

longitudinal de los casos atendidos, para así poder evaluar el costo/beneficio del programa a largo plazo.

## Referencias

- Abad, S.; Brusasca, M. C. & Labiano, L. M. (2009). Neuropsicología infantil y educación especial. *Revista intercontinental de Psicología y Educación*. (11) 1, 199-216. Recuperado el 6 de enero de 2018 desde: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212412011](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212412011)
- Acle-Tomasini, G., & Ordaz-Villegas, G. (2013). Cuestionario de validación social de programas de intervención en educación especial: Versión padres y maestros. Manuscrito no publicado, México: Residencia en Educación Especial, FES Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Agencia Europea para el Desarrollo en Necesidades Educativas Especiales (2005). Atención temprana. Análisis de las situaciones en Europa. Bruselas: Autor.
- Aguirre, D. E. (2002). Prácticas de crianza y pobreza. *Diálogos*. (2), 11-24. Recuperado el día 10 de mayo de 2018 desde: [https://www.researchgate.net/publication/232415879\\_Practicas\\_de\\_crianza\\_y\\_pobreza](https://www.researchgate.net/publication/232415879_Practicas_de_crianza_y_pobreza)
- Algood, Carl. L., Harris, C. & Sung, H. J. (2013). Parenting success and challenges for families of children with Disabilities: an ecological systems analysis. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*. (23) 126-136. doi: <https://doi.org/10.1080/10911359.2012.747408>
- Alvarado-Ruiz, G, Martínez-Vázquez, R, I., Sánchez, C., Solís-Chan, M. & Mandujano, V. M. (2012) Los movimientos elementales complejos del humano. Desarrollo prenatal. Reporte preliminar de nueve lactantes mexicanos. *Salud Mental*. (35) 2, 99-107. Recuperado el 6 de agosto de 2017 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223312003>
- Álvarez, G. M. J., Soria A. J. & Galbe, S. V. J. (2009). Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de atención primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Revista Pediatría Atención Primaria*. (41) 11, 65-87. Recuperado el 10 de mayo de 2017 desde: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100005)

- Amar, A. J. (2000). Niño/as invulnerables, factores cotidianos de protección que favorecen el desarrollo de los niño/as que viven en contextos de pobreza. *Psicología desde el Caribe*. (5), 96-126. Recuperado el día 14 de mayo de 2018 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300505>
- Amar, A. J. J., Tirado, G. D. & Barreneche, A. A. (2007). Impacto de los programas de hogares de bienestar en la superación de la pobreza y el desarrollo de los niño/as en Colombia. *Investigación y Desarrollo*. (15) 1, 124-149. Recuperado el 6 de agosto de 2017 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26815105>
- Ancheta, A. A. & Lázaro, L. M. (2013). El derecho a la educación y atención de la primera infancia en América Latina. *Educación XXI*. (16) 1, 105-121. Recuperado el día 12 de septiembre de 2017 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70625886006>
- Arias, B. G. (2000). La atención y educación temprana, una premisa esencial para la integración escolar. En C. Z. Jacobo, V. M. A. Villa & V. E. Luna. (Comps.). *Sujeto, educación especial e integración* (volumen 3). (pp. 3-30). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma de Baja California, Universidad Autónoma de Morelos.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México: Masson.
- Atalah, E., Cordero, M., Guerra, M. E., Quezada, S., Carrasco & Romo, M. (2014). Monitoreo de los indicadores del Programa "Chile Crece Contigo". *Revista Chilena de Pediatría*. (85) 5, 569-577. Recuperado el 8 de mayo de 2017 desde: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n5/art07.pdf>
- Barrantes, F. A., Jiménez, R. M., Rojas, M. B. & Vargas, G. A. (2003). Embarazo y aborto en adolescentes. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152003000100009](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009)
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: manual de evaluación de las competencias y resiliencia parental* (1ª ed.). Barcelona, España: Editorial Gedisa.

- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*. (35) 4, 320-335. doi: 10.1037/0003-066X.35.4.320
- Booth, T. & Ainscow, M. (2000). Índice de inclusión, desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas. Bristol, United Kingdom: UNESCO. Recuperado el 5 de enero de 2018 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001381/138159so.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. España: Paidós.
- (2005). *The Bioecological Theory of Human Development*. En U. Bronfenbrenner (Ed.). *Making human beings human: bioecological perspectives on human development* (pp. 3-15). Estados Unidos de Norteamérica: Sage.
- Candel, G. I. (2005). Elaboración de un programa de atención temprana. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. (7) 3, 151-192. Recuperado el 24 de abril de 2018 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293121928009>
- Capute, A. J., Shapiro, B. K., Accardo, P. J., Watchtel, R. C., Ross, A. & Palmer, F. B. (1982). Motor Functions: Associated Primitive Reflex Profiles. *Developmental Medicine & Child Neurology*. (16) 1, 105-121. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1982.tb13677.x>
- Caurcel, C. M. J. (2010) Contextos de desarrollo y juego en la edad infantil. En Muñoz, G. A. *Psicología del desarrollo en la etapa de la educación infantil*. (165-196). Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Chávez, T. R. (2003). *Neurodesarrollo neonatal e infantil: un enfoque multi- inter y transdisciplinario en la prevención del daño*. México: Médica Panamericana.
- Clara, M. C., Stelzer, F., Cervigni, M. A. & Martino, P. (2014). Impacto de la pobreza en el desarrollo cognitivo. Un análisis teórico de dos factores mediadores. *Liberabit*. (20) 1, 93-100. Recuperado el día 12 de mayo de 2018 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68631260008>
- Consejo Estatal de Población (2015). (2016). Cuaderno estadístico. Encuesta intercensal 2015. México: Gobierno del Estado de México. Recuperado el 16 de enero de 2019 desde:

<http://coespo.edomex.gob.mx/sites/coespo.edomex.gob.mx/files/files/cuaderno%20estadistico%202016.pdf>

Consejo Nacional de Fomento Educativo (2011). Modelo de educación inicial del Conafe. México: Autor. Recuperado el 17 de octubre de 2017 desde: <http://www.oecd.org/edu/school/49002082.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2013). Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras. Ficha de monitoreo. México: Autor. Recuperado el 10 de enero de 2018 desde: [http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha\\_Monitoreo\\_Evaluacion\\_2013/SEDESOL/20\\_S174.pdf](http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha_Monitoreo_Evaluacion_2013/SEDESOL/20_S174.pdf)

Consejo Nacional de Población (2018). Proyecciones de la población 2010 a 2018 por municipio por edad quinquenal, según derechohabiencia. Instituto de Salud del Estado de México. México: ISEM. Recuperado el 7 de enero de 2019 desde: [http://salud.edomex.gob.mx/istem/documentos/datos\\_infsalud/poblacion/Poblacion%202010-2018%20x%20mun%20x%20edad%20quinq%20x%20ss.pdf](http://salud.edomex.gob.mx/istem/documentos/datos_infsalud/poblacion/Poblacion%202010-2018%20x%20mun%20x%20edad%20quinq%20x%20ss.pdf)

Cook, B. G., Tankersley, M. & Harjusola-Webb, S. (2008). Evidence-Based Special Education and Professional Wisdom: Putting it all together. *Intervention in School and Clinics*, 44(2), 105-111.

Costas, M. C. (2009). Evaluación del desarrollo en atención temprana. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*. (23) 2, 39-55. Recuperado el día 27 de mayo de 2018 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419063004>

Cuestas, C., Polacov, M. & Vaula, C. (2016). El impacto de la educación inicial en el desarrollo infantil. *Archivos argentinos de pediatría*. (114) 5, 489-495. Recuperado el día 19 de agosto de 2017 desde [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752016000500037](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752016000500037)

- Czaplewska, E. (2016). Children with Language Disorders or Late Bloomers, the problema of differential diagnosis. *Polish Psychological Bulletin*. (47) 3, 258-264. Doi: 10.1515/ppb-2016-0031
- Delpiano, L., Astroza, L. & Toro, J. (2015). Sarampión: la enfermedad, epidemiología, historia y los programas de vacunación en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, (32) 4, 417-429. Recuperado el 03 de octubre de 2018 desde: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v32n4/art08.pdf>
- Decreto número 50, Gaceta del Gobierno, Estado de México, 23 de junio de 1973. Recuperado el 17 de enero de 2019 desde: <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/gct/1973/jun233.pdf>
- Decreto número 14, Gaceta del Gobierno, Estado de México, 19 de noviembre de 2009. Recuperado el 15 de enero de 2019 desde: [http://observatorio.edomex.gob.mx/sites/observatorio.edomex.gob.mx/files/files/Declaratoria\\_Zonas\\_Metropolitanas.PDF](http://observatorio.edomex.gob.mx/sites/observatorio.edomex.gob.mx/files/files/Declaratoria_Zonas_Metropolitanas.PDF)
- DIF Estado de México (s.f.). El DIFEM en números. Estado de México: Gobierno del Estado de México. Recuperado el 29 de diciembre de 2018 desde: [http://difem.edomex.gob.mx/difem\\_numeros](http://difem.edomex.gob.mx/difem_numeros)
- DIF Estado de México (2018). Integración educativa. Estado de México: Gobierno del Estado de México. Recuperado el 29 de diciembre de 2018 desde: [http://difem.edomex.gob.mx/integracion\\_educativa](http://difem.edomex.gob.mx/integracion_educativa)
- Dirección General Adjunta de Epidemiología (2018). Información DGAE. México: Secretaría de Salud. Recuperado el 2 de enero de 2019 desde: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/dga-epidemiologia>
- Egido, E. I. (2000). La educación inicial en el ámbito internacional: situación y perspectivas en Iberoamérica y en Europa. *Revista iberoamericana*. (22) 119-154. Recuperado el día 19 de agosto de 2017 desde <http://www.redalyc.org/pdf/800/80002207.pdf>
- Elvir, A. P. & Asensio, C. L. (2006). La atención y educación de la primera infancia en Centroamérica: desafíos y perspectivas. *En foco*. (77). Recuperado el 10

de agosto de 2017 desde:  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001474/147488s.pdf>

Eming, Y. M. & Fujimoto, G. G. (2003). Desarrollo Infantil Temprano: lecciones de los programas no formales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, (1) 1, Recuperado el 28 de mayo de 2018 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77310102>

Enesco, I., Guerrero, S. & Navarro A. (2003). El desarrollo emocional. En I. Enesco. *El desarrollo del bebé: cognición, emoción y afectividad* (171-199). España: Alianza Editorial.

Evans, J. L. & Myers, R. G. (1994). *Childrearing Practices: Creating Programs where Traditions and Modern Practices Meet*. Notebook No. 5. The Consultive Group on Early Childhood Care and Development. Recuperado el día 14 de mayo de 2018 desde: [www.ecdgroup.com/download/cc115aci.pdf](http://www.ecdgroup.com/download/cc115aci.pdf)

Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida* (4ª ed.). México: Ed. Pearson Prentice Hall.

Fernández, C. B., López, S. J., Coto, C. G. D., Ramos, A. A. & Ibáñez, F. A. (2008). Sepsis del recién nacido. *Asociación Española de Pediatría*, (21), 189–206. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21\\_0.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_0.pdf)

Fujimoto G. (2011). El futuro de la educación iberoamericana: ¿es la no escolarización una alternativa? En J. Palacios & E. Castañeda (Coord.), *La primera infancia (0-6 años) y su futuro* (pp. 105-114). España: Santillana.

Frankenburg, W., Dodds, J., Fandal, A., Kazuk, E. & Cohrs, M. (1975). *Denver development screening test, reference manual revised*. Denver: LA-DOCA Project and Publishing Foundation.

Fraser, M. W. (2004). The ecology of childhood: a multisystems perspective. En M. W. Fraser (Ed.). *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective*. (pp. 1-12). Washington DC: NASW.

García-Cortés, J. M. & García-Méndez, M. (2013). Construcción de una escala de potencial resiliente para adultos. *Revista Mexicana de Psicología*. Memorias in Extenso del XIV Congreso Mexicano de Psicología Social y VI Congreso Internacional de Relaciones Personales, Número Especial, 896-897.



- García, P. M. A. (2016). Desarrollo psicomotor y signos de alarma. En: AEPap (Ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016, (pp. 81-93). Madrid: Lúa Ediciones. Recuperado el día 6 de junio de 2018 desde: [https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1\\_desarrollo\\_psicomotor\\_y\\_signos\\_de\\_alarma.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf)
- García-Olguín, V. (2014). Estudio piloto para la construcción y validación de un instrumento de medición de actitudes maternas y hábitos de crianza en el cuidado del niño/a de 1 a 12 meses de edad. Tesis de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- (2017). Programa para promover la crianza del niño/a de 1 a 12 meses de edad para optimizar su desarrollo evolutivo en el primer nivel de intervención. Manuscrito no publicado, México: Residencia en Educación Especial, FES Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gargiulo, R. (2012). Special Education in contemporary society. An introduction to exceptionality. U.S.A.: Thomson Learning.
- Gobierno del Estado de México (1995). Constitución Política del Estado libre y soberano de México. Gobierno del Estado de México. Dirección de Legalización y del Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno". Recuperado el 12 de diciembre de 2018 desde: <http://legislacion.edomex.gob.mx/node/842>
- Gobierno de Cuautitlán Izcalli (s.f.). Crónica municipal. México. Recuperado el 24 de diciembre de 2018 desde: <http://cuautitlanizcalli.gob.mx/cronica-municipal/>
- Gómez, E. & Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. Revista de psicología (19) 2, 103-131. Recuperado el 3 de abril de 2017 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26416966005>
- Gómez-Gómez, M. & Danglot-Banck, C. (2006). El neonato de madre con preeclampsia-eclampsia. Revista Mexicana de Pediatría, (73) 2, 82-88. Recuperado el 04 de octubre de 2018 desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2006/sp062g.pdf>

- Grupo Atención Temprana. (2005). Libro Blanco de la Atención Temprana. Madrid: Real Patronato de Atención a Personas con Discapacidad.
- Gutierrez, C. P. & Ruiz, V. E. (2012). Orígenes y evolución de la Atención Temprana. Una perspectiva histórica de la génesis de la atención temprana en nuestro país. *Agentes, contextos y procesos. Psicología Educativa*. (18) 2, 107-122. doi: 10.5093/ed2012a12
- Harkness, S., Super, C. M., Bermúdez, M. R., Zylicz, P. O. Welles-Nystrom, B., Bonichi, S., Moscardino, U. & Johnston, M. C. (2011). Children's Activities and Their Meanings for Parents: A Mixed-Methods Study in Six Western Cultures. *Revista Electrónica Educare* (18) 3 67-90. Recuperado el día 10 de mayo de 2018 desde [https://www.researchgate.net/publication/51859597\\_Children%27s\\_Activities\\_and\\_Their\\_Meanings\\_for\\_Parents\\_A\\_Mixed-Methods\\_Study\\_in\\_Six\\_Western\\_Cultures](https://www.researchgate.net/publication/51859597_Children%27s_Activities_and_Their_Meanings_for_Parents_A_Mixed-Methods_Study_in_Six_Western_Cultures)
- Hernández, S. R., Fernández, C. C. & Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Huiracocha, T. L., Robalino, I., Huiracocha, T. M. S., García, A. J. L., Pazán, T. C. G. & Angulo, A. (2012). Retrasos del desarrollo psicomotriz en niño/as y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. *MASKANA*, (3)1, 13-28.
- Instituto de Equidad en Salud (2014). *Local action on Health inequalities: Building children and Young people's resilience in schools*. London, United Kingdom: Autor. Recuperado el día 1 de febrero de 2018 desde: <http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/building-children-and-young-peoples-resilience-in-schools/evidence-review-2-building-childrens-and-young-peoples-resilience-in-schools.pdf>
- Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral del Estado de México (2015). *Estadística básica municipal del sector educación, 2014-2015*. Estado de México: Gobierno del Estado de México. Recuperado el 19 de enero de 2019 desde: <http://igecem.edomex.gob.mx/sites/igecem.edomex.gob.mx/files/files/ArchivosP>

DF/Productos-Estadisticos/Indole-Social/EBM-SECTOR-  
EDUCACION/Audiovisual\_EBM\_sector\_Educacion\_2016.pdf

— (2017). Estadística básica municipal del sector salud en el Estado de México, 2017. Estado de México: Gobierno del Estado de México. Recuperado el 19 de enero de 2019 desde: [http://igecem.edomex.gob.mx/sites/igecem.edomex.gob.mx/files/files/ArchivosPDF/Productos-Estadisticos/Indole-Social/EBM-SECTOR-SALUD/Estadistica\\_Basica\\_Salud\\_26-10-17.pdf](http://igecem.edomex.gob.mx/sites/igecem.edomex.gob.mx/files/files/ArchivosPDF/Productos-Estadisticos/Indole-Social/EBM-SECTOR-SALUD/Estadistica_Basica_Salud_26-10-17.pdf)

Instituto de Salud del Estado de México (2018). Estadísticas. Estado de México: Secretaría de Salud. Recuperado el 29 de diciembre de 2018 desde: [http://salud.edomex.gob.mx/istem/tp\\_vs\\_estadisticas](http://salud.edomex.gob.mx/istem/tp_vs_estadisticas)

INEGI (s.f.). México en cifras. México. <http://www.beta.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/?ag=15>

— (2016a). Hombres y mujeres en México. México: INEGI. Recuperado el 11 de enero de 2019 desde: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/MHM\\_2016.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2016.pdf)

— (2016b). La discapacidad en México, datos al 2014. México: Autor. Recuperado el 3 de enero de 2019 desde: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825090203.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf)

Instituto Nacional de Estadística. (2008). Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008. Recuperado el 6 de marzo de 2017 desde <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p01/modulo7/10/&file=01001.px&L=0>

Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (2010). Enciclopedia de los municipios y delegaciones de México. México: Gobierno de la República Mexicana. Recuperado el 13 de enero de 2019 desde: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM15mexico/index.html>

International Institute for Educational Planning & United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (2017). The Institute. Planning

- education, building the future. Recuperado el 23 de octubre de 2017 desde:  
<http://www.iiep.unesco.org/en/institute>
- Jenson, J. M. & Fraser, M. W. (2016). A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. En J. M. Jenson & M. W. Fraser (Eds.). *Social Policy for children and families. A risk and resilience perspective*, pp. 5-24. United States of America: Sage.
- Junta para las discapacidades del desarrollo del condado de Portage (2018). 2018 Annual Plan Board. Estados Unidos: Autor. Recuperado el día 19 de agosto de 2017 desde [http://www.portagedd.org/files/2018\\_Annual%20Plan\\_Board\\_approved\\_12\\_2017.pdf](http://www.portagedd.org/files/2018_Annual%20Plan_Board_approved_12_2017.pdf)
- Junta para la Protección Infantil de Luton (2017). A risk and resilience model to support the assessment of safeguarding and welfare concerns involving children. Recuperado el 1 de febrero de 2018 desde: [http://bedfordscb.proceduresonline.com/pdfs/risk\\_resilience\\_tool.pdf](http://bedfordscb.proceduresonline.com/pdfs/risk_resilience_tool.pdf)
- Kinney, M. V., Howson, C. P., McDougall, L. & Lawn, J. E. (2012). *Nacidos demasiado pronto: Informe de acción global sobre nacimientos prematuros*. New York: March of Dimes, PMNCH, Save the Children, OMS. Recuperado el 02 de octubre de 2018 desde: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon\\_execsum\\_es.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_es.pdf)
- Krasny, M., Lundholm & Plummer, R. (2010). Resilience in social-ecological systems: the roles of learning and education. *Environmental Education Research*. (16) 5, 6. doi: <https://doi.org/10.1080/13504622.2010.505416>
- Khadijah-Rohani. M. Y. & Ainuddin, D. N. (2013). *Child-rearing Practices and Socio-economic Status: Possible Implications for Children's Educational Outcomes*. Elsevier. (90), 251-259. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.07.089>
- King, S. & Campbell, A. (2006). Portafolio. Estrategia de reflexión, seguimiento y evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje. *Gaceta U. A. A., órgano informativo de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, año 8, época3, número 72.

- Londoño, L., Ramírez, L.A., Londoño, C., Fernández, S. Y Velez, E. (2009). Diario de campo y cuaderno clínico: herramientas de reflexión y construcción del quehacer del psicólogo en formación. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis*, (17). Doi: <https://doi.org/10.21501/16920945.195>
- Lakhan, R. Mario, A., Qureshi, F. N. & Hall, M. L. (2013). Early intervention services to children with developmental delay in resource poor settings in India. *Nepal Journal of Medical Sciences*. (2) 2, 149-155. Recuperado el 6 de mayo de 2018 desde: <https://www.nepjol.info/index.php/NJMS/article/viewFile/8966/7357>
- Llobet, V. & Wegsman, S. (2004). El enfoque de resiliencia en los proyectos sociales: perspectivas y desafíos. *Revista de Psicología*. (13) 1 143-152. doi: [doi:10.5354/0719-0581.2012.17493](https://doi.org/10.5354/0719-0581.2012.17493)
- Longhi, F. (2013). Pobreza y mortalidad infantil. Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones. *Andes*. (24) 2. Recuperado el 16 de diciembre de 2017 desde: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-80902013000200002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-80902013000200002)
- Luque, P. D. J. (2009). Las necesidades educativas especiales como necesidades básicas. Una reflexión sobre la inclusión educativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México)*. (39) 3-4, 201-223. Recuperado el día 3 de octubre de 2017 desde: <http://www.redalyc.org/pdf/270/27015078009.pdf>
- Luthar, S. S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *Am J Orthopsychiatry*. (61) 1, 6-22. Recuperado el 2 de febrero de 2018 desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4224324/pdf/nihms-199318.pdf>
- Martínez, M. A & Calet, N. (2015). Intervención en atención temprana: enfoque desde el ámbito familiar. *Escritos de Psicología*. (8) 2, 33-42. Recuperado el 25 de abril de 2018 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271041134006>

- Masten, A. S. & Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Development. New York Academy of Sciences. doi: <https://doi.org/10.1196/annals.1376.003>
- Masten, A. S. & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 345-361. doi: <https://doi.org/10.1017/S095457941200003X>
- Mendia, G. R. (2005). Intervención educativa en niños con necesidades especiales en educación infantil. II Jornada sobre atención temprana a niños con necesidades educativas especiales de la Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre, Bilbao, España.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2010). Guía para la promoción del desarrollo infantil en la gestión local. Niño/as y niñas al centro de su comunidad. Santiago de Chile: Autor. Recuperado el 15 de abril de 2018 desde: [https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2695/mod\\_resource/content/0/Modulo\\_6/Manual\\_Gestion\\_Local\\_ChCC\\_feb\\_2010.pdf](https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2695/mod_resource/content/0/Modulo_6/Manual_Gestion_Local_ChCC_feb_2010.pdf)
- Mizera, L. & Tulviste, T. (2002). Mothers' Child-rearing Attitudes and Verbal Behavior: A Comparative Study. *Psychology of Language and Communication*. (6) 2, 47-52. Recuperado el día 20 de mayo de 2018 desde: [http://www.plc.psychologia.pl/plc/plc/contents/fulltext/06-2\\_3.pdf](http://www.plc.psychologia.pl/plc/plc/contents/fulltext/06-2_3.pdf)
- Montes, C. M. (2003). Estimulación múltiple temprana. En T. R. Chávez. *Neurodesarrollo neonatal e infantil: un enfoque multi- inter y transdisciplinario en la prevención del daño* (pp. 303-330). México: Médica Panamericana.
- Mora, A. A. & Rojas, M. A. L. (2005). Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niño/as con bajo peso al nacer. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*. (3) 1, 2-25. Recuperado el día 26 de febrero de 2018 desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v3n1/v3n1a08.pdf>
- Moreno, M. J. M. (2004). Etiología del maltrato infantil: estilo educativo, prácticas de crianza y contexto social. *Psicología y Salud*. (14) 1, 121-134. Recuperado el

- día 26 de febrero de 2018 desde:  
<http://www.redalyc.org/pdf/291/29114113.pdf>
- Moreno, M. R & Orasma, G. Y. (2017). Signos de alerta de desviación del desarrollo psicomotor y su relación con la afectación en las escalas de Neurodesarrollo infantil. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*. (7) 1, 6-14. Recuperado el día 6 de junio de 2018 desde:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2017/cnn171b.pdf>
- Muñoz, G. A. (2010). *Psicología del desarrollo en la etapa de la educación infantil*. Madrid, España: Editorial Pirámide.
- Narbona, G. J. & Schlumberger, E. (2008). Retraso Psicomotor. En: J. Narbona, G. J, & C. Casas, F. (Coord.), *Protocolos de Neurología Pediátrica*, (pp. 151-157). Madrid: SENP-AEP.
- Newborg, J., Stock, J. R. & Wnek, L. (2001). *Inventario de Desarrollo Battelle*. Madrid: TEA.
- Newman, T. (2002). *Promoting resilience: A review of effective Strategies for Child Care Services*. Ginebra: Autor. Recuperado el 15 de enero de 2018 desde:  
<http://www.cumbria.gov.uk/eLibrary/Content/Internet/537/6942/6944/6954/42191163412.pdf>
- Obradovic, J., Shaffer, A., & Masten, A. S. (2012). Risk in developmental psychopathology: Progress and future directions. En L. C. Mayes, & M. Lewis (Eds.), *The Cambridge handbook of environment in human development* (pp. 35-57). New York: Cambridge University Press.
- OMS (1974). Programa Ampliado de Inmunización de la OMS, Proyecto de resolución presentado por el Grupo de Trabajo. Ginebra: Autor. Recuperado el 23 de diciembre de 2017 desde:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103027/1/WHA27\\_A-Conf.Doc-25\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103027/1/WHA27_A-Conf.Doc-25_spa.pdf)
- (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria en salud. Rusia: Autor. Recuperado el 10 de agosto de 2017 desde:  
[http://www1.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata\\_declaration.htm](http://www1.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm)

- (1998). Promoción de la salud, glosario. Ginebra: Autor. Recuperado el 12 de agosto de 2017 desde: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra: Autor. Recuperado el 13 de enero de 2018 desde: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf)
- (2004). Estrategia de la salud reproductiva, para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra: Autor. Recuperado el 28 de diciembre de 2017 desde: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69040/1/WHO\\_RHR\\_04.8\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69040/1/WHO_RHR_04.8_spa.pdf)
- (2007). Early childhood development: a powerful equalizer. Ginebra: Autor. Recuperado el 4 de octubre de 2017 desde: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/ecd\\_kn\\_report\\_07\\_2007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_report_07_2007.pdf)
- (2008). La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Autor. Recuperado el 7 de agosto de 2017 desde: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)
- (2010). Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños. New York: Autor. Recuperado el 25 de diciembre de 2017 desde: [http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009\\_gswch\\_sp.pdf](http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf)
- (2011). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión para la infancia y adolescencia. Ginebra: Autor. Recuperado el 16 de enero de 2018 desde: [apps.who.int/iris/bitstream/10665/81610/1/9789243547329\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81610/1/9789243547329_spa.pdf)
- (2011). *Informe mundial sobre discapacidad*. Ginebra: Autor. Recuperado el 13 de enero de 2018 desde: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf)
- (2012). Tratamiento del paludismo grave. Ginebra: Autor. Recuperado el 02 de octubre de 2018 desde: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20170es/s20170es.pdf>



- (2013). Global Vaccine Action Plan, 2011-2020. Ginebra: Autor. Recuperado el 18 de septiembre de 2018 desde: [https://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/GVAP\\_single\\_pages\\_PRINT.pdf](https://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/GVAP_single_pages_PRINT.pdf)
- (2013). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra: Autor. Recuperado el 18 de septiembre de 2018 desde: [http://www.who.int/nutrition/publications/gi\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf)
- (2014). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. Ginebra: Autor. Recuperado el 074 de octubre de 2018 desde: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141472/9789243548500_spa.pdf?sequence=1)
- (2015). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Ginebra: Autor. Recuperado el 24 de diciembre de 2017 desde: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO\\_RHR\\_15.23\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf)
- (diciembre, 2015). Salud y derechos humanos. Recuperado el 17 de agosto de 2017 desde: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- (2017). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra: Autor. Recuperado el 24 de diciembre de 2017 desde: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO\\_RHR\\_15.23\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204114/1/WHO_RHR_15.23_spa.pdf)
- (2018). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Ginebra: Autor. Recuperado el 01 de octubre de 2018 desde: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/development/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/)
- (19 de julio de 2018). VIH/SIDA. Datos y cifras. Ginebra: Autor. Recuperado el 03 de octubre de 2018 desde: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hiv-aids>
- (20 de septiembre de 2018). Sarampión: datos y cifras. Ginebra: Autor. Recuperado el 03 de octubre de 2018 desde: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/measles>

- (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Recuperado el 23 de mayo de 2018 desde: <http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/browser/metabuscador.html>
- OMS & UNICEF (2004). Tratamiento clínico de la diarrea aguda. Ginebra: Autores. Recuperado el 02 de octubre de 2018 desde: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70201/WHO\\_FCH\\_CAH\\_04.7\\_spa.pdf;sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70201/WHO_FCH_CAH_04.7_spa.pdf;sequence=1)
- (2009). Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia (GAPP). Francia Autores. Recuperado el 02 de octubre de 2018 desde: [https://www.unicef.org/spanish/media/files/GAPP3\\_web.pdf](https://www.unicef.org/spanish/media/files/GAPP3_web.pdf)
- (2010). Vacunas e inmunización: situación mundial. Ginebra: Autores. Recuperado el 23 de diciembre de 2017 desde: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44210/1/9789243563862\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44210/1/9789243563862_spa.pdf)
- (2013). El desarrollo del niño/a en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate. Ginebra: Autor. Recuperado el 14 de enero de 2018 desde: [https://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD\\_SPANISH-FINAL\\_\(low\\_res\).pdf](https://www.unicef.org/earlychildhood/files/ECDD_SPANISH-FINAL_(low_res).pdf)
- OMS, OPS, ONUSIDA, UNICEF & UNFPA (s.f.). VIH y la alimentación infantil: pautas para tomadores de decisiones. Ginebra: Autores. Recuperado el 03 de octubre de 2018 desde: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43865/9275326010\\_spa.pdf;sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43865/9275326010_spa.pdf;sequence=1)
- ONU (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. París: Autor. Recuperado el 24 de septiembre de 2017 desde: [https://www.unicef.org/spanish/crc/images/Declaracion\\_Derechos\\_Humanos.pdf](https://www.unicef.org/spanish/crc/images/Declaracion_Derechos_Humanos.pdf)
- (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto: Autor. Recuperado el 20 de diciembre de 2017 desde: [http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd\\_spa\\_2.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf)

- (1995). The United Nations and Human Rights, 1945-1995. New York: Autor. Recuperado el 20 de septiembre de 2017 desde: [https://digitallibrary.un.org/record/205690/files/%5BST\\_%5DDPI\\_1676-EN.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/205690/files/%5BST_%5DDPI_1676-EN.pdf)
- (2000, 13 de septiembre). Declaración del Milenio. En Asamblea General. Recuperado el 15 de octubre de 2017 desde: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- (11 de octubre de 2002). Un mundo más apropiado para los niños. Recuperado el 6 de noviembre de 2017 desde: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/481/81/PDF/N0248181.pdf?OpenElement>
- (13 de diciembre de 2006). Convención de los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado el 6 de noviembre de 2017 desde: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/500/82/PDF/N0650082.pdf?OpenElement>
- (2010). Estado de la Convención sobre los Derechos del Niño/a. Informe del Secretario General presentado en la Sexagésima quinta Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, New York. Recuperado el 4 de agosto de 2017 desde: [http://www.ecdgroup.com/pdfs/news-UNGA65\\_Status%20on%20the%20Convention%20on%20the%20Rights%20of%20the%20Child\\_SG%20Report%20\\_August%202010.pdf](http://www.ecdgroup.com/pdfs/news-UNGA65_Status%20on%20the%20Convention%20on%20the%20Rights%20of%20the%20Child_SG%20Report%20_August%202010.pdf)
- (2016). El progreso de las mujeres en el mundo 2015-2016. Transformar las economías para realizar los derechos. Estados Unidos de Norteamérica: Autor. Recuperado el 13 de diciembre de 2017 desde: <http://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2015/poww-2015-2016-es.pdf?la=es&vs=0>
- OPS (2008). El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. Buenos Aires: Autor. Recuperado el 125 de octubre de 2017 desde: <http://www.paho.org/arg/publicaciones/otras%20pub/discapacidad.pdf>
- (2011). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0 a 6 años) en el contexto de la AIEPI. Washington: Autor. Recuperado el 12 de enero de 2018 desde:

[http://www.maternoinfantil.org/comunidades\\_de\\_practica/archivos/669\\_Vigilancia-des-inf-aiapi-OPS2011.pdf](http://www.maternoinfantil.org/comunidades_de_practica/archivos/669_Vigilancia-des-inf-aiapi-OPS2011.pdf)

OREALC & UNICEF (2013). Situación educativa de América Latina y el Caribe: Hacia la educación de calidad para todos al 2015. Chile: Autores. Recuperado el 4 de octubre de 2017 desde: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/images/SITIED-espanol.pdf>

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2010). Desarrollo humano. México: McGraw-Hill.

Paris, S. G. & Ayres, L. (1994). Become reflective students and teachers with portfolios and authentic Assessment. Washington, D. C.: APA

Peralta, E. M. V. & Fujimoto, G. G. (1998). La atención integral de la primera infancia en América Latina: Ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI. Chile: Organización de los Estados Americanos. Recuperado el 17 de septiembre de 2017 desde: [http://www.laradiosaludable.com/wp-content/uploads/2011/11/19\\_Atencion-integral-infancia-PeraltaFujimoto.pdf](http://www.laradiosaludable.com/wp-content/uploads/2011/11/19_Atencion-integral-infancia-PeraltaFujimoto.pdf)

Perinat, A. (2003). Psicología del desarrollo: un enfoque sistémico (1ª ed.). Barcelona, España: Editorial UOC.

Reglamento de Salud del Estado de México, Gaceta del Gobierno, Estado de México, 13 de marzo de 2002. Recuperado el 20 de enero de 2019 desde: [http://legislacion.edomex.gob.mx/periodico\\_oficial](http://legislacion.edomex.gob.mx/periodico_oficial)

Rizzoli-Córdoba, A., Campos-Maldonado, M. C., Vélez-Andrade, V. H., Delgado-Ginebra, I., Baqueiro-Hernández, C. I., Villasís-Keever, M. A., ... Muñoz-Hernández, O. (2015). Evaluación diagnóstica del nivel de desarrollo en niño/as identificados con riesgo de retraso mediante la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. (72) 6, 397-408. Recuperado el 10 de mayo desde: [https://ac.els-cdn.com/S1665114615002208/1-s2.0-S1665114615002208-main.pdf?\\_tid=84af29b7-eb85-491b-9511-63fa6348403a&acdnat=1534094368\\_2df028e97e7a158a0d8651068970493](https://ac.els-cdn.com/S1665114615002208/1-s2.0-S1665114615002208-main.pdf?_tid=84af29b7-eb85-491b-9511-63fa6348403a&acdnat=1534094368_2df028e97e7a158a0d8651068970493)

- Robles-Bello, M.A. & Sánchez-Teurel, D. (2013). Atención infantil temprana en España. *Papeles del Psicólogo*. (34) 2 132-143. Recuperado el 13 de abril de 2018 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827025005>
- Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate*. (94) 36, 327-342. Recuperado el día 5 de septiembre de 2017 desde: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a03v36n94.pdf>
- Rutter, M. (2002). La résilience en face de l'adversité: Facteurs de protection et résistance aux désordres psychiatriques. *Études sur la mort*. (122) 2, 123-146. doi: 10.3917/eslm.122.0123
- (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1094, 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002
- (2016). Why is the topic of biological embedding of experiences important for translation? *Development and Psychopathology*. (28), 1245-1258. doi: <https://doi.org/10.1017/S0954579416000821>
- Sameroff, A. (2013). Early resilience and its developmental consequences. Resilience. En R. E. Tremblay, M. Boivin., R. De V. Peters (Eds.) & A. MS. Masten (Ed. de tema). *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Recuperado el 30 de enero de 2018 desde: <http://www.child-encyclopedia.com/resilience/according-experts/early-resilience-and-its-developmental-consequences>
- Sánchez, G & Díaz, T. (6 de octubre de 2011). La salud materno infantil, un factor de incidencia en el desarrollo integral de las personas. *El observador*, Fundación Internacional para el Desafío Económico Global. Recuperado el 7 de diciembre de 2017 desde: <http://www.elobservadoreconomico.com/articulo/1175>
- Sánchez-Caravaca, J. & Candel, G. I. (2012). Aplicación de programas de atención temprana siguiendo un modelo educativo. *Educación en Revista*, (43), 33-48. Recuperado el 14 de enero de 2017 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155023646004>
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital* (11ª ed.). Madrid, España: McGraw-Hill.

- Secretaría de Educación del Estado de México (2018). Dirección General de Educación Básica. Estado de México: Gobierno del Estado de México. Recuperado el 28 de diciembre de 2018 desde: [http://dgeb.edomex.gob.mx/acerca\\_direccion](http://dgeb.edomex.gob.mx/acerca_direccion)
- SEP (2011). Modelo de atención de los servicios de educación especial, CAM y USAER. México: Autor. Recuperado el 5 de enero de 2018 desde: [http://ripei.org/work/documentos/masee\\_2011.pdf](http://ripei.org/work/documentos/masee_2011.pdf)
- (2013). Modelo de Atención con Enfoque Integral para la Educación Inicial. México: Autor. Recuperado el 12 de enero de 2018 desde: [http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/mex\\_educacion\\_inicial.pdf](http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/mex_educacion_inicial.pdf)
- SSA (2013). Manual para la aplicación de la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI). México: Autor. Recuperado el 12 de enero de 2018 desde: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/EDI/ManualparalaPruebadeEvaluaciondelDesarrolloInfantil-EDI.pdf>
- Shaffer R. D. & Kipp, K. (2000). Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia (5ª ed.). México: Thomson Editores.
- Shevell, M. (2008). Retraso global del desarrollo y retraso mental o discapacidad intelectual: concepto, evaluación y etiología. *Pediatric Clinic of North America*. (55) 5, 1071-1084.
- Ashwal, S., Donley, D., Flint, J. Gingold, M., Hirtz, D., ... Sheth, R.D. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *American Academy of Neurology*. Special Article. (60) 3, 367-380.
- Shonkoff, J. P. & Meisels, S. J. (Eds.) (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. United States of America: Cambridge University Press.
- Sierra, G. P. & Gutiez, C. P. (2012). Introducción. Atención temprana: desarrollo y educación. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. (18) 2, 95-96. Recuperado el 26 de abril de 2017 desde

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/revistaeducativa/ed2012v18n2a1.pdf>

Solís-Cámara, P., Díaz R., M., Medina-Cuevas, Y. & Barranco-Jimenez, L. (2008). Valoración objetiva del estilo de crianza y las expectativas de parejas con niño/as pequeños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2) 305-319. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80500208>

Sociedad Mexicana de Psicología (2009). Código Ético del Psicólogo. Trillas: México.

Subdirección Regional de Educación Básica Cuautitlán Izcalli (s.f.). Organigrama. Recuperado el 18 de enero de 2019 desde: <https://subdireccionregionalcuautitlan.wordpress.com/resena-historica/organigrama-2/>

Tang, M. H., Lin, C. K., Lin, W. H. Chen, C. H., Tsai, S. W. & Chang, Y. Y. (2011). The effect of adding a home program to weekly institutional-based therapy for children with undefined developmental delay: A pilot randomized clinical trial. *Journal of Chinese Medical Association*. (74) 6, 259-266. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcma.2011.04.005>

Tannahill, A. (1985). Reclassifying Prevention. *Public Health*. (99) 6, 364-366. Recuperado el 15 de agosto de 2017 desde: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350685800846>

Tejerina, M. H. (2007). Asfixia neonatal. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, (46) 2, 145-150. Recuperado el 02 de octubre de 2018 desde: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752007000200012](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752007000200012)

UNESCO (1990). Declaración Mundial sobre la Educación para Todos y Marco de acción para Satisfacer las Necesidades básicas de Aprendizaje. Jomtién: Autores. Recuperado el 17 de agosto de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001275/127583s.pdf>

— (1994). *World Conference on Special Needs Education: Access and Quality*. España: Autor. Recuperado el 13 de octubre de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001107/110753eo.pdf>

- (1999). El desarrollo del niño en la primera infancia: echar los cimientos del aprendizaje. Francia: Autor. Recuperado el 7 de septiembre desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001163/116350so.pdf>
- (2000). Marco de Acción de Dakar. Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos comunes. Francia: Autores. Recuperado el 19 de agosto de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001211/121147s.pdf>
- (2004). Temario abierto sobre la educación inclusiva. Materiales de apoyo para los responsables de las políticas educativas. Santiago, Chile: Autor. Recuperado el 7 de enero de 2018 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001252/125237so.pdf>
- (2005). Guidelines for Inclusion: Ensuring Access to Education for All. París: Autor. Recuperado el 15 de septiembre de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001402/140224e.pdf>
- (2007). Strong foundations: Early childhood care and education: Education for All. París: Autor. Recuperado el 15 de septiembre de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001477/147794e.pdf>
- (2008). Indicadores de la educación de la primera infancia en América Latina, propuestas y experiencias piloto. Chile: Autor. Recuperado el 18 de septiembre de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001629/162970S.pdf>
- (abril-junio de 2009). Inclusion of Children with Disabilities: The Early Childhood Imperative. UNESCO Policy Brief on Early Childhood. (46), Recuperado el 18 de septiembre de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001831/183156e.pdf>
- (2010). AEPI: informe regional América Latina y el Caribe. Moscú: Autor. Recuperado el 6 de agosto de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001892/189212s.pdf>
- (2015). Declaración de Incheon. Educación 2030: Hacia una educación inclusiva y equitativa de calidad y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos. Incheon: Autor. Recuperado el 10 de octubre de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002338/233813m.pdf>



- UNESCO & UNICEF (2012). Early Childhood Care and Education. Bangkok: Autores. Recuperado el 19 de septiembre de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002171/217145e.pdf>
- (2013). Situación educativa de América Latina y el Caribe: Hacia la educación de calidad para todos al 2015. Chile: Autores. Recuperado el 4 de octubre de 2017 desde: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/images/SITIED-espanol.pdf>
- (2014). América Latina y el Caribe: Revisión regional 2015 de la educación para todos. Chile: Autores. Recuperado el 12 de septiembre de 2017 desde: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/images/SITIED-espanol.pdf>
- UNICEF (2001). Estado mundial de la infancia. New York: Autor. Recuperado el 16 de diciembre de 2017 desde: [https://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub\\_sowc01\\_sp.pdf](https://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_sowc01_sp.pdf)
- (2006). Observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño. Italia: Autor. Recuperado el 21 de septiembre de 2017 desde: <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/crcgencommes.pdf>
- (2011). Estrategia de UNICEF en América Latina y el Caribe para contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil. 2011-2015. Brasilia, Brasil. Recuperado el 31 de diciembre de 2017 desde: [https://www.unicef.org/lac/Estrategia\\_Mortalidad\\_Materna\\_Neonatal\(4\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal(4).pdf)
- (2013). The State of the World's Children 2013. Children with Disabilities. New York: Autor. Recuperado el día 13 de mayo de 2018 desde: <https://www.unicef.org/sowc2013/>
- (2015). Declaración de Incheon. Educación 2030: Hacia una educación inclusiva y equitativa de calidad y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos. Incheon: Autor. Recuperado el 10 de octubre de 2017 desde: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002338/233813m.pdf>

- (2015). Levels & Trends in Child Mortality, Report 2015. New York: Autor. Recuperado el 23 de noviembre de 2017 desde: [https://www.unicef.org/spanish/media/files/IGME\\_Report\\_Final2.pdf](https://www.unicef.org/spanish/media/files/IGME_Report_Final2.pdf)
- (2016). The state of the world's children 2016, a fair chance for every child. New York: Autor. Recuperado el 12 de diciembre de 2017 desde: [https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF\\_SOWC\\_2016.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf)
- & Centro de Investigación Innocenti (2007). Promoting the Rights of Children with Disabilities. Dinamarca: UNICEF. Recuperado el 10 de octubre de 2017 desde: <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/Promoting%20the%20Rights%20of%20Children%20with%20Disabilities.pdf>
- UNICEF (2015). For every child, a fair chance. The promise of equity. New York: Autor. Recuperado el día 12 de septiembre de 2017 desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70625886006>
- Vargas-Barón, E. & Janson, U. (2009). Early childhood and intervention, special education and inclusion. Ginebra: UNICEF. Recuperado el 15 de enero de 2018 desde: [https://www.unicef.org/eca/Belarus\\_English.pdf](https://www.unicef.org/eca/Belarus_English.pdf)
- Velasco, B. J. (2003). El control periódico En T. R. Chávez. Neurodesarrollo neonatal e infantil: un enfoque multi- inter y transdisciplinario en la prevención del daño. (pp. 255-261). México: Médica Panamericana.
- Vericat, A. & Orden, A. B. (2013). El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva*. (18) 10, 2977-2984. Recuperado el día 24 de mayo de 2018 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028210023>
- Victoria, M. J. A. (2013). Hacia un modelo de atención a la discapacidad basado en los derechos humanos. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. (138) 46, 1093-1109. Recuperado el 16 de abril de 2018 desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42728900008>
- Warnock, H. M. (1978). Special educational needs. Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People. London: Her Majesty's Stationery. Recuperado el día 3 de octubre de 2017

desde:

<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20101007182820/http://sen.ttrb.ac.uk/attachments/21739b8e-5245-4709-b433-c14b08365634.pdf>

Wolf, M. M. (1978). Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*. (11) 2, 203-214. Doi: 10.1901/jaba.1978.11-203

Woodhouse, S., Miah, A. & Rutter, M. (2017). A new look at the supposed risks of early institutional rearing. *Psychological medicine*, 1-10. Recuperado el 2 de febrero de 2018 desde: [https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/files/71992386/A\\_new\\_look\\_at\\_WOODHOUSE\\_Accepted9May2017\\_GREEN\\_AAM.pdf](https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/files/71992386/A_new_look_at_WOODHOUSE_Accepted9May2017_GREEN_AAM.pdf)

Zafeiriou, D. I. (2004). Primitive Reflexes and Postural Reactions in the Neurodevelopmental Examination. *Pediatric Neurology*. (31) 1, 1-8. Recuperado el día 10 de junio de 2018 desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15246484>

## Anexo A

Invitación

Ciudad de México a 15 de marzo de 2017

Estimada familia

**ASUNTO: Invitación**

### **P R E S E N T E**

El Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México invita a participar en el Programa para la “Promoción de la crianza materna como factor protector para niños con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia”, el cual pretende estudiar el desarrollo temprano de infantes de 1 a 12 meses de edad dentro del contexto familiar y proporcionar apoyo profesional en caso de encontrar necesidades educativas en los y las menores participantes. Dicho proyecto será supervisado por la Dra. Guadalupe Acle Tomasini y realizado por la Lic. Verónica García Olguín.

En el desarrollo del niño es indispensable el establecimiento de la relación primordial madre-infante. Las actividades rutinarias que esta “diada” realiza en forma de rutinas son trascendentales en el crecimiento físico y en el desarrollo psicológico del niño, siendo capaces de influir en el resto de la vida del individuo.

Al contar con su participación en este proyecto, nos permitirá conocer la respuesta de su hijo/a a la estructuración de rutinas de cuidado adaptadas a sus necesidades específicas y dentro de su ambiente cotidiano, con la finalidad de optimizar su desarrollo.

En concordancia con el código ético de la investigación, aseguramos completa confidencialidad de la identidad de su hijo/a, ya que la información proporcionada será manejada de manera anónima.

Si Ud. está interesada en participar, por favor sírvase a dar lectura y a rubricar el formato de consentimiento informado y/o el permiso limitado para uso de videos y fotografías que se anexan con esta invitación.

Para cualquier duda o aclaración, podrá ponerse en contacto con la Dra. Guadalupe Acle Tomasini, tutora del Programa de Posgrado, Maestría en Psicología, Residencia en Educación Especial, o con la Lic. Verónica García Olguín, responsable del estudio.

Quedamos a la espera de su respuesta.

**A T E N T A M E N T E**

Dra. Guadalupe Acle Tomasini



Lic. Verónica García Olguín



## Anexo B

### Formato de datos sociodemográficos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA



#### DATOS PERSONALES/SOCIODEMOGRAFICOS

FOLIO	
NOMBRE DEL/DE LA INFANTE	
FECHA DE NACIMIENTO	
No. DE HERMANOS/ORDEN DE NACIMIENTO	
NOMBRE DE LA MADRE	
EDAD DE LA MADRE	
ESCOLARIDAD	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
NOMBRE DEL PADRE	
EDAD DEL PADRE	
ESCOLARIDAD	
OCUPACION	
DOMICILIO	
RELIGION	
INSTITUCIÓN DE SALUD	
TELEFONO	
TOTAL DE HABITACIONES EN EL HOGAR	
No. DE BANOS COMPLETOS CON REGADERA Y WC	

## Anexo C

### Formato para el consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la información proporcionada. También, he tenido la oportunidad de preguntar acerca del Programa para la “Promoción de la crianza materna como factor protector para infantes con retraso global del desarrollo desde el enfoque de riesgo/resiliencia” para optimizar el desarrollo temprano de los y las infantes de 1 a 12 meses de edad dentro del contexto familiar, supervisado por la Dra. Guadalupe Acle Tomasini y realizado por la Lic. Verónica García Olguín, ambas adscritas a la Universidad Nacional Autónoma de México, y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante en conjunto con mi hijo/a \_\_\_\_\_ y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que nos afecte en alguna manera.

Nombre de la Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Nombre y forma del Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado \_\_\_\_\_  
(Firma del investigador)

Me ha sido proporcionada una copia de este documento de Consentimiento Informado \_\_\_\_\_ (Firma del participante)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
 PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
 RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL  
 PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
 CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

<b>Bienvenida (encuadre)</b>	<b>SESIÓN: 1</b> <b>DURACIÓN: 65 min</b>
<b>Materiales:</b> Colchoneta, pizarrón blanco portátil.	
<b>INICIO</b>	
<p><b>1. Presentación.</b>  <b>Tiempo: 15 min.</b>                  Para la presentación, La facilitadora empleará la técnica de presentación <i>gustos y disgustos</i>, con el objetivo de iniciar el establecimiento del rapport entre la facilitadora y la diada madre/infante.                  La facilitadora...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Inicio.</b> Dará la bienvenida a la diada y se presentará, dando una descripción de su rol durante el desarrollo de la sesión. Al mismo tiempo, solicita a la madre que se ponga cómoda acostando a su hijo/a sobre una colchoneta, de manera que se favorezca el contacto visual entre ambos.</li> <li>- <b>Desarrollo.</b> A continuación, explicará a la madre la dinámica de presentación de la diada proporcionando las siguientes preguntas guía: ¿cómo se describe a sí misma la madre?, ¿cómo describe a si hijo/a?, ¿qué es lo que más y lo que menos le gusta de la forma de ser de su hijo/a?</li> <li>- <b>Cierre.</b> Agradecerá a la madre el haber compartido sus gustos y disgustos y por describirse y describir a su hijo/a.</li> </ul>	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL  
PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

**DESARROLLO**

**2. Identificación y análisis de expectativas.**

**Tiempo: 15 min.**

Para la identificación y análisis de las expectativas e intereses globales de la madre con respecto del programa, La facilitadora empleará la estrategia de enseñanza y aprendizaje de *preguntas guía*.

La facilitadora...

- **Inicio.** Explicará a la madre la dinámica conforme a la que se irán respondiendo ciertas cuestiones del desarrollo de su hijo/a y de la crianza del/de la mismo/a, subrayará que la guía de preguntas propuesta ayudará a analizar e identificar sus expectativas e intereses en caso de que decida participar en el programa de intervención, lo que permitirá individualizar las actividades.
- **Desarrollo.** Solicitará a la madre que comparta (verbalmente o por escrito) sus expectativas e intereses por participar en conjunto con su hijo/a en el programa de intervención respondiendo a las siguientes preguntas guía: ¿por qué está interesada en que su hijo/a participe en el programa de intervención? (su opinión sobre los hitos del desarrollo que ha logrado o no su hijo/a); ¿para qué participaría en el programa de intervención? (objetivo de su participación); ¿qué se trabajaría durante el programa de intervención? (actitudes maternas y hábitos de crianza relacionados con el desarrollo del niño que le interesa aprender); ¿quiénes serían los involucrados en el proceso de enseñanza y aprendizaje? (el papel que espera desarrollen tanto La facilitadora, como la diada madre/infante)
- **Cierre.** Agradecerá a la madre el haber compartido sus expectativas e intereses.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

### 3. Presentación del programa.

**Tiempo: 10 min.**

La facilitadora presentará el programa, proporcionando una imagen global del mismo, y subrayando la relación que guarda la crianza materna con el desarrollo infantil. Para organizar la secuencia de presentación, La facilitadora se apoyará en una serie de *preguntas guía*.

La facilitadora...

- **Inicio.** Presentará el programa de intervención al proporcionar una descripción global del mismo.
- **Desarrollo.** Responderá a preguntas guía con respecto de la importancia que tiene el programa de intervención temprana en la potencialización del desarrollo del niño con Retraso Global del Desarrollo (RGD), a través de la crianza materna: ¿por qué intervenir al niño/niña? (proporcionando los resultados del diagnóstico que confirma RGD en el/la niño/a); ¿para qué intervenir tempranamente? (objetivo del programa); ¿qué intervenir? (actitudes maternas y hábitos de crianza relacionados con el desarrollo del niño); ¿quiénes serán los involucrados en el proceso de enseñanza y aprendizaje? (facilitador, diada madre/infante); ¿cómo será el proceso de enseñanza y aprendizaje, y la forma de evaluar?; ¿cuándo se llevará a cabo el proceso completo y los momentos en los que se subdividirá?; ¿dónde se llevará a cabo el programa?; ¿cuánto tiempo durará el programa? Responderá a las dudas que la madre presente con respecto del programa de intervención.
- **Cierre.** Concluirá la presentación dando lectura al formato de consentimiento informado. Posteriormente, dará un espacio para que la madre decida sobre su participación en el programa de intervención. En caso afirmativo, procederá a la firma del formato de consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

**4. Plenaria de acuerdos y organización operativa.**

**Tiempo: 10 min.**

La facilitadora llegará a acuerdos en conjunto con la madre sobre:

- El sitio y hora de reunión para desarrollar el programa.
- Las responsabilidades de los involucrados en el proceso de enseñanza y aprendizaje.
- La forma de evaluar el proceso de enseñanza y aprendizaje (formativa y sumativa).
- Las fechas de evaluación del desarrollo infantil.

**5. Evaluación diagnóstica.**

**Tiempo: 10 min.**

Para realizar la evaluación diagnóstica, La facilitadora empleará la técnica de entrevista abierta para abordar los siguientes temas:

- Descripción de un día en su rutina diaria
- Lo que más se le facilita/dificulta en la crianza de su hijo/a.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

**CIERRE**

**Cierre del encuadre.**

**Tiempo: 5 min.**

Para el cierre del encuadre, La facilitadora...

- Agradecerá a la diada madre/infante su aceptación a participar en el programa de intervención.
- Dará la bienvenida formal para iniciar el proceso de intervención.
- Recordará a la madre la fecha, hora y punto de reunión para realizar la próxima sesión.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
 PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
 RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
 CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

<b>EJE:</b> Características del desarrollo del niño de cero a doce meses de edad <b>ÁMBITO:</b> Desarrollo personal y social <b>SUBÁMBITO:</b> Identidad y autoestima		<b>SESIÓN: 2</b> <b>DURACIÓN: 35 min</b>
<b>COMPETENCIA DEL NIÑO</b>	<b>COMPETENCIA DE LA MADRE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Adquiere una imagen de sí mismo para diferenciarse progresivamente de su madre.	Apoya al niño para que adquiera una imagen positiva de sí mismo.	<b>Tiempo:</b> 5 min. y a lo largo de la sesión. <b>Materiales:</b> Colchoneta, muñeco.
<b>CRITERIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>LA FACILITADORA</b>
Reacciona (detiene o aumenta su actividad) cuando se le llama por su nombre.	Llama a su hijo/a por su nombre.	<b>Inicio.</b> Saludará a la diada madre/infante, presentando la primera parte de la canción "Te extrañé/te extrañaré". <b>Desarrollo.</b> Explicará a la madre la importancia de llamar por su nombre al/la niño/a en el desarrollo de su identidad. La invitará a continuar llamando por su nombre al/la niño/a a lo largo de la sesión. <b>Cierre.</b> La animará a reproducir esta experiencia en el ambiente familiar. Dará inicio a la sesión.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
 PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
 RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
 CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

<b>ÁMBITO:</b> Desarrollo personal y social <b>SUBÁMBITO:</b> Identidad y autoestima		
<b>COMPETENCIA DEL NIÑO</b>	<b>COMPETENCIA DE LA MADRE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Establece una relación afectiva de confianza con su madre o cuidador para desarrollar independencia progresiva.	Responde a las necesidades físicas y emocionales del niño al crear una relación afectiva de confianza que le permita sentirse valorado, seguro y ser independiente.	<b>Tiempo:</b> 30 min. <b>Materiales:</b> Colchoneta, muñeco.
<b>CRITERIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>LA FACILITADORA</b>
Sonríe en respuesta a la atención de la madre. Vocaliza en respuesta a la atención de la madre.	Interpreta las señales de: hambre, sueño, frío, calor, alegría, tristeza de su hijo/a.	<b>Inicio.</b> Preguntará a la participante acerca de su experiencia al tratar de interpretar las señales de hambre, sueño, frío, calor, alegría o tristeza de su hijo. Animará a la participante a describir la dificultad o la facilidad para darse cuenta de lo que necesita su hijo para estar confortable. <b>Desarrollo.</b> Expondrá con ejemplos la capacidad del niño pequeño para dar a conocer sus diferentes necesidades. Animará a la madre a tomarse un momento para detectar el estado general de su hijo/a, de ser posible, interpretar alguna necesidad que se presente durante la sesión. <b>Cierre.</b> Solicitará a la madre a exponer su experiencia durante la sesión. La animará a reproducir esta experiencia en el ambiente familiar.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
 PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
 RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
 CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

<b>EJE:</b> Características del desarrollo del niño de cero a doce meses de edad		<b>SESIÓN: 19</b>
<b>ÁMBITO:</b> Desarrollo personal y social		<b>DURACIÓN: 60 min</b>
<b>SUBÁMBITO:</b> Identidad y autoestima		
<b>COMPETENCIA DEL NIÑO</b>	<b>COMPETENCIA DE LA MADRE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Adquiere una imagen de sí mismo para diferenciarse progresivamente de su madre.	Apoya al niño para que adquiera una imagen positiva de sí mismo.	<b>Tiempo:</b> 5 min. y a lo largo de la sesión. <b>Materiales:</b> Colchoneta, muñeco.
<b>CRITERIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>LA FACILITADORA</b>
Abre la puerta de la casa para recibir a la facilitadora.	Proporciona referenciación social al/a la niño/a que propicia la conducta motora (abrir la puerta) para recibir a la facilitadora.	<b>Inicio.</b> Saludará a la diada madre/infante, presentando la primera parte de la canción "Te extrañé/te extrañaré".
<b>CRITERIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>LA FACILITADORA</b>
		<b>Desarrollo.</b> Indicará a la madre la manera de asociar la conducta motora del/de la niño/a (abrir la puerta) para recibir a la facilitadora. Invitará a la madre a realizar esta actividad con las personas que componen el ambiente familiar. <b>Cierre.</b> Dará inicio a la sesión.
<b>ÁMBITO:</b> Desarrollo personal y social		
<b>SUBÁMBITO:</b> Identidad y autoestima		
<b>COMPETENCIA DEL NIÑO</b>	<b>COMPETENCIA DE LA MADRE</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Establece una relación afectiva de confianza con su madre o cuidador para desarrollar independencia progresiva.	Comprende y responde a las necesidades físicas y emocionales del niño al crear una relación afectiva de confianza que le permita sentirse valorado, seguro y ser independiente.	<b>Tiempo:</b> 5 min. <b>Materiales:</b> Colchoneta, juguetes favoritos.
<b>CRITERIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>LA FACILITADORA</b>
Invita a la madre a integrarse en su actividad luego de reencontrarse con ella tras una corta ausencia.	Se integra en la actividad que su hijo/a realiza tras el reencuentro de ambos, lo que fomenta en el/la niño/a el establecimiento de una relación afectiva de confianza.	<b>Inicio.</b> Hará un recuento en conjunto con la madre sobre las habilidades que el/la niño/a ha desarrollado hasta el momento, lo que le permitirá realizar actividades que reflejan el logro en el establecimiento de relaciones afectivas de confianza.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
 PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
 RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
 CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

CRITERIO	CRITERIO	LA FACILITADORA
		<p><b>Desarrollo.</b> Acordará en conjunto con la madre una rutina aplicable en cualquier oportunidad en la que el/la niño/a haya un reencuentro madre/infante (la madre acaba de llegar de la calle, regresa de otra habitación) integrándose a la actividad que en ese momento ya se estaba realizando el/la niño/a (se acerca a jugar con él/ella). Enfatizará la importancia de reestablecer el contacto social (interesándose genuinamente por compartir la actividad).</p> <p><b>Cierre.</b> Animará a la madre a realizar esta actividad durante la rutina diaria.</p>
<p><b>ÁMBITO:</b> Desarrollo personal y social  <b>SUBÁMBITO:</b> Autorregulación y autonomía</p>		
COMPETENCIA DEL NIÑO	COMPETENCIA DE LA MADRE	ACTIVIDAD
Adquiere progresivo autocontrol de sus emociones y comportamientos dentro de una relación de afecto.	Demuestra un acompañamiento flexible durante la rutina de cuidado del niño.	<p><b>Tiempo:</b> 5 min.  <b>Materiales:</b> Caja angosta, muñeco que difícilmente puede sacarse de la caja.</p>
CRITERIO	CRITERIO	LA FACILITADORA
Intenta resolver problemas sencillos que en otras ocasiones ha observado cómo los resuelve la madre.	Promueve que el/la niño/a resuelva problemas proporcionando ejemplos susceptibles de generalización.	<p><b>Inicio.</b> Expondrá a la madre la importancia de proporcionar al/a la niño/a ejemplos constantes sobre la solución de problemas cotidianos que fácilmente puedan generalizarse.</p> <p><b>Desarrollo.</b> Acordará con la madre una rutina de interacción proporcionando al/a la niño/a una caja en la que se ha introducido un muñeco que difícilmente cabe y que difícilmente saldrá. Enfatizará que, inicialmente, le dará la oportunidad al/a la niño/a de intentarlo por sí mismo/a, si no lo consigue será necesario mostrarle cómo sacarlo para volverlo a meter y darle otra oportunidad.</p> <p><b>Cierre.</b> La invitará a integrar esta experiencia en la rutina cotidiana.</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

<b>Cierre del programa</b>	<b>SESIÓN: 20</b> <b>DURACIÓN: 40 min</b>
<b>Materiales:</b> Pizarrón blanco portátil, esquema del cuerpo humano, diagrama de hitos del desarrollo, escala de validación social.	
<b>INICIO</b>	
<b>Tiempo: 5 min.</b> La facilitadora... <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Inicio.</b> Saludará a la diada madre/infante, presentando la primera parte de la canción "Te extrañé/te extrañaré".</li><li>- <b>Desarrollo.</b> A continuación, describirá a la madre el objetivo y la secuencia del desarrollo de la sesión.</li><li>- <b>Cierre.</b> Dará inicio a la sesión.</li></ul>	





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

**DESARROLLO**

**1. Recapitulación.**

La recapitulación se enfocará en los logros que la diada madre-hijo consiguieron a lo largo de la aplicación del programa de intervención.

**Tiempo: 15 min.**

La facilitadora...

- **Inicio.** Actualizará en conjunto con la madre el diagrama de hitos del desarrollo del/de la niño/a.
- **Desarrollo.** A continuación, se apoyará en el diagrama de hitos del desarrollo y en el esquema del cuerpo humano para recapitular los avances de la diada madre/infante, de manera que se resalten las características que los/las describían tanto al inicio, como durante y al final de la aplicación del programa.
- **Cierre.** Animará a la madre a compartir su experiencia en conferencia.

**2. Validación social del programa.**

**Tiempo: 15 min.**

Para la realización de la validación social del programa se empleará la escala correspondiente.

La facilitadora...

- **Inicio.** Explicará a la madre la importancia de obtener la validación social a través de su experiencia en la participación en el programa de intervención.
- **Desarrollo.** Solicitará a la madre que responda a la escala de validación social.
- **Cierre.** Agradecerá a la madre el haber compartido su experiencia a través de la escala de validación social.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR PARA INFANTES  
CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

**CIERRE**

**Despedida.**

**Tiempo: 5 min.**

Para la despedida, la facilitadora...

- Agradecerá a la diada madre/infante por su participación en el programa de intervención.
- Animará a la madre a continuar fomentando el desarrollo integral de su hijo/a.
- Se despedirá de la diada madre/infante, presentando la última parte de la canción "Te extrañé/te extrañaré".

## Anexo E

### Cuestionario de Autoevaluación del Desempeño de la Madre Durante su Participación en el Programa de Intervención Temprana



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN EDUCACIÓN ESPECIAL  
PROGRAMA PARA LA PROMOCIÓN DE LA CRIANZA MATERNA COMO FACTOR PROTECTOR  
PARA INFANTES CON RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO DESDE EL ENFOQUE DE RIESGO/RESILIENCIA

Para mejorar la calidad de esta intervención, le solicitamos que responda a las siguientes cuestiones sobre su experiencia durante esta sesión.



Marque con una X el número de la sesión:
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Fecha:

Mi hijo es:
Autoevaluación de la mamá
Durante la sesión me sentí:
Creo que lo mejor que hice durante la sesión fue:
Me parece que más se me dificulta es:

## Anexo F

Diario de campo



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

REGISTRO ANECDOTICO SESION NO.	COMENTARIOS DE LA FACILITADORA