



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO PARA
NIÑOS DE 0 A 24 MESES CON ANTECEDENTES DE RIESGO PERINATAL
EN EL HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO GUERRERENSE**

Que para obtener el grado de
MAESTRA EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

P R E S E N T A

RUTH ALONSO HERNÁNDEZ

COMITE TUTORAL:

M. EN R.N. FABIOLA SOTO VILLASEÑOR

DR. IVAN ROLANDO RIVERA GONZÁLEZ

DICIEMBRE 2018



Se agradece al Instituto Nacional de Pediatría, al personal, especialistas del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo, padres de familia y pacientes, por las facilidades y el apoyo brindados en la capacitación recibida para la realización de este trabajo.

Ciudad de México, a 21 de diciembre de 2018

COMISION ACADÉMICA

MAESTRIA EN REHABILITACION NEUROLOGICA

P R E S E N T E

Los que suscribimos la presente, miembros del Comité Tutorial de la alumna **Ruth Alonso Hernández**, matrícula 2163803998, por este medio informamos que ha sido revisada y aprobada la versión final de la Idónea Comunicación de Resultados correspondiente al Proyecto de Investigación denominado *Programa de Seguimiento del neurodesarrollo para niños de 0 a 24 meses con antecedentes de riesgo perinatal en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense*.

A T E N T A M E N T E

COMITE TUTORAL:

M. EN R.N. FABIOLA SOTO VILLASEÑOR

DR. IVAN ROLANDO RIVERA GONZÁLEZ

DEDICATORIAS

A mi Padre Dios:

“Pon en las manos del Señor todo lo que haces, y tus planes tendrán éxito”. Proverbios 16:3.

A mis padres y hermanos:

Por estar conmigo en todo tiempo y apoyarme en cada uno de mis proyectos.

A las madres y niños guerrerenses:

Por ser mi inspiración para emprender nuevos retos profesionales.

AGRADECIMIENTOS

Secretaría de Salud:

Por otorgarme la beca de posgrado para mi formación profesional y que gracias a este beneficio ha sido posible cursar la Maestría.

Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense:

A los directivos y al personal que me han apoyado durante mi estancia en los estudios de posgrado.

Maryem:

Contigo tuve mi primer acercamiento en la intervención temprana, gracias por tu ayuda y por esperar mi regreso.

Sr. Sabino y Teo:

Por su ayuda incondicional y por motivarme a hacer realidad mis sueños.

Maestra Faby:

Por guiarme y acompañarme hasta la culminación de esta Tesis. Le agradezco su paciencia, entrega y compromiso en arduas horas de trabajo. Gracias porque a pesar de sus actividades laborales y académicas, siempre tuvo tiempo para mí.

Dra. Paty:

Gracias por creer en mí. Le tengo un gran aprecio desde aquella entrevista, donde me expresó su interés de que tuviera la oportunidad de aprender y superarme profesionalmente.

Al personal del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo:

Dr. Rolando, como mi asesor siempre atento y dispuesto a la enseñanza; Dra. Miriam, por ayudarme en mis solicitudes para concluir la Tesis y sus consejos; Dra Silvia y Lupita al compartir conmigo sus conocimientos y experiencia profesional; y demás personal que contribuyó de alguna manera en mi formación profesional.

A los académicos de la Maestría:

De cada uno de ustedes me llevo las bases para seguir aprendiendo, al sembrar en mí la pasión por la investigación y la docencia: Dra. Sánchez, Dr. Mandujano, Dra. Irigoyen, Maestra Nájera, Dra. Carolina, Dr. Zepeda, Dra. Paty, Maestra Fabiola y demás.

A mis compañeros de la generación 36:

A cada uno de mis compañeros por compartir experiencias, trabajar en equipo y convivir durante dos años en la Maestría: Avril, Noé, Citlalli, Eliana, Rosy, Jose, Adriana, Danny y Dra. Mercedes. Me los llevo en el corazón.

INDICE

INTRODUCCIÓN	9
I. ANTECEDENTES.....	10
 CAPÍTULO 1. NEURODESARROLLO INFANTIL Y SUS ALTERACIONES.....	10
1.1 ABORDAJE DEL NEURODESARROLLO INFANTIL.....	10
1.2 FACTORES DE RIESGO PARA ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO INFANTIL	11
1.2.1 FACTORES DE RIESGO EN EL NIÑO PREMATURO.....	13
1.2.2 FACTORES DE RIESGO EN EL NIÑO CON ASFIXIA PERINATAL Y ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA.....	19
1.3 DAÑO NEUROLÓGICO PERINATAL Y SECUELA	24
1.4 DISCAPACIDAD EN MEXICO	27
 CAPÍTULO 2. INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA LA PREVENCIÓN DE ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO Y DISCAPACIDAD.	28
2.1 CONCEPTOS DE ESTIMULACIÓN Y DE INTERVENCIÓN TEMPRANA	28
2.2 LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.....	30
2.3 CONCEPTUALIZACIÓN DEL DESARROLLO COMO FUNDAMENTO DE LA INTERVENCIÓN	31
2.4 MODELOS DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA.....	33
2.5 EXPERIENCIAS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON RIESGO EN EL ÁMBITO DE SALUD	37
2.6 EL MODELO DE INTERVENCIÓN CENTRADO EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO	40
2.6.1 DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO	40
2.6.2 MODELO DE INTERVENCIÓN CENTRADO EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO	41
2.6.3 PROGRAMA DE CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO	44
 CAPÍTULO 3. POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN EL SECTOR SALUD EN MÉXICO PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN RIESGO PARA EL DESARROLLO.	49
3.1 POLITICAS EN EL SECTOR SALUD EN MEXICO	49
3.2 PROGRAMAS EN EL SECTOR SALUD EN MEXICO	52
 II. JUSTIFICACIÓN DE TRABAJO.....	54
 III. OBJETIVOS	56

IV. METODO	57
1ª. FASE. DETERMINACIÓN DE NECESIDADES DE LOS DESTINATARIOS DEL PROGRAMA EN CHILPANCINGO, GUERRERO.	57
2ª. FASE. DISEÑO DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO	58
V. RESULTADOS.....	60
1ª. FASE. DETERMINACIÓN DE NECESIDADES DE LOS DESTINATARIOS DEL PROGRAMA EN CHILPANCINGO, GUERRERO.	60
1. CONTEXTO AMPLIO EN RELACIÓN A LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.	60
2. NORMATIVIDAD EXISTENTE DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EL SECTOR SALUD	74
3. PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	81
4. ANALISIS DE LA SITUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE QUIEN FORMULA LA PROPUESTA DEL DISEÑO DEL PROGRAMA.....	82
2ª. FASE. DISEÑO DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO	84
1. ANALISIS DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO GUERRERENSE	84
2. COMPARACIÓN CON EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL LABORATORIO DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO (INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA)	107
3. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES A CONSIDERAR EN EL DISEÑO DEL PROGRAMA A PARTIR DE LAS NECESIDADES.....	125
VI. CONCLUSIONES	132
VII. LIMITACIONES.....	134
VIII. BIBLIOGRAFÍA	135

INTRODUCCIÓN

El Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG) atiende al embarazo de alto riesgo y al recién nacido grave, en el tratamiento de afecciones originadas en la etapa perinatal, periodo crítico debido a la vulnerabilidad del sistema nervioso ante múltiples factores (Sánchez, Arévalo, Figueroa, & Nájera, 2014), entre las principales se encuentran la prematurez, dificultad respiratoria, asfisia perinatal, sepsis, etc., mismas que coinciden con los datos estadísticos a nivel estatal, nacional y mundial (INEGI, 2010; Fernández, Gutiérrez, & Viguri, 2012; Oza, Lawn, Mathers, & Cousens, 2014). De acuerdo a la OMS & Banco Mundial, (2013) los problemas originados durante el nacimiento representa un 10.7% de causas de discapacidad más reportadas por la población.

El recién nacido que ha cursado una estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y/o la Unidad de Terapia Intermedia (UTIN), al egreso es citado a los Servicios de Estimulación Temprana y a la Consulta Externa de Pediatría para su seguimiento por dos años, siendo el perfil de la población y la demanda de atención los principales motivos por los que se requiere contar con un Programa de Seguimiento del Neurodesarrollo cuyos contenidos aborden los factores de riesgo biológicos, psicosociales y ambientales, para la prevención de secuelas y discapacidades (Alvarado, 2009), con acciones dirigidas al paciente y a sus padres o cuidadores principales y la intervención oportuna de expresiones funcionales que pueden manifestarse a corto plazo como postura, movilidad, reflejos, tono, etc., (Sánchez, et al., 2003a) y prevenir secuelas que pueden manifestarse a largo plazo en la edad preescolar y escolar como son habilidades motrices, conductuales, lectura, matemáticas, dificultades cognitivas, memoria, entre otras (Hayes, et al., 2018; Allotey, et al., 2018; Van, et al., 2015).

Se presenta como resultado la propuesta de un Programa que toma como referencia el Modelo de Intervención del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría y la Universidad Autónoma Metropolitana (INP-UAM) cuyos objetivos son la prevención de discapacidad, capacitación de los cuidadores principales en estrategias de cuidado, crianza y promoción del desarrollo y la capacitación a los profesionales como facilitadores del proceso (Sánchez, Rivera, Mandujano, & Figueroa, 2009; Sánchez, et al., 2008; Sánchez, Rivera, Figueroa, & Romero, 2004) factible de operarse en el hospital, utilizando los recursos propios (humanos, materiales y físicos).

I. ANTECEDENTES

CAPITULO 1

NEURODESARROLLO INFANTIL Y SUS ALTERACIONES

1.1. ABORDAJE DEL NEURODESARROLLO INFANTIL

El neurodesarrollo es el proceso de adquisición de nuevas funciones por mayor organización y regulación del medio interno, y adaptarse a su medio externo, construyéndose progresivamente, etapa por etapa, donde juega un papel determinante los factores individuales y ambientales (Alvarado, Sánchez, & Mandujano, 2013). Rodríguez & Herrero, (2012) definen al neurodesarrollo como “proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de las funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad”.

En la perspectiva del neurodesarrollo la etapa perinatal es considerada un periodo crítico debido a la vulnerabilidad del sistema nervioso ante múltiples factores, pudiendo ocasionar alteraciones que pueden manifestarse a corto y largo plazo (Sánchez, et al., 2014). Los periodos críticos implicados en el neurodesarrollo son la migración de neuronas, la formación de sinapsis y la mielinización (Pallares, 2007).

Mandujano, Sánchez, Romero, Rivera, & Muñoz (1996) refieren que el proceso del neurodesarrollo obedece a leyes y principios:

1. Ontogénicas de la embriogénesis:
 - a. Leyes de la segmentación.
 - b. Leyes de la diferenciación interna.
 - c. Leyes de la reintegración funcional entre los segmentos, de los elementos diferenciados entre sí y con el medio ambiente.
 - d. Ley de las totalidades.
2. Ley de la autorregulación: La interacción de los segmentos para mantener un equilibrio dinámico.
3. Epigénesis: Se construye el desarrollo etapa por etapa, consolidando esquemas existentes y enriqueciendo estos con nuevas posibilidades.

4. Principio de la equifinalidad: Independientemente del punto de partida y de las condiciones circunscritas es posible llegar a un mismo fin, o diferente pero equivalente.
5. Ley de Hugglings Jackson: Explica la susceptibilidad de las funciones más recientes en la filogenia.
6. Principio de la unidad de la acción: Correlaciona todas las leyes anteriormente mencionadas.

La exploración del neurodesarrollo debe realizarse en el contexto de la morbilidad neonatal y de antecedentes prenatales fetales y maternos (Alvarado, et al., 2013). De acuerdo con Sánchez et al. (2003a), las principales alteraciones en el neurodesarrollo de origen perinatal pueden tener expresiones clínicas en el neonato, al cursar con alteraciones de la postura, movilidad, reflejos y tono, factibles de ser agrupado en síndromes.

1.2. FACTORES DE RIESGO PARA ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO INFANTIL

Los factores de riesgo son eventos físicos, químicos o ambientales asociados con mayor probabilidad que otros con la presencia de enfermedades o alteraciones en el desarrollo, se les atribuye cierto efecto causal, éstos pueden ser *prenatales* en donde se consideran antecedentes reproductivos de la madre y su exposición a efectos adversos; *perinatales* que abarcan las complicaciones en el embarazo, exposición a enfermedades maternas, condiciones fetales, complicaciones de parto y condiciones del neonato; y *posnatales* a los factores a los que el niño está expuesto en relación a su medio como factores infecciosos, crónicos o tratamientos (Alvarado, 2009).

Existen una variedad de factores biológicos y socioculturales influyen en el desarrollo infantil, algunos de los cuales protegen y mejoran el desarrollo, en tanto que otros comprometen su desarrollo, denominados factores de riesgo (OMS & UNICEF, 2013).

Un factor de riesgo es un elemento o característica mensurable se constituye un factor predictivo independiente y significativo del riesgo para contraer una enfermedad (O'Donnell & Elosua, 2008).

Pérez & Brito (2004) identifican tres categorías de riesgo que conducen a riesgos evolutivos adversos, en cuya interacción determina el mayor o menor grado de riesgo en el niño:

1. *Niños con riesgo establecido*: Quienes presentan un diagnóstico físico o mental, tienen una alta probabilidad de un retraso en el desarrollo, como son niños con síndrome de Down, microcefalia, trastornos metabólicos, entre otros.
2. *Niños con riesgo biológico/médico*: Se encuentran en una condición que les aumenta la probabilidad de padecer un retraso, por prematurez, hemorragias intraventriculares, asfixia perinatal, etc.
3. *Niños con riesgo ambiental*: Se relacionan con factores que tienen que ver con el ambiente de cuidado que recibe el niño y la situación familiar. Como el maltrato, abuso o negligencia infantil, pobreza, etc.

En el *contexto ambiental*, de acuerdo a Walker et al. (2011) los riesgos de la infancia asociados con la pobreza, falta de estimulación o el estrés excesivo, afectan el desarrollo del cerebro, provocan una desregulación del sistema hipotálamo-hipófisis-adrenocortical y alteran la actividad eléctrica del cerebro relacionada con la eficiencia del procesamiento cognitivo.

Los estímulos del ambiente refuerzan selectivamente conexiones adecuadas o eliminan conexiones inadecuadas, para la creación y redistribución de mapas sinápticos, por lo que los circuitos neuronales definitivos, de los que dependen las capacidades funcionales del cerebro son modelados por la experiencia, no están presentes al nacer ni son invariantes en el desarrollo. El periodo posnatal temprano y la infancia se considera de oportunidad para modelar estas bases estructurales del cerebro, pero a la vez, también representa periodos de gran vulnerabilidad para alterar el desarrollo normal del cerebro, la interrupción o ausencia de estímulos sensoriales o sociales adecuados pueden dar como resultado conexiones inadecuadas. La plasticidad neural es dependiente de la función y los estímulos ambientales producen cambios estables en las conexiones para adaptar el comportamiento a nuevas circunstancias ambientales (Piñero, Pérez, Vargas, & Candela, 2014).

Los factores de riesgo de *naturaleza psicosocial* pueden potencializar los riesgos perinatales y alterar el desarrollo posterior del niño; los acontecimientos y situaciones estresantes que vive la madre en el embarazo junto con un trabajo físico y mental duro y agotador, pueden provocar prematurez, bajo peso, alteraciones neurológicas, trastornos comportamentales,

problemas en el desarrollo, en el control emocional y en la motricidad (López, Rivas, & Taboada, 2012).

La relación entre la calidad de estimulación que recibe el niño en el ambiente familiar y el desarrollo infantil se ve influenciada por los *riesgos psicosociales* relacionados con la condición socioeconómica y salud mental materna, factores que intervienen significativamente en la interacción; al presentarse desventajas biológicas al mismo tiempo, los riesgos se incrementan (Soler, Rivera, Figueroa, Sánchez, & Sánchez, 2007). La madre puede fungir como una reorganizadora o desorganizadora de los obstáculos que limitan las acciones del niño con el medio, de tal forma que contribuya o no a modificar las manifestaciones de daño que impiden intercambios del niño con su entorno (Muñoz, Sánchez, Méndez, & Mandujano, 2003). Es importante destacar que para que la interacción funcione como factor protector, ambos miembros de la diada deben contar con un estado de salud física y emocionalmente adecuados, considerando la habilidad del cuidador como del niño para adaptarse uno al otro (Molero, Sospedra, Sabater, & Plá, 2011).

Essex et al. (2013) refieren que en base a investigaciones epigenéticas, que la experiencia temprana, deja una marca en el epigenoma y tiene el potencial de alterar la expresión génica en cambios adaptativos condicionales en vías metabólicas, endócrinas y neuroregulatorias; asociaciones encontradas a largo plazo con la adversidad familiar en los primeros 5 años de vida, observados en cambios epigenéticos identificados en la adolescencia, mediante la obtención de células epiteliales accesibles no invasivas, lo que constituye una memoria biológica.

1.2.1 FACTORES DE RIESGO EN EL NIÑO PREMATURO

En referencia a Sánchez et al. (2014) la inmadurez fisiológica y sus características clínicas constituyen factores de riesgo importantes; lo que representa gran probabilidad de presentar procesos mórbidos, por lo que un gran porcentaje ingresan a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), con periodos de atención prolongados. El sistema nervioso es uno de los sistemas de mayor susceptibilidad, pues en el periodo perinatal se encuentra en proceso de desarrollo importante, vulnerable a las alteraciones fisiológicas determinadas por la inmadurez. Los factores de riesgo en el prematuro se clasifican en biológicos y ambientales:

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO EN EL PREMATURO

Los principales sistemas que pueden incidir en el desarrollo del sistema nervioso son los sistemas cardiopulmonar, digestivo, función renal y los mecanismos de termorregulación; los cuales ocasionan variaciones en la irrigación cerebral, afectan el aporte de oxígeno y glucosa en el sistema nervioso, propiciando alteraciones en procesos metabólicos, pueden causar daño funcional o estructural. La deficiencia del sistema inmunitario también predispone al prematuro a desarrollar procesos infecciosos sistémicos.

Los factores relevantes para supervivencia y la calidad de vida del prematuro son:

Riesgo por alteración de la adaptación cardiopulmonar: La persistencia del conducto arterioso, no se cierra en respuesta al aumento de cifras de oxígeno y acción de prostaglandinas E_2 , permanece en relajación parcial, incrementa el volumen de sangre hacia los pulmones, causa congestión pulmonar y mayor retención de CO_2 ; el deterioro del intercambio de oxígeno en las vías respiratorias, puede llevar a la permanencia de una resistencia vascular elevada y problema respiratorio; la inmadurez del sistema respiratorio, incluyendo músculos que intervienen en la respiración y la incapacidad de producir cantidades suficientes de surfactante, necesario para atenuar la presión superficial de líquidos pulmonares y contribuir a la elasticidad del tejido pulmonar.

Riesgo por alteraciones en la termorregulación: En el prematuro la termorregulación se torna más difícil porque múltiples factores limitan la capacidad de generar calor y disminuir su pérdida; el hipotálamo es inmaduro, complicándose aún más con las características del prematuro como peso bajo, insuficiente grasa parda y propensión a problemas respiratorios que limitan la disponibilidad de oxígeno para llevar a cabo los procesos metabólicos energéticos; se incrementan las pérdidas de calor y agua por la deficiente respuesta de vasoconstricción periférica; postura en extensión favorece también la pérdida de calor; la radiación electromagnética dispersa en paredes o ventanas frías. La respuesta fisiológica a la pérdida de calor, ocasiona desequilibrios secundarios a la demanda de oxígeno y glucosa para reacciones metabólicas. Alteraciones que derivan en acumulación de ácido láctico con desequilibrio en ácido-base, incremento de gasto cardíaco, hipoglucemia, hipotensión e hipovolemia con alteración de la perfusión cerebral cuyo resultado es el riesgo de hemorragia interventricular y paraventricular, encefalopatía isquémica y daño en el tejido cerebral.

Riesgo por alteración en la fisiología digestiva: Los problemas que pueden presentarse en el aparato digestivo son: la insuficiente capacidad gástrica que limita el aporte de nutrientes; dificultad para la absorción y asimilación de nutrientes como taurina y cistina, limitación para absorber grasas saturadas, por reducción de sales biliares y lipasa pancreática y; riesgo elevado de broncoaspiración por inmadurez del esfínter esofágico inferior y reflejo de succión y deglución deficiente.

Riesgo por alteraciones renales: El índice de filtración glomerular (IFG) en el riñón del feto se incrementa con la edad gestacional, en los prematuros menores de 34 semanas, el índice permanece estable hasta 34 semanas de edad de concepción (edad gestacional más posnatal); el agua corporal total decrece por las pérdidas de líquido extracelular en primera semana posterior al nacimiento, pero puede prolongarse por síndrome de dificultad respiratoria; la pérdida de sodio en los prematuros menores de 35 semanas de gestación, pueden tener equilibrio negativo de sodio e hiponatremia durante 2 a 3 primeras semanas de edad, las pérdidas urinarias de sodio puede alterarse por inmadurez tubular renal, alto volumen extracelular y disminución de disponibilidad de oxígeno; la inmadurez renal origina baja tasa de filtración glomerular, incapacidad de mantener el equilibrio hidroelectrolítico; el déficit o exceso de líquidos causan cambios en la presión arterial y modificación al aporte sanguíneo al sistema nervioso.

Riesgo por deficiencia en el sistema inmunitario: La prematurez incrementa el riesgo de infección, se vincula con la deficiencia de IgG materna e IgM, ya que se trasfiere sobre todo en el tercer trimestre de la gestación, aunado a una ineficiente producción de inmunoglobina, quimiotaxis y formación de neutrófilos, bajos grados de fagocitosis; en la sepsis neonatal las descompensaciones fisiológicas pueden afectar el sistema nervioso e incrementar el riesgo de meningitis bacteriana, ésta puede ser manifestación adquirida en el último periodo del parto, momento del parto por agentes infecciosos del tracto genitourinario o rectal de la madre, o tardíamente por procedimientos invasivos por fómites o patógenos de equipo y material de las unidades intensivas neonatales.

FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL EN EL PREMATURO

El prematuro se encuentra en desventaja porque es más susceptible a cambios fisiológicos debido a su inmadurez fisiológica, se dificulta su adaptación al medio ambiente; aunado a un ambiente nocivo, múltiples intervenciones generadoras de estrés y desorganización, incrementa el riesgo de alterar su desarrollo. Dentro de estos factores ambientales perjudiciales para el niño en la estancia hospitalaria, se encuentran:

Exposición a cambios de temperatura ambiental: Producen inestabilidad fisiológica en el prematuro.

Exposición al ruido: Pueden provocar daño coclear, con probable pérdida auditiva, alteraciones en el estado de sueño profundo, inducción de irritabilidad y llanto frecuente, elevación de la presión arterial y alteración de la irrigación cerebral.

Iluminación continua y fluorescente: Puede perjudicar el desarrollo normal de la retina, se ha relacionado con el incremento de riesgo de retinopatía y disminución o pérdida de agudeza visual.

Aplicación de fuerzas externas para fijar o posicionar al neonato: Una posición incorrecta puede afectar músculos, tendones, ligamentos, pudiendo ocasionar deformidades.

Exposición a intervenciones terapéuticas: La exposición a múltiples y repetidos factores estresantes dolorosos y no dolorosos, pueden causar efectos negativos en el prematuro, por su inmadurez y vulnerabilidad.

Ventilación mecánica asistida sin sedación o infecciones sistémicas: Se inflige cierto grado de estrés al propio estado de salud.

Uso de cuna radiante: Puesto que hay mayor manipulación y exposición al ruido es más estresante que la incubadora.

PRINCIPALES ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO EN EL PREMATURO

Problemas hipóxicos e isquémicos: En la asfixia perinatal se presenta hipoxia, acumulación de dióxido de carbono CO₂ y acidosis progresiva, intervienen dos mecanismos: la hipoxia o disminución del aporte de oxígeno en la sangre y isquemia o reducción de la perfusión sanguínea. La lesión neuronal por asfixia es debido a la persistencia del metabolismo energético anormal, con disminución de ATP, que produce modificaciones celulares, la

hiperoxigenación posterior al periodo de asfixia puede contribuir al daño neuronal, porque incrementa la liberación de glutamato y producción de radicales de oxígeno libres. La encefalopatía es un síndrome adquirido que presenta manifestaciones clínicas consecutivas a periodos prolongados asfixia, el cerebro del prematuro tiene más probabilidad de sufrir una lesión de la sustancia blanca periventricular.

Hemorragia en el cerebro inmaduro: Hemorragia intraventricular y periventricular, se inician en la matriz germinal y pueden extenderse hacia los ventrículos, las paredes de los vasos y microvasos de la matriz germinal no tienen capa muscular, uniones interendoteliales inmaduros y lámina basal que produce menor soporte extravascular. La hemorragia intraventricular puede ser provocada por la inmadurez fisiológica y factores externos que alteran la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral. La hemorragia subependimaria/intraventricular es una complicación frecuente en prematuros, con incidencia de 20 a 40% con peso menor de 1500 g al nacimiento. Las hemorragias de grado III y IV pueden presentar complicaciones como hidrocefalia.

Hiperbilirrubinemia: En la primera semana de vida extrauterina, en la mayoría de los prematuros, se observa un incremento de las concentraciones séricas de bilirrubina originado por la destrucción eritrocitaria acelerada, disminución del metabolismo por insuficiencia hepática transitoria e incremento de la absorción de la circulación enterohepática; estas grandes concentraciones de bilirrubina pueden cruzar la barrera hematoencefálica para impregnar tejidos nerviosos como ganglios basales, hipocampo y núcleos de los pares craneales (II, IV y VIII), inducir a alteraciones neurológicas por afectación del sistema nervioso, manifestadas por el estupor, hipertonía y fiebre, a largo plazo secuelas neurológicas como atetosis y pérdida auditiva.

Infecciones nosocomiales: Generalmente se presentan en prematuros de bajo peso menor 1500 g, por uso prolongado de antibióticos, prescripción de esteroides y procedimientos invasivos como catéteres intravasculares, ventilación mecánica y alimentación parenteral. Al ingresar las bacterias *Staphylococcus epidermis*, *Enterococcus*, *Staphylococcus aureus* y *Enterobacter cloacae*, entre otras) al sistema nervioso central del prematuro, liberan toxinas que precipitan a una reacción inflamatoria, ocasiona lesión endotelial y aumento de permeabilidad de la barrera hematoencefálica, con aparición de edema vasogénico, la respuesta de los neutrófilos y activación de aminoácidos excitatorios producen edema citotóxico y obstruyen la circulación del líquido cefalorraquídeo por edema, hipertensión

intracraneal, disminución del flujo sanguíneo cerebral con insuficiente aporte de oxígeno y formación de áreas isquémicas difusas o focales que pueden provocar infartos.

Crisis convulsivas neonatales: Éstas pueden indicar una disfunción grave del sistema nervioso inmaduro, en los neonatos son breves y sutiles, en ocasiones pueden confundirse con comportamientos normales. Las categorías para reconocer la presencia de crisis convulsivas neonatales son: a) convulsiones sutiles o fragmentarias, b) convulsiones clónicas, c) convulsiones tónicas y d) convulsiones mioclónicas. Las crisis convulsivas pueden ser originados por una gran variedad de trastornos, la determinación de la causa es esencial para el tratamiento como para establecimiento pronósticos neurológico. La actividad convulsiva se ha identificado en presencia de hipoglucemia, hipocalcemia, enfermedad cerebrovascular, hemorragia parenquimatosa y encefalopatía posterior a asfixia e infecciones.

MORBI-MORTALIDAD EN EL PREMATURO Y ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO

Tenemos que a nivel mundial 2,8 millones de muertes neonatales ocurrieron en 2013, se estimó que 0,99 millones de muertes, se debían a complicaciones debidas a un parto prematuro, 0,64 millones por complicaciones durante el parto, dentro de éstas se contempla a la asfixia excluyendo a los bebés prematuros y 0,43 millones por sepsis y otras infecciones graves. Los partos prematuros 40.8% y las complicaciones durante el parto 27.0% representaron la mayor parte de las muertes neonatales precoces (0-6 días de edad), mientras que en las infecciones (7-27 días de edad) causaron casi la mitad de las muertes neonatales tardías (Oza, et al., 2014).

De acuerdo a la OMS, (2018) la cifra mundial de muertes neonatales se ha reducido de 5,1 millones en 1990 a 2,6 millones en 2016; la reducción de la mortalidad neonatal se encuentra entre 1990 y 2015 siendo más lenta que la mortalidad posneonatal en niños menores de cinco años: 47% y 58%, respectivamente, corresponde a la mayoría de países de ingresos bajos y medios.

En el hospital General de Irapuato, Guanajuato con la finalidad de conocer la incidencia de la prematurez y las principales causas de morbilidad y mortalidad, se realizó un estudio retrospectivo para analizar expedientes de estos recién nacidos del 2011 a 2012. La incidencia de prematurez (menos de 37 semanas) incrementó un 6.5% en 2011 a 7.4% en

2012, de 10,532 nacimientos el 6.9% fueron prematuros, de estos el 64% ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, las principales causas de ingreso fueron la enfermedad hialina (52.5%), septicemia (12.7%) y asfixia (9.1%). Dentro de las principales causas de muerte neonatal fueron septicemia (32.4%), enfermedad de membrana hialina (21.6%) y cardiopatía congénita (10.8%) (Pérez, López, & Rodríguez, 2013).

En un metaanálisis realizado en Londres con 74 estudios (64 061 niños) sobre el desarrollo neurológico o los resultados neuroconductuales de recién nacidos prematuros a partir de los 2 años y realizar un comparativo con un grupo de nacidos a término, encontraron puntajes cognitivos más bajos en niños prematuros en habilidades motrices, comportamiento, lectura, matemáticas y ortografía observadas en la escuela primaria, persistiendo hasta la edad secundaria, excepto en matemáticas. El TDAH se diagnosticó dos veces más en niños prematuros OR:1,6; IC del 95% 1.3-1.8 (Allotey, et al., 2018).

1.2.2. FACTORES DE RIESGO EN EL NIÑO CON ASFIXIA PERINATAL Y ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA

La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos establecieron desde 1996 que para considerar el diagnóstico de Asfixia Neonatal se deben cumplir con las siguientes condiciones: acidosis metabólica con pH menor a 7.00 en sangre del cordón umbilical, puntaje de Apgar menor o igual a 3 a los 5 minutos y alteraciones neurológicas y/o falla orgánica múltiple (Salud, SEDENA, & SEMAR, 2011).

La asfixia perinatal, se puede definir como la agresión producida al feto o al recién nacido por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. La asfixia perinatal puede ocurrir en tres momentos: antes del nacimiento, durante el trabajo de parto o bien en el período neonatal; ocurriendo 5% anteparto, 85% durante el parto y 10% en el posparto (Flores, Cruz, Orozco, & Vélez, 2013). Intervienen una gran cantidad de factores de riesgo propios de la madre, de las estructuras de la placenta o cordón umbilical, así como del propio feto que determinan la aparición de la asfixia (Romero, Méndez, Tello, & Torner, 2004).

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO EN EL NIÑO CON ASFIXIA

Medina, Rivera, & Sánchez (2018), describen cómo los estudios anatomopatológicos permiten conocer con mayor exactitud estructuras dañadas por los mecanismos de hipoxia-isquemia:

Necrosis Neuronal Selectiva: La necrosis de neuronas en una distribución característica, aunque a menudo difundida, las células que más se afectan son las capas más profundas de la corteza cerebral y las células cerebelosas de Purkinje.

Lesión cerebral parasagital: Representa la lesión isquémica primaria. Es una lesión de la corteza cerebral y de la sustancia blanca subcortical con una distribución característica, esto es en las caras parasagital y superomedial de las convexidades cerebrales. Presenta necrosis de la corteza y de la sustancia blanca subyacente, los elementos neuronales están más gravemente afectados, característica del lactante a término.

Leucomalacia periventricular: Necrosis de la sustancia blanca en una distribución dorsal y lateral a los ángulos externos de los ventrículos laterales, y lesión menos grave de la periférica a estas necrosis focales. Se observa particularmente en prematuros. Las secuelas crónicas son mielina deficiente y dilatación ventricular focal.

Status Marmoratus: Se presenta en los ganglios basales (caudado, putamen, pálido) y el tálamo. Revela la respuesta celular de necrosis neuronal, gliosis e hipermielinización después de la hipoxia isquemia.

Daño cerebral isquémico focal y multifocal: Daño que ocurre en la distribución vascular identificándose como infartos cerebrales, ocurren en anteparto y se localizan mayormente en el territorio de la arteria cerebral media izquierda y se observan cuando la clínica orienta hacia un hemisferio cerebral o bien la expresión de convulsiones.

ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA

La encefalopatía hipóxico-isquémica (HIE), conjunto de signos neurológicos que aparece inmediatamente después del parto tras un episodio de asfixia perinatal, se caracteriza por un deterioro del estado de alerta y de la capacidad de despertar, alteraciones en el tono muscular y en las respuestas motoras, alteraciones en los reflejos y en ocasiones, convulsiones se debe considerar que la EHI sólo es aplicable al recién nacido de término o cercano a término, dado que el fenómeno hipóxico isquémico afecta la circulación crítica que

corresponde a la región cortical y subcortical cerebral, expresándose con síntomas de encefalopatía. De acuerdo a la severidad de la EHI Solimano A. Acute of at risk newborns. ACoRN Neonatal Society la clasifica como grado I y grado II (Medina, et al., 2018). Sarnat & Sarnat, (1976) analizaron las alteraciones neurológicas que se expresan ante las diversas manifestaciones de severidad de la EHI proponiendo su clasificación en leve (estadio I), moderado (estadio II) y grave (estadio III).

Los mecanismos de hipoxia e isquemia comprometen el metabolismo y transporte de aminoácidos excitatorios, calcio, radicales libres, óxido nítrico, citocinas pro-inflamatorias, lípidos bioactivos y otros como la apoptosis y los cambios vasculares asociados al síndrome de reperfusión. La repercusión de los efectos en el cerebro por la asfixia neonatal se conoce como encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), condición presente cuando la evidencia de hipoxia resultante incluye fallas en la autorregulación cerebral con cambios bioquímicos, lesiones orgánicas y manifestaciones clínicas derivadas de la isquemia cerebral y la hipoxemia (Parish & Bhatia, 2009).

La Encefalopatía Hipóxico Isquémica (EHI) afecta a la región cortical y subcortical cerebral Novoa, et al. (2012). Los eventos se caracterizan por la disminución grave del intercambio gaseoso, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. Generalmente se asocia a disminución del flujo sanguíneo de la madre a la placenta y/o de la placenta al feto, en el 90% de los casos se presenta en el periodo prenatal e intraparto y un 10% en el recién nacido ante una falla para mantener un patrón respiratorio suficiente como la enfermedad de membranas hialinas, taquipnea transitoria del recién nacido, etc., (Lawn, Cousens, & Zupan, 2005).

De acuerdo al grado de encefalopatía y los signos clínicos, la *EHI leve* no conlleva ningún riesgo de mortalidad ni de minusvalía moderada o severa; sin embargo entre un 6% y un 24% presentan leves retrasos en el desarrollo psicomotor; en la *EHI moderada*, el riesgo de mortalidad neonatal es en torno al 3%, y el de minusvalías moderadas o graves en los supervivientes entre un 20% y un 45%, expresándose como alteraciones cognitivas y del comportamiento, como hiperactividad, bajo coeficiente intelectual esquizofrenia e incluso hay reportes que vinculan al autismo con esta entidad; en la *EHI severa*, la mortalidad es muy elevada entre un 50 a 75% y prácticamente todos los supervivientes desarrollan secuelas neurológicas (Carbajal & Pastrana, 1998).

MORBI-MORTALIDAD EN EL NIÑO CON ASFIXIA Y ALTERACIONES EN EL NEURODESARROLLO

En el Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2015 del Diagnóstico General de la Salud Poblacional, se registran las principales causas de muerte en niños de 0 a 14 años de edad: las congénitas (niños 18.6% y niñas 21.3%); respiratorias y cardiovasculares perinatales (niños 18.3% y niñas 17.1%); infecciones perinatales (7.2% en ambos) como las principales, más de la mitad de las defunciones infantiles ocurren durante el primer mes de vida y están asociadas a estas patologías. Entre 2000 y 2013 la tasa a nivel nacional disminuyó de 22.2 defunciones por 1000 nacidos vivos, a 15.7 (Secretaría de Salud, 2015).

Las cifras obtenidas del INEGI 2010, en México la tendencia observada en menores de un año, registra una disminución de 10 mil muertes entre el 2000 (38 mil) al 2010 (28 mil), se observa un notorio predominio del sexo masculino, acorde al carácter universal de 56% en hombres y 44% en mujeres. La mortalidad neonatal (menores de 28 días) representa un 63% del total, el 37% a mortalidad posneonatal (entre 28 días a un año de edad); las causas endógenas constituyen la mayor parte de las defunciones infantiles; la primera causa de muerte con un 49.81% explica la mitad de las defunciones infantiles y son ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (en orden de importancia dificultad respiratoria del recién nacido, sepsis bacteriana, trastornos relacionados con la duración de la gestación y con el bajo peso al nacer, la asfixia al nacimiento y neumonía congénita), la segunda causa con un 22.44% por motivo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (corazón, seguidas del sistema osteomuscular, grandes arterias, anencefalia y malformaciones congénitas similares) y como tercera causa el 4.35% por neumonía e influenza (destacando la neumonía de origen no especificado y la bronquitis aguda), en conjunto estas tres primeras causas constituyen el 75% de las muertes (Fernández, et al., 2012).

En Guerrero, las defunciones en menores de un año por cada 1000 nacimientos disminuyeron de 1990 a 2010, de un 42.1 a 16.5. En base a proyecciones se espera que disminuya a 11.5 en 2020 y 9.1 en 2030, atribuible a los avances médicos y ampliación de la cobertura de los servicios de salud (CONAPO & SEGOB, 2014). Dentro de las principales causas de mortalidad infantil en menores de un año en esta entidad, se encuentran en orden de importancia ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal,

incluyendo también el tétanos neonatal), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (malformaciones congénitas del sistema circulatorio) y enfermedades por influenza y neumonía (INEGI, 2010).

Las alteraciones sutiles de tipo cognitivas secundarias a riesgos perinatales, ocasionan bajo rendimiento escolar, se detectan hasta que la secuela impide un buen aprendizaje, o bien puede pasar desapercibido si no hay impacto en su entorno (Thompson, et al., 2008). La alteración del desarrollo debido a traumatismos, alteraciones genéticas o complicaciones perinatales (como eventos hipóxicos, hemorrágicos, infecciosos y metabólicos) podrían reflejarse en un retraso de áreas como motora y/o cognitiva. (Muñoz, et al., 2003; López, Cajal, Ordoñez, & Uribe, 2016).

En Irlanda se realizó un estudio en 146 niños conformados en dos grupos de edad ≥ 42 meses de edad y menores de 42 meses de edad (112 grado 1; 33 grado 2 y 1 grado 3), que sobrevivieron a una encefalopatía hipóxico isquémica (HIE) sin parálisis cerebral y asistieron a evaluaciones, de las pruebas utilizadas, solo el cuestionario de conducta adaptativa detectó muchas dificultades en el grupo de mayor edad; las dificultades cognitivas y conductuales con mayor prevalencia en niños con antecedentes de HIE grado 2, así como los problemas motores deduciendo que estos problemas se debieron principalmente a dificultades para procesar instrucciones que requieren de memoria y atención más que una discapacidad física. Se concluye que posterior a un evento de HIE los niños pueden experimentar dificultades de atención, memoria y comportamiento, que no son evidentes a una edad temprana (Hayes, et al. 2018).

Una cohorte de veinticinco niños con antecedente de encefalopatía hipóxica-isquémica perinatal (HIE), fue seguida prospectivamente hasta la edad escolar, en niños con y sin parálisis cerebral. La mitad de los niños sin parálisis cerebral presentaban problemas de motricidad en la edad escolar, en 4 de ellos había problemas de comportamiento. Los resultados normales de una resonancia magnética neonatal después de una HIE a edad temprana no implica un buen resultado en edad escolar, se necesita más investigación en el desarrollo conductual y cognitiva en la edad escolar en los niños que han presentado estos eventos (Van, et al. 2015).

1.3. DAÑO NEUROLÓGICO PERINATAL Y SECUELA

Mandujano & Sánchez (2016) consideran que el daño neurológico, evento mórbido o nosológico es una lesión anatómo-funcional que se modifica con el tiempo, dependiendo de factores como:

- Magnitud y distribución de los agentes causales (biológicos, psicológicos y sociales); de los individuos que resienten la agresión.
- Las estructuras de los individuos que sufren la agresión (mayor o menor susceptibilidad, período crítico, etc.);
- Condiciones previas o estados previos del sujeto que sufre la agresión (historia previa de salud - enfermedad).
- Competencias de desenvolvimiento (niveles de desarrollo orgánico, psicológico y social)
- Magnitud y distribución de las alteraciones funcionales de los individuos que sufren la agresión (mayores daños resultantes del desequilibrio funcional).
- Medio donde operan estos factores (físico, psicológico y / o social).
- Medio donde se realizan las funciones (funciones alteradas en medios alterados se refuerza el agente agresor).

Para Mandujano, et al. (1996) el daño neurológico no es un estado sino un proceso; cuando un infante sufre un daño neurológico, se postula que la estructuración de las secuelas obedece a principios y leyes generales del desarrollo que operan a partir de las condiciones residuales a la morbilidad para seguir con vías estables llamadas creodas, y culminar en cuadros sindrómicos conocidos de daño motor e intelectual.

El proceso de daño está constituido por elementos o etapas:

- *Alteraciones en la etapa ontogénica:* El desarrollo se encuentra detenido en etapas previas o bien puede manifestar una regresión funcional, el organismo funciona con *patrones de inmadurez* (inconsistencia en la regulación de temperatura corporal, dificultad de la deglución, hipotonía muscular, etc.).
- *Alteraciones organizativas:* Predominan las relaciones intrasegmentarias sobre la intersegmentarias, existen *alteraciones funcionales* (bradicardia, falta de respuesta de estímulos, apnea y broncoaspiración en la alimentación, etc).
- *Ruptura irreversible del equilibrio del sistema:* No hay autorregulación y existen *alteraciones orgánicas*, los cambios tienen manifestaciones muy severas que

comprometen la vida del sujeto (asistencia en la alimentación, ventilación, regulación térmica, etc.).

Mandujano & Sánchez (2016) describen que ante el daño, el desarrollo de las estructuras y funciones se acompaña de aspectos deficitarios que pueden tener una expresión a partir de su carácter distorsionado o bien a partir de expresiones lentificadas de retraso o retardo en la adquisición de funciones fisiológicas o comportamientos, o bien persistir patrones de reacciones primarias o primitivas. Revelan una incapacidad funcional en sí misma y sobre las cuales se organizan nuevas y diferentes funciones por diversas vías como alteraciones inespecíficas con potencial desorganizador del proceso de desarrollo o manifestación temprana de una restricción funcional del proceso de desarrollo. En el niño la evolución posterior al daño agudo se modifica por los procesos de ontogenia, influencia del medio ambiente, operación de factores neuroprotectores y organización funcional que se han caracterizado como plasticidad cerebral. La relación agente-daño no es lineal, implica una mayor o menor probabilidad de que ante la presencia o ausencia de diversos factores se desarrolle el daño residual.

De acuerdo a Arpino, et. al. (2010) cuando ocurre el daño el sistema nervioso central (SNC) intenta limitarlo a través de mecanismos de reorganización neuronal, sin embargo el riesgo está asociado a múltiples factores biopsicosociales que conlleva a posibles secuelas de diferente grado de severidad y que pueden expresarse clínicamente en diferentes momentos desde corto a largo plazo.

Mandujano & Sánchez (2016) hace referencia a la relación daño-secuela, de forma restringida a los procesos que conducen a lesiones residuales en las estructuras y a la respectiva alteración de las funciones. La *secuela* es un concepto inmerso en el concepto del daño, como parte y resultado del proceso, es relevante al identificarla como un “resultado, una consecuencia” y de un proceso morboso considerado como alteración o trastorno, se constituye como un elemento *residual del daño*. En algunas patologías la secuela es parte constitutiva de la condición patológica, donde no existe línea divisoria entre el proceso y lesión crónica como la retinopatía y neuropatía del diabético.

Los elementos que caracterizan clínicamente a la secuela, se incluye el carácter constante y permanente de la alteración funcional, como vía final común de diversos procesos causales como la hemiplejía residual de un daño neurológico agudo debido a un traumatismo

craneoencefálico o lesión central durante el parto. El mecanismo de génesis de la secuela se puede expresar como agente causal con reacción orgánico-funcional, lesión estructural con alteración o trastorno funcional y funcionamiento alterado persistente (Mandujano & Sánchez, 2016).

La secuela neurológica es considerada un proceso, debido a que es un secuencia o conjunto de estadios que son consecuencia del daño neurológico como condición necesaria; en esta no está activo el agente agresor o bien no puede ser identificado, se pierde especificidad en las respuestas anatómicas y funcionales con respecto a la causa de origen, se observan y se registran los cambios en las funciones en la más reciente adquisición filo y ontogénica y los cambios funcionales se presentan con retrasos (Alvarado, et al., 2013).

En los factores causales de la secuela, se deben considerar no solamente sistemas orgánico-funcionales, sino considerar el tipo y magnitud de lesiones residuales independiente de las causas, las características del organismo en el momento de la agresión y las condiciones del ambiente donde se expresan y desarrollan las funciones del individuo (Mandujano & Sánchez, 2016).

Alvarado et al. (2013) clasifican la secuela en:

- Motora: Que son manifestaciones tempranas de alteración en el tono muscular, postura, equilibrio o conducta refleja y coordinación motriz.
- Neuroconductual: Alteración de la atención, actividad, regulación sueño-vigilia o irritabilidad severa.
- Sensoperceptiva: Alteraciones únicas o múltiples en la coordinación ocular, agudeza visual o auditiva, alteraciones en la sensación táctil.
- Cognitivas: Retrasos en la inteligencia sensoriomotriz o conductas adaptativas, retrasos en el lenguaje y otras alteraciones específicas del desarrollo social.

La secuela cuyos daños impactan funciones superiores como cognitivas, puede asentarse en los cambios anatómicos como atrofia cerebral; en el nivel físico químico presentar alteraciones en sustratos neuroquímicos o alterarse estructuras funcionales de atención, memoria, juicio, razonamiento, esquemas motores, comunicativos, pensamiento simbólico, semántico o lógico, afectando la capacidad de resolución de problemas aún sin lesión orgánica demostrable (Mandujano & Sánchez, 2016).

La morbilidad puede expresarse en términos de secuelas solo en condiciones específicas de riesgo individual, los procesos complejos como los ontogénicos determinarán mayor o menor vulnerabilidad con posibilidad de diversos resultados, al mismo tiempo distintas lesiones se pueden expresar en vías finales similares (Mandujano & Sánchez, 2016).

1.4. DISCAPACIDAD EN MÉXICO

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, las secuelas neurológicas pueden causar discapacidad, de acuerdo al grupo de edad de niños de 0 a 14 años 1,6 de cada 100 presentan dificultades. Las limitaciones más frecuentes son para caminar y moverse (29.5%) hablar y comunicarse (28.3%), limitación mental (19.3%), para ver (17.8%) y poner atención o aprender (15.9%). El 7.8% de los niños presentan dos limitaciones y el 6% tres o más limitaciones (discapacidad múltiple). Las limitaciones para hablar, poner atención y la limitación mental tiene origen en problemas del nacimiento y enfermedad, concentrado en alrededor del 80% de los casos. Las causas que están relacionadas con el embarazo y parto así como deficiencias congénitas o hereditarias, ocupan el tercer lugar (16.5%) y constituyen el principal detonante de la discapacidad en los niños y jóvenes, al explicar entre el 50% y 60% de los casos (INEGI, 2013).

La OMS & Banco Mundial (2013) estiman que hay 93 millones (5,1%) de niños de 0 a 14 años en el mundo, que experimentan una «discapacidad moderada o grave», de los cuales 13 millones (0,7%) sufren dificultades graves. En los datos reportados en el documento de discapacidad en México publicado por el INEGI, (2016) a nivel nacional el 8.8% corresponde a niños que presentan alguna discapacidad motora, sensorial, lenguaje o cognitivas, con mayor concentración en los estados de Baja California Sur (14.5%), Guanajuato (12.9%) y Tamaulipas (12.2%) encima de lo observado a nivel nacional; en Guerrero la distribución porcentual de la población corresponde al 7.7%. Dentro de las causas más reportadas de discapacidad por la población, son los *problemas originados durante el nacimiento, que representa un 10.7%* seguido de los accidentes 8.8%. De acuerdo con Voss, Jungmann, Wachtendorf, & Neubauer, (2012) prevenir cuesta menos que curar o dar seguimiento a la enfermedad, son altos los costos sociales para los niños con déficit del neurodesarrollo.

CAPÍTULO 2

INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA LA PREVENCIÓN DE ALTERACIONES EN EL NEURODESAROLLO Y DISCAPACIDAD

2.1. CONCEPTOS DE ESTIMULACIÓN Y DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Mercado, Soncco, & Mantilla, (2009) definen a la estimulación temprana como “un conjunto de acciones que proporcionan al niño sano, en sus primeros años de vida, las experiencias que necesita para el desarrollo máximo de sus potencialidades físicas, mentales, emocionales y sociales, permitiendo de este modo prevenir el retardo o riesgo a retardo en el desarrollo psicomotor. Su práctica en aquellos niños que presentan algún déficit de desarrollo, permite en la mayoría de los casos, llevarlos al nivel correspondiente para su edad cronológica”.

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), a través del Programa de Estimulación Temprana Integral por Competencias (PETIC) conceptualiza a la estimulación temprana como “acciones sistematizadas y secuenciadas realizadas por la madre, padre, cuidador o los especialistas, orientados a favorecer un ambiente de experiencias significativas que le permita a la niña y/o niño la exploración y construcción de habilidades motrices, cognitivas, afectivas y de interacción social, proporcionando un apego seguro, empatía, valores, confianza en sus propias capacidades que lo prepara para el ejercicio de la ciudadanía” (Secretaría de Salud, 2017).

Para Sánchez, et al. (2003b) la intervención temprana es el conjunto de acciones organizadas sistemáticamente y orientadas a la prevención de las alteraciones en el desarrollo de los niños de alto riesgo o con daño temprano al sistema nervioso central. El objetivo fundamental es la prevención de secuelas neurológicas generadoras de discapacidad, empleando técnicas y estrategias especializadas que permitan modificar, inhibir las alteraciones funcionales y facilitar las experiencias necesarias desde el nacimiento para desarrollar el potencial físico, intelectual y social del niño. A partir de un diagnóstico previo de las alteraciones del desarrollo, las acciones son realizadas por los cuidadores principales y la familia del niño, con la guía de un equipo de profesionales en neurodesarrollo, empleando técnicas y estrategias que permitan modificar o inhibir

alteraciones funcionales, ya que se consideran como organizadores principales de la experiencia y actividad del niño.

No debe confundirse la estimulación temprana con la intervención temprana, la principal diferencia se encuentra en que la intervención necesita de un diagnóstico previo de las condiciones de riesgo, para establecer el tratamiento o manejo adecuado que favorezca las experiencias necesarias para su desarrollo integral y en la estimulación temprana se centra en favorecer todo tipo de experiencias para su desarrollo integral.

Las intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, deben dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar (GAT, 2005).

Una intervención temprana aumenta las perspectivas de productividad e ingresos futuros de un país, reduciendo la probabilidad de que se convierta en una carga social, de salud pública y presupuestaria, además de considerar que la mitad del potencial intelectual queda establecido a la edad de cuatro años; se considera que una intervención en etapa preescolar puede ser demasiado tarde para ayudar a desarrollar la capacidad del niño. Los programas de intervención para la primera infancia deben cumplir el requisito básico de mantener niños saludables y seguros, la inversión en estos programas tiene grandes beneficios porque contribuye a una mayor equidad social y aumenta la eficacia de otras inversiones como la salud, nutrición y educación, y pueden ayudar a los padres a que aprendan nuevas destrezas para la atención del niño, aborden sus necesidades básicas, proporcionen estímulos intelectuales, afecto, interacciones humanas, oportunidades y actividades que promuevan el aprendizaje (Eming & Fujimoto, 2004).

2.2. LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Los programas de intervención producen grandes beneficios en el desarrollo mental, motor, conductual y en la escolaridad, resultados de un meta-análisis de 5 estudios realizado por Baker & López, (2013) en países de bajos y medianos ingresos, programas enfocados a la interacción materno infantil, niños con riesgo biológico o ambiental, niños desnutridos y familia, niños desfavorecidos y familias, concluyen que los niños que más se benefician de este tipo de programas son los menos favorecidos tanto biológica como socialmente.

Sánchez, et al. (2008) proponen que los programas de intervención temprana estén centrados en el cuidado integral del niño, mediante el abordaje multiprofesional e interdisciplinario, considerando los siguientes objetivos:

- Desarrollar las capacidades de cuidado, afecto y protección en los cuidadores.
- Orientar y vigilar la interacción de la diada, así mismo promover estrategias que posibiliten la organización de los funcionamientos adaptativos del niño.
- Favorecer las relaciones interactivas y comunicativas entre cuidadores-niños y con los demás miembros de la familia.
- Desarrollar el potencial de los cuidadores a fin de identificar fuentes potencialmente favorables o inadecuados para el niño como la seguridad, interacción y relación social.
- Promover en la familia factores con potencial para amortiguar eventos adversos, inadecuados o excesivos del entorno.

El papel que desempeñan los profesionales en los programas de atención temprana es decisivo para el logro de objetivos: potenciar la autonomía e independencia en el niño y la familia. Una intervención para guiar y consolidar las diferentes fases en la evolución del proceso por el que atravesará una familia con un niño que presenta una alteración en el desarrollo (Diez, 2008).

Los programas, son guías y no verdades absolutas y únicas y requieren ajustes individuales. Estos programas requieren supervisión, adiestramiento y evaluación, ya que sin ello, no se puede saber si en realidad están contribuyendo de manera positiva al desarrollo de los niños (Sánchez, et al., 2009).

2.3. CONCEPTUALIZACIÓN DEL DESARROLLO COMO FUNDAMENTO DE LA INTERVENCIÓN

ENFOQUE ECOLÓGICO

Bronfenbrenner conceptualiza el desarrollo en un enfoque ecológico, en los ambientes donde el niño se desenvuelve, se concibe como un conjunto de estructuras seriadas, en donde cada uno cabe dentro de otro: los ambientes, las personas y los acontecimientos no operan de forma aislada. Los sistemas presentan una relación inclusiva entre sí: a) *Microsistema*. La persona en desarrollo experimenta un patrón de actividades, roles y relaciones personales, como es la familia el microsistema básico y más próximo en el que se desenvuelve, también la escuela y donde recibe la atención temprana, b) *Mesosistema*. Comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa como es la familia-escuela o familia-equipo de atención temprana, c) *Exosistema*. La persona en desarrollo no está incluida directamente, pero se producen hechos que influyen y delimitan lo que ocurre en su contexto más próximo, como lo es la familia extensa, el trabajo de los padres, círculo de amistades, entre otros y *Macrosistema*. Valores culturales, creencias, circunstancias sociales y procesos históricos de la comunidad en donde se encuentra el niño, y que tiene influencia sobre otros sistemas ecológicos e influir en el desarrollo de niño (Bronfenbrenner, 1979; Perpiñán, 2009).

Este modelo ecológico permite la intervención en los entornos naturales del niño en las edades tempranas del desarrollo, en el ambiente más próximo que es la familia donde el niño interactúa y se desenvuelve, así como en los programas de intervención temprana. Este modelo justifica que no hay desarrollo individual que sea ajeno a un contexto, por lo que es necesario actuar no solo en el niño, sino a través del análisis de su medio familiar y social, en donde la familia participe de forma activa en su proceso formativo y de desarrollo.

BIODESARROLLISTA

Shonkoff (2010) propone se construya un marco biodesarrollista para la implementación de estrategias de intervención innovadoras, en donde a través de modificaciones epigenéticas derivado de la experiencia temprana desde el periodo prenatal y la edad temprana, son asimiladas biológicamente por sistemas orgánicos, para impactar a largo plazo en funciones biológicas como manejo de estrés, regulación neuroendócrina y metabólica, respuesta inmunológica, desarrollo de las habilidades sociales, lenguaje y la cognición.

Shonkoff utiliza el término de estrés tóxico para explicar el efecto de los factores psicosociales sobre los procesos biológicos del desarrollo, mismo que se refiere a la activación intensa, frecuente y prolongada de los sistemas corporales de respuesta al estrés ante riesgos como abuso físico o emocional, depresión severa, etc.

Este modelo contempla tres dominios de interrelación que pueden ejercer un ambiente adverso:

- a) Interacciones genoma-ambiente como mecanismos causales y efecto acumulativo en el tiempo.
- b) Adaptaciones o disrupciones fisiológicas que pueden ser metabólicas, inmunológicos o del desarrollo.
- c) Resultados en salud, el comportamiento, aprendizaje y relaciones sociales.

Las diferencias de cada individuo en relación con la sensibilidad biológica a los contextos, puede contribuir a explicar las respuestas ante situaciones de riesgo y la adversidad.

MODELO DE SAMEROFF

El modelo propuesto por Sameroff (2010) permite comprender la interacción dinámica del niño y su entorno social. El modelo contempla cuatro dimensiones: a) Personal (progresión de competencias desde la infancia), b) Contextual (fuentes de experiencia que aumentan o limitan el desarrollo individual), c) Regulación (sistemas dinámicos de relación persona-contexto) y d) Representacional (experiencia cognitiva, estructura interpretativa de la experiencia). Propone dos formulaciones una estructural sobre aspectos biopsicosociales del individuo en su contexto y otra procesual que considera el tiempo como dimensión de tiempo de cambio personal.

En el desarrollo cognitivo y socioemocional del niño influyen los factores relativos a la familia, escuela y entorno sociocultural. El cuidado y el ambiente en que se desarrolla el niño pueden modificar el curso del desarrollo, independiente de las condiciones genéticas e integridad biológica del niño que inicialmente pudieron causar alteraciones en las expresiones funcionales y del comportamiento. Las desventajas en las condiciones sociales y del ambiente representan también un riesgo en el desarrollo para el niño.

Sameroff propone para conocer el riesgo o protección que la experiencia puede tener en el desarrollo del niño, es recurrir al análisis múltiple y acumulativo de factores y su efecto en la evolución del desarrollo infantil, considerar la interacción dinámica entre los factores de riesgo ambientales y biológicos para una mejor comprensión de los procesos del desarrollo.

2.4. MODELOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA.

MODELOS DE EXPERTO, TRASPLANTE Y USUARIO

Cunningham & Davis (1990) categorizaron tres tipos de modelos de acuerdo al rol que asumen los profesionales y la familia:

Modelo del experto: En este modelo existe un protagonismo centrado en el profesional, quien tiene el conocimiento sobre el niño y la toma de decisiones. La intervención depende del especialista, manteniendo un estatus de experto, la familia asume un rol pasivo con escasa independencia, dejándose llevar por las orientaciones del experto.

Modelo del trasplante: Este modelo el profesional tiene el poder de decisión y comparte estrategias de intervención con la familia para que sean replicadas en el hogar, se ignoran las características individuales, esperando que sigan las pautas de la misma forma para todos los sujetos.

Modelo del usuario: En este modelo el profesional reconoce la competencia de los padres y en la intervención los considera usuarios. Los profesionales y padres aportan al proceso desde sus roles y capacidades diferentes pero se complementan. En este modelo la familia toma decisiones y el profesional asume un rol negociador debiendo tener buena comunicación y flexibilidad con cada familia para adaptarse a sus diferencias.

MODELO DE SISTEMAS EVOLUTIVOS

Guralnick (2001) en este modelo de desarrollo temprano y factores de riesgo destaca que el desarrollo global de los niños está influido por tres componentes fundamentales:

- Patrones familiares. Calidad de intercambios comunicativos de los progenitores-hijos, incluyendo sensibilidad parental, interacción y nivel de apoyo, las experiencias que proporcione la familia al niño y la salud y seguridad proporcionada por la familia.

- Características del niño. Las peculiaridades del niño, la necesidad de información, malestar familiar o interpersonal ante el nacimiento de un niño con alteraciones que perturbe los patrones de interacción familiar, falta de confianza y necesidad de recursos son elementos que pueden alterar de forma adversa el desarrollo infantil, por ser fuentes potenciales de estrés para la familia.
- Características de la familia. Que incluye características de la familia no derivadas de la discapacidad que podrían asociarse con un desarrollo no adecuado como la pobreza extrema principalmente en los primeros años de vida del niño, padre o madre con enfermedad mental u otra patología y si cuentan con apoyos sociales.

En este modelo la intervención influye en las expectativas y actitudes de los padres hacia el niño que presenta alteraciones en su desarrollo.

MODELO DE FORTALECIMIENTO DE LA FAMILIA

Dunst (2007), menciona cuatro características de las prácticas en la Intervención Temprana, para el fortalecimiento de la familia, basadas en la evidencia que favorecen positivamente el desarrollo y aprendizaje de los niños:

- 1) *El aprendizaje infantil es dependiente de la respuesta.* La llamada conciencia de contingencia o detección de contingencia, sucede en los lactantes, mediante el reconocimiento de lo que hacen y lo que sucede, lo cual produce respuestas socio-emocionales placenteras ante el logro cognitivo.
- 2) *Respuesta de los padres.* Los padres tengan la capacidad y sensibilidad para responder a la conducta del niño, lo que va a determinar el potencial del desarrollo. A través de la experimentación con sus propios recursos nuevas estrategias para desarrollar sus propias capacidades y otras nuevas.
- 3) *Oportunidades de aprendizaje natural.* Los niños aprenden a través de las actividades cotidianas, ya que son entornos naturales en los que se aprenden los comportamientos contextuales significativos y funcionales, incrementando su participación en la vida familiar y comunitaria.
- 4) *Prácticas de ayuda para la creación de capacidad.* Fortalecer la competencia y la confianza de los padres y niños, así como el disfrute de los padres en la interacción y juego.

MODELO DE ENTORNOS COMPETENTES

El modelo de Perpiñán (2009) es un modelo para la atención temprana del niño con riesgo o discapacidad, en el cual se interviene en los entornos naturales donde se desarrolla (familia y escuela), con la finalidad de potenciar la percepción de autocompetencia de los padres y educadores, con riesgo o trastornos en el desarrollo.

Este modelo opera desde su sistema de atribuciones (conceptos, sistemas, referencias, emociones y expectativas que construye el individuo a partir de su experiencia y que le sirven para poder interpretar acontecimientos y preverlos), con la finalidad de aumentar la percepción de autocompetencia (concepción que los implicados en el proceso tienen de sí mismos en relación a su capacidad para poder atender y responder de forma adecuada a las necesidades especiales del niño).

El profesional actúa como un elicitor de cambios en el contexto mediante la interacción entre padres y educadores, así como mediador favoreciendo una visión positiva y confianza recíproca. Al ser evaluado al niño de forma continua permite un adecuado asesoramiento a los cuidadores habituales.

Dentro del sistema de atribuciones el profesional intenta ubicar las atribuciones en dos polos (generadoras de competencia y generadoras de estrés) para reforzar aquellos que generen competencia y reubicar a través de estrategias de reestructuración cognitiva las generadoras de estrés, con el objetivo de ofrecer al niño un entorno favorable para su desarrollo y de reforzar el sentimiento de pertenencia a un equipo y generar un clima de seguridad frente al trastorno del niño.

Se definen estrategias generales desde el modelo de entornos competentes:

- Definir un modelo de relación: Se contrastan constructos o atribuciones del trastorno, intervención o institución, delimitación del papel de los implicados y ajuste de expectativas mutuas. Definiendo claramente ¿qué se pretende?, ¿cómo se va hacer? y ¿por qué?.
- Sistematizar la intervención: Definir contactos frecuentes y periódicos con la familia y educadores, un solo profesional es el responsable del seguimiento del seguimiento de la familia y de canalizar la información de otros profesionales que trabajan con el niño.
- Incidir en lo positivo: Estrategia básica generadora de competencia partiendo de los logros, reforzar ideas y conductas de los padres y educadores que benefician el

desarrollo del niño, rescatar aspectos positivos del entorno escolar y familiar y mantener un margen de expectativa positiva aunque exista incertidumbre en el pronóstico.

- Colaborar en la toma de decisiones: Buscar consenso en la toma de decisiones como alternativa para que cada quien asuma su papel, no como una decisión impuesta.
- Favorecer la información bidireccional: La información debe fluir en todas direcciones, el profesional deberá ordenar, estructurar e interpretar la información para hacerla accesible a todos los implicados, enfatizar la información que sea relevante y proponer nueva información que aporte al proceso y genere cambios.
- Fomentar actitudes de disponibilidad: El profesional debe estar disponible a las familias y educadores, además de la atención en actitud verbal y no verbal de proximidad para facilitar la comunicación fluida, además de facilitar la coordinación con otras instituciones o servicios.
- Establecer una distancia emocional ajustada: Se debe considerar el aspecto emocional de los padres, educadores y profesionales, a fin de canalizarlas de manera apropiada para aumentar la intervención eficaz.
- Evaluar continuamente el proceso: Es necesario reflexionar sobre los logros del niño, estrategias del profesional, relación con la familia, posicionamiento cognitivo de los implicados, momentos en el que atraviesa el proceso, etc., de tal forma que los errores puedan ser concebidos como aprendizaje y para nuevos aprendizajes.

La familia, educador y equipo de atención temprana establecen una triada con el mismo valor, en la cual todos comparten un sistema de atribuciones respecto a la intervención, desde el rol que le corresponde a cada quien, sin que tengan que convertirse en profesionales, sino que cada uno aporte al proceso una perspectiva que sólo a él compete y puede aportar, permitiendo la construcción de entornos competentes para un desarrollo integral del niño.

2.5 EXPERIENCIAS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON RIESGO A TRAVÉS DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE SALUD

Se realizó una investigación a fin de determinar si la intervención temprana mejora el desarrollo motor y cognitivo en Holanda, se buscó en diversas bases de datos como Medline, CINAHL, PsycINFO y PEDro, estudios que cumplieran el criterio de ser dirigidos a niños de alto riesgo biológico o discapacidades, encontrándose 34 estudios los cuales revelaron gran diversidad de programas de intervención temprana; en prematuros los programas de atención y evaluación individualizados y en el de término, principalmente programas de desarrollo general. Los padres desempeñan un papel importante en la aplicación de estrategias y desempeño el programa, se encontraron 20 estudios con calidad metodológica alta, 2 iniciaron la intervención en la estancia hospitalaria en el UCIN. Se demostró que a los 3 y 6 meses de edad se obtienen resultados significativos en comparación con el grupo control, en edad pretérmino el área motora y en término el desarrollo motor y cognitivo (Blaw, de Graaf, Dirks, Bos, & Hadders, 2007).

En Cuba se realiza una propuesta para la implementación de un Programa de Intervención a nivel nacional, para el seguimiento del neurodesarrollo de niños de alto riesgo egresados de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales hasta los 18 años, con atención diagnóstica (evaluación clínica y psicométricas) y terapéutica (terapia ocupacional y logopedia), reforzando con visitas domiciliarias y la participación de un equipo multidisciplinario para el abordaje y la interrelación de Servicios de Salud, Centros de Atención Temprana, Rehabilitación, entre otros (Robaina & Riesgo, 2011). Una investigación prospectiva en Cuba con 189 niños que permanecieron en el programa 5 años, con factores de riesgo de insulto perinatal, bajo peso al nacer y riesgo social, aplicando un programa ya establecido en el nivel de atención secundario, el grupo de estudio con riesgo, recibe estimulación motora, pedagógica y estimulación en el hogar, en el grupo control sin estimulación y sin riesgo, ambos evaluados por un equipo multidisciplinario obteniendo resultados significativos a favor del grupo de estudio en áreas motora y mental (Moreno & Pérez, 2013).

La intervención temprana durante la estancia hospitalaria del lactante de alto riesgo (prematuros), en las Unidades Intensivas, se lleva a cabo en España, iniciando con el apoyo psicológico a los padres para favorecer mayor autonomía y seguridad en el cuidado del niño durante el internamiento y posterior al alta con seguimiento diagnóstico y de intervención

(Valle, Mateos, & Gutiez, 2012). Otro tipo de intervención intrahospitalaria para el seguimiento del niño con riesgo, los hospitales refieren a los niños a Unidades de Atención Temprana en donde se cuenta con equipos multidisciplinarios para el abordaje y de acuerdo a resultados de evaluación dependerá la intervención: seguimiento vigilado con exámenes para diagnóstico, fisioterapia, estimulación o tratamiento médico, coordinándose también con diferentes instituciones de salud, educación y asuntos sociales para asistir al niño y a la familia (Robls, Poo, & Poch, 2008).

En el Hospital Universitario de Oslo, Noruega, se realiza intervención a los niños prematuros moderados y tardíos egresados de la UCIN, con un Programa de Transacción Madre-Infante (MITP), participando el personal de enfermería principalmente, consiste en siete sesiones de una hora antes del alta y posterior cuatro visitas domiciliarias, una intervención centrada en la relación padre-hijo y desarrollo infantil Kyno et al. (2012). En Estados Unidos de acuerdo a las recomendaciones de la Asociación Americana de Pediatría se identifica a los lactantes de riesgo y se diseñan planes individuales para aplicarlos en casa y darles seguimiento. También se interviene en la estancia hospitalaria preparando a los padres y refiriendo a los lactantes a una clínica de la UCIN para el seguimiento en el Programa High Risk Infant Follow-up, quienes cuentan con equipos multidisciplinarios para abordaje diagnóstico y de intervención en los primeros dos años de edad, con la finalidad monitorizar y limitar la pérdida del niño de alto riesgo (Purdy & Melwak, 2012).

En Australia se examinan las tasas de seguimiento para identificar la pérdida de una cohorte de prematuros extremos con factores de riesgo seguidos por dos años de un hospital de tercer nivel, se invitaron a participar a 59 niños a un proyecto de investigación con evaluación de desarrollo hasta los dos años y 160 niños a programa clínico de rutina; participaron pediatras para evaluaciones médicas y neurológicas, y psicólogos para evaluaciones del desarrollo, se obtuvo una deserción muy notable en el seguimiento clínico con una tasa de 32% en comparación con los de investigación 98% a los dos años, siendo las principales razones la pérdida de contacto con las familias, inasistencia a citas y evaluación (Orton, McGinley, Fox, & Spittle, 2015).

Para definir la calidad percibida por los padres en Estados Unidos, a través de dos modelos de prestación de servicios en la Intervención Temprana en el hogar para familias con niños de alto riesgo biológico (prematuros), en dos grupos de cohorte, ambos recibieron evaluación inicial, plan individualizado de servicio familiar e intervención semanal, y en el grupo control

además la intervención neurocomportamental con la visita de un proveedor de servicios certificado en la Newborn Observational (NBO) System. Los resultados con la escala de Home Visiting Index (HV) fueron que la mayor calidad percibida se encontró en la intervención neurocomportamental (McManus & Nugent, 2014).

En la India se llevó a cabo en estudio comparativo en bebés prematuros de más de 32 semanas de alto riesgo, edad corregida de 0 a 2 meses, con bajo peso al nacer pero al momento del estudio ya habían ganado más de 1500 gramos, y que cursaron con algún evento de encefalopatía hipóxico isquémica (HIE) grado I y II. Para constituir el grupo control y experimental se asignaron al azar al ser evaluados con la Escala de Evaluación del Desarrollo para infantes Indios (DASII) para puntuaciones de base. El grupo control recibió un Programa de Apoyo al Desarrollo (DSP) que contempló la formación del desarrollo neurológico, estimulación oro-motora y asesoramiento para padres; el grupo experimental además de recibir el Programa, los bebés participantes fueron sometidos a juegos realizados con los pies, que consistió en colocar al bebé en una posición decúbito supino en la cama con una almohada pequeña bajo la cabeza y en una plataforma de exploración colgar 6 juguetes de diferentes texturas, a una altura que las piernas del bebé pudieran patearlos durante 20 minutos. Las terapias trabajadas para ambos grupos se realizaron tres veces a la semana por un periodo de seis meses, reevaluados al final del segundo, cuarto y sexto mes. Los resultados obtenidos mostraron cambios significativos en todos los índices del desarrollo (control de cuello, control corporal, habilidades locomotoras, habilidades manipuladoras, desarrollo motor y mental) para el grupo experimental a los 6 meses (Shaikh & Vayda, 2013).

Para medir los resultados de la Intervención Temprana en Japón, se realiza un estudio utilizando el NCAST para identificar los factores que afectaron la interacción madre-niño japonés. Seleccionaron madres que visitaron clínicas pediátricas en tres hospitales en Sapporo, Hokkaido y cerca de Tokio para consulta del niño al mes, siendo 54 madres las que participaron. El personal que formó parte del estudio fueron enfermeras, parteras, psicólogos y un trabajador social, para visitar los hogares, los médicos dieron retroalimentación positiva en las interacciones, consultas de crianza y de salud. El grupo control conformado por aquellas madres-niños con bajos resultados en el NCAST, recibieron intervención cada 3 meses hasta los 18 meses y el grupo sin riesgo aquellos que tenían altos resultados, con intervenciones 1 vez cada 6 meses en el mismo periodo. Los datos recabados se analizaron en tres tiempos 1 (3 meses), 2 (9 meses) y 3 (15 meses), en el

tercer tiempo los dos grupos se encontraban en el mismo nivel, lo que sugiere que el programa de intervención temprana tuvo efecto en las interacciones madre-niño. Los factores que afectaron la interacción fueron la edad, escolaridad de la madre, número de redes personales y profesionales (Hirose, et al., 2007).

2.6. MODELO DE INTERVENCIÓN CENTRADO EN EL CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO.

2.6.1 DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO

El desarrollo infantil corresponde a cambios evolutivos observables en el niño, como la evolución de funciones, desarrollo de su potencial, organización de su personalidad y su relación con el entorno, cambios que permiten una mayor madurez y capacidades nuevas para poder relacionarse, responder a demandas, adaptarse a exigencias y oportunidades. El desarrollo infantil insta a entrar a la dinámica de la vida humana en un conjunto de relaciones entre movimientos, percepción, conocimientos, funciones afectivas para la organización de comportamientos y conductas, evolucionando la capacidad del organismo de interactuar con el medio (Rivera & Sánchez, 2009).

Una amplia noción de desarrollo integral del niño se pretende construir en contextos específicos que incluya la evolución de funciones, hábitos de crianza, la organización del entorno familiar, en su constante cambio y transformación. El desarrollo infantil en la perspectiva de cuidado integral es un proceso biológico y social básico, una serie de acontecimientos que implican cambios en las condiciones orgánicas y funcionales. Es un resultado de procesos de crecimiento y maduración, expresadas en la capacidad del ser humano de adquirir mayor estabilidad interna en relación a los cambios del medio ambiente, a través de estadios de mayor complejidad, en los que contará con mejores recursos adaptativos (Sánchez, 2003b).

El desarrollo integral del niño se entiende como la plena realización humana en un ciclo específico de vida con la mayor calidad posible y en vistas al ejercicio de la ciudadanía, incluyen la condición biológica considerada como la realización en un ciclo de vida, con la necesidad social de procurarlo en lo más posible con la máxima calidad, a través de la satisfacción de necesidades en todos los niveles de existencia (Sánchez, et al., 2008).

Para comprender el desarrollo del niño en un sentido amplio, hay tres conceptos básicos: adaptación al medio, concepto de integral y etapas (Rivera & Sánchez, 2009).

- Adaptación al medio: Capacidad del niño para relacionarse con su medio y tomar de éste lo que necesite, es un concepto activo porque el menor realiza un sinfín de intercambios con el medio permitiéndole evolucionar.
- Integral: Se relaciona con todas sus funciones y capacidades que cambian con el tiempo, además de sus experiencias inmediatas tiene que ver con sus posibilidades para enfrentar y resolver los problemas del futuro.
- Etapas: En un momento específico se tiene una imagen parcial del niño, sin embargo se deben conocer los avances y cambios a través del tiempo. La noción de etapa en un periodo determinado se interpreta como el ejercicio de las competencias adaptativas del momento propio al niño; representando el bienestar en el presente y la forma más adecuada para transitar al mañana.

2.6.2 MODELO DE INTERVENCIÓN

El Modelo de Intervención del Cuidado Integral del Niño dirigido al niño y a la familia, por el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo y el Instituto Nacional de Pediatría (LSND-INP), bajo la dirección de la Dra. Carmen Sánchez, surge con el fin de favorecer el proceso natural o cultural de crianza y cuidado, a través de la experiencia común y habitual, con la capacidad de generar situaciones nuevas, constituyendo al cuidador como un organizador del desarrollo, quien también puede ser obstáculo para el desarrollo ante condiciones interactivas y de organización no favorables, constituyendo una condición de riesgo para el desarrollo (Sánchez, et al., 2009)

Este modelo surge como respuesta ante una exigencia social, donde los cuidadores, especialmente la madre han sido privados de la enseñanza del cuidado del niño, misma que se daba de forma intergeneracional y que ha sido modificado por nuevos esquemas familiares y sociales, tal demanda pasa a los profesionales de salud que atienden a los niños, y cuyas familias tienen la necesidad de información y apoyo para el cuidado y crianza de los niños en edades tempranas (Rivera & Sánchez, 2009; Sánchez, et al., 2008).

El modelo considera que el cuidado integral del niño ha evolucionado con posibilidades a constituirse en carácter integral, sistémico y cálido:

- **Carácter Integral:** En la capacidad de constituirse en actividades preventivas, considerando acciones de fortalecimiento a la salud y protección respecto a factores agresores y evitar daños permanentes de disminuyan el bienestar y desarrollo integral, el reconocimiento de diferencias culturales, estilos de vida y ambientes saludables, así como sensibilidad para la aceptación de los cambios y la diversidad.
- **Carácter sistémico:** Las relaciones existentes entre el niño y su entorno humano y ambiental, extendiendo las relaciones de cuidado en aspectos orgánicos, afectivos y sociales. Establecer acciones de cuidado del niño respecto a la interdependencia con fuentes diversas de acción para el cuidado adecuado, extender las relaciones entre lo orgánico, afectivo y social, incluye relaciones con mecanismos compensatorios y sustitutivos, no solo alteraciones, sino contribuir al bienestar del individuo y familia, y vigilar calidad de vida de sistemas diádicos que la integran.
- **Carácter de calidez:** Trato digno al niño, familia y contexto, siendo empáticos con las dificultades por las que está atravesando sus padres, su sentir y posibilidades de participación en el cuidado para fomentar el proceso del desarrollo del niño (Sánchez, et al., 2004).

Este modelo establece como *objetivos de la intervención* (Sánchez, et al., 2008; Sánchez et al., 2004).

- *Prevenir la discapacidad* resultante de una condición de riesgo.
- Promover el *desarrollo integral del niño* en el desarrollo de competencias para el ejercicio de la ciudadanía.
- Capacitar a los padres en las *estrategias del cuidado, crianza y promoción* del desarrollo de su hijo.
- Capacitar a los profesionales como *facilitadores del proceso*.

Se han identificado como *ejes centrales del modelo de intervención* en Neurodesarrollo, en base a entrevistas realizadas por Velázquez, Soto, & Figueroa, (2012) a especialistas que han participado en el diseño del Modelo e Implementación del Programa de Intervención:

- Concepción del desarrollo como proceso adaptativo y el reconocimiento de las posibilidades del medio para su organización.
- Valoración integral de las condiciones del niño (estructura, función, funcionamiento, actividad, participación).

- Las Interacciones (niño-madre-ambiente) como objeto de la intervención.
- La Identificación de los obstáculos para el desarrollo del niño, relacionados con la condición propia del niño, con la interacción con la madre y con las condiciones del ambiente.
- El reconocimiento de la madre y/o cuidador principal como principal promotor y organizador del desarrollo del niño.
- El uso de estrategias aplicables a la vida cotidiana en el ambiente familiar del niño.
- La individualización de las estrategias y actividades del programa a las condiciones particulares del niño, de la familia y del ambiente donde se desarrolla.

Se consideran *líneas de actuación o estrategias* con respecto a los padres (o cuidadores principales) y la familia (Sánchez, et al., 2008; Sánchez et al., 2004).

- La capacitación de la madre (padre o cuidador) como principal agente organizador del desarrollo del niño.
- La actuación del profesional como orientador y facilitador en el desarrollo de estrategias de cuidado y manejo de la madre (o cuidador principal) hacia el niño.
- El uso de escenarios demostrativos relacionados con actividades de la vida cotidiana, en sesiones de intervención grupal que permite el intercambio de experiencias y estrategias entre diadas (cuidador-niño).

El modelo establece el desarrollo de *competencias*, es decir desde punto de partida y objetivos a alcanzar. Se centra en una visión de sujetos interdependientes donde los procedimientos se aplican en la relación cuidador-niño (diada), apoyados por un profesional que interacciona con la diada, dándose el desarrollo de competencias propias del niño, cuidador y profesional en escenarios y contextos diversos.

- Competencias del niño: Incorporar al perfil los agentes, elementos (nociones, prácticas y habilidades) relativos a diversas competencias que adquirirá el niño en su constante evolución, competencias cuyo sustento se fundamenta en el desarrollo del niño, observables apropiados a su edad y como andamio para otras competencias de mayor complejidad en posterior adquisición. Para el desarrollo de competencias en el niño se deben generar estrategias en tres dimensiones: causal (manejo de competencias modificadas interiormente, que se dan por la interacción con el ambiente), funcional

(competencias que proveen estabilidad individual e independencia) y social (competencias consideradas sobre las condiciones del contexto).

- Competencias del cuidador: Reconocer las señales del niño, dedicar tiempo para la interacción con él, sensibilidad a las demandas, establecer límites de manera adecuada y proveer seguridad, promover y estimular el desarrollo del niño, favoreciendo la transformación y consolidación de la capacidad parental y cuidadores para constituirse como organizadores del desarrollo.
- Competencias del profesional: Considera el compromiso del profesional para transmitir los conocimientos apropiados a contextos dados, en la conciencia del desarrollo del potencial humano y ciudadano de las diadas que interviene. Estas competencias están relacionadas con el aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitud, su objetivo principal es orientar y establecer la vigilancia a la madre y familia en los cuidados tempranos que requiere el niño para la organización de sus funciones de control interno y regulación de los intercambios que establece para una mayor adaptación al medio afectivo y social en que se desenvuelve.

2.6.3 PROGRAMA DE CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO

El programa se encuentra inserto en el Modelo de intervención centrado en el cuidado integral del niño, que se integra dentro de tres componentes necesarios para la organización de cada acción que lleva a cabo un organismo, y sustentan teóricamente al programa: (Sánchez et al., 2008).

1. Estructuras del individuo sujeto de acción: Constituida por la organización de redes funcionales del sistema nervioso central y procesos de organización adaptativa que se inducen en la relación individuo-contexto en el transcurrir del tiempo.
2. Funcionamientos: Se organizan con base a las estructuras funcionales que operan en el individuo en evolución, en término de acción y actividad que se despliegan en la vida diaria.
3. Dominios: Donde se expresan competencias específicas del niño, cuidador o profesional y que se amplían, perfeccionan y diferencian en el tiempo.

El Programa de Cuidado Integral debe incluir la elaboración de objetivos:

- Establecer estrategias y acciones terapéuticas de intervención en modalidad grupal.
- Formar al cuidador principal del niño con riesgo de secuela neurológica; aprenda a reconocer obstáculos, sea creativo en la invención acciones específicas y promueva el desarrollo integral de su hijo.
- Organizar las interacciones de acuerdo a secuencias progresivas de comportamiento de menor a mayor diferenciación y complejidad para facilitar el desarrollo infantil.
- Promover y/o confrontar elementos socio-culturales de acuerdo a modelos de crianza que pueden ser generalizables como la utilización del reboso, huacal, canguro.
- Disminuir la ansiedad de los cuidadores al poder compartir saberes y sentimientos respecto al diagnóstico del niño.

Este programa consta de 6 módulos, mismos que expresan una organización respecto a metas generales de cada uno; cada módulo se conforma por niveles, que representan los contenidos específicos a desarrollar para cumplir con el módulo de tal manera que tendrán un número determinado de sesiones. En el programa se expresan las ideas planteadas en el modelo de cuidado integral del LSND.

ELEMENTOS DEL PROGRAMA DE CUIDADO INTEGRAL

Los elementos que constituyen al Programa de Cuidado Integral son los dominios, funcionamientos y escenarios aplicables en las sesiones de cuidado con los grupos diádicos. (Sánchez et al., 2008).

Dominios

Los dominios se refieren a los campos específicos donde las dimensiones funcionales se manifiestan, expresan actitudes con las cuales el sujeto debe organizar su proceso de adaptación activa al medio, es decir competencias del niño, cuidador y profesional que asesora, en sentido evolutivo se amplían y perfeccionan en tiempo.

El programa contempla 6 dominios: *autonomía, identidad, autocontrol, autocuidado, comunicación y creatividad.*

En los dominios de autonomía, identidad y autocontrol contempla competencias indispensables para la vida de relación, provee de mecanismos indispensables en la

regulación emocional interna, permitiendo organizar estructuras de personalidad y temperamento.

En los dominios de autocuidado, comunicación y creatividad se tienen competencias que ayudan a la interacción con el ambiente, dan inicio potencial a estructuras socializadas que conformarán la ciudadanía, que se fundan en el respeto a los deberes y sentido de responsabilidad con los demás.

Funcionamientos

Estos funcionamientos se organizan con base a las estructuras funcionales que operan en el sujeto en evolución en términos de acciones y competencias, manifestándose en diferentes contextos específicos o categóricos para cada situación de la vida diaria. Estos funcionamientos implican el ejercicio adaptativo e integral del momento.

Los funcionamientos del sujeto son: *Automatismos, Desplazamientos, Manipulación, Cognición y Lenguaje.*

En términos de acciones o competencias manifestados en diferentes contextos se ven reflejados los funcionamientos, en acciones o actividades de la vida diaria, que es donde se suscitan las interacciones y se debe considerar la organización, disposición espacial, relaciones establecidas entre sus elementos de estructura y pautas de conducta que en ellos se desarrollan.

Escenarios

El lugar donde se dan los acontecimientos que sirven de marco de aprendizaje es un contexto específico, este espacio que debe tener determinadas características físicas, para optimizar las acciones y actividades desarrolladas, el escenario en sí mismo como espacio físico no tiene incidencia, su significancia radica en la participación activa de los protagonistas. Los escenarios son: Alimentación, higiene y excretas, juego, vestido y sueño-vigilia.

Todos los elementos son integrados en las actividades realizadas en el programa de cuidado integral.

APORTACIONES AL PROGRAMA

Con la finalidad sistematizar las acciones del Programa de Cuidado Integral del Niño en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (INP-UAM), generar materiales de apoyo, e implementar sesiones de grupos para la promoción del desarrollo infantil, alumnos de la Maestría en Rehabilitación Neurológica han realizado diversas investigaciones y hecho aportaciones al Programa, trabajos que han culminado en tesis, dentro de las cuales se encuentran las siguientes:

- Guía de actividades para el programa de cuidado integral para niños de 0 a 2 años de edad.

Sistematiza las acciones que se implementan en el Programa de Cuidado Integral del Niño, a manera de actividades y recomendaciones para los cuidadores y sus niños, organiza estas actividades para su óptima aplicación, desempeño y comprensión para poder ser replicable y ser utilizada como apoyo para planear y desarrollar sesiones en otras instancias de salud y en los profesionales que se ocupan de la vigilancia de los niños en riesgo de presentar alteraciones en su desarrollo (García, Figueroa, Sánchez, & Rivera, 2015).

- Guía de actividades para grupos de promoción y estimulación del desarrollo en el SIVIPRODIN.

Contempla actividades a implementar en las sesiones de grupos de promoción y estimulación Temprana del SIVIPRODIN (Sistema de Vigilancia y Promoción del Desarrollo Infantil), que sea de utilidad a los promotores de salud encargados de la coordinación de grupos. Integra una estrategia de promoción del desarrollo y cuidado integral del niño dirigido a padres y/o cuidadores que asisten a sesiones grupales en donde se llevan a cabo actividades generales de acuerdo a la edad y desarrollo de los niños, así como de las necesidades que perciben los cuidadores. Estas actividades están planeadas para que los padres o cuidadores puedan realizarlas en sus hogares y constituirse como promotores de la salud, encargados de la vigilancia de los niños, contando con el conocimiento necesario para poder ejecutarlas, acciones que pueden ser replicables en Centros de Salud o instancias interesadas (Hernández, Rivera, Figueroa, & Nájera, 2016).

- Guía de Intervención Temprana para niños de 0 a 2 años con antecedentes de asfixia perinatal.

Dirigida al personal de salud del segundo nivel de atención, construida a partir del Modelo de Intervención en Neurodesarrollo centrado en el Cuidado Integral del Niño, con el propósito acompañar el proceso de capacitación dirigido a los profesionales que les permita implementar acciones de promoción y vigilancia del desarrollo en los niños con antecedente de asfixia perinatal principalmente, pero sin dejar a un lado a los niños con factores de riesgo que requieran del programa, para la prevención de secuelas e intervenciones basadas en la evidencia (Sandoval, Rivera, Figueroa, & Sánchez, 2017)

CAPÍTULO 3

POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN EL SECTOR SALUD EN MÉXICO PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN RIESGO

3.1 POLÍTICAS EN EL SECTOR SALUD EN MÉXICO

Algunas leyes y normas que rigen al Estado Mexicano, prestadores de salud y sociedad para contribuir en la salud, desarrollo y bienestar de los niños son:

Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (LGPSACDII), regula a todos los prestadores de servicio de atención a la niñez de Guarderías o Centros de Atención de modalidad pública, privada o mixta, a fin de asegurar las condiciones de calidad, calidez, seguridad, protección y respeto a los derechos del niño. Los Centros de Atención deberán contemplar actividades que apoyen al desarrollo biológico, cognoscitivo, psicomotriz y socio-afectivo, la enseñanza del lenguaje y comunicación, información y orientación a los padres responsables de su cuidado o crianza, e implementar la participación de los padres. A través de la política nacional se promoverá el ingreso del niño con discapacidad o situación en desventaja (calle, indígenas, migrantes, extrema pobreza, etc.), la equidad de género, atendiendo al principio del desarrollo en todos los aspectos: físicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, sociales, educativos y culturales. El personal está obligado a participar en programas de formación, actualización, capacitación y certificación de competencias y de informar ante la autoridad responsable de la detección oportuna de cualquier riesgo para la integridad física o psicológica de los niños y niñas y solicitar su oportuna actuación (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018a).

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA), propone garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos de los niños. Para la aplicación de esta Ley se tomarán en cuenta las condiciones particulares de los menores para un ejercicio igualitario, adoptando protección especial de derechos en aquellos que se encuentren en situación de vulnerabilidad por carácter socioeconómico, alimentario, psicológico, físico, discapacidad, entre otras que restrinjan o limiten el ejercicio de sus derechos. En cuanto a derechos de salud y desarrollo, brindar servicios de atención médica gratuita y de calidad, para prevenir, proteger y restaurar la salud, reducir la mortalidad y

morbilidad; promover en quienes ejerzan la patria potestad, tutela o guarda y custodia de niños, los principios básicos de salud y nutrición, ventajas de lactancia materna, higiene, saneamiento ambiental y prevención de accidentes; eliminar prácticas culturales, usos y costumbres que sean perjudiciales a la salud del menor; establecimiento de medidas para detectar y atender de forma especial a víctimas de delitos, violencia familiar y sexual, o por problemas de salud mental; y establecer medidas para la detección temprana de discapacidades a efecto de prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades y asegurar los niveles de atención y rehabilitación (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018b).

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Esta Ley reconoce a las personas con discapacidad y mandata el establecimiento de las políticas públicas necesarias para el ejercicio de los derechos humanos; dentro de los principios que deben observar estas políticas se encuentran la equidad, justicia social, igualdad de oportunidades, respeto a la evolución de las facultades de los niños con discapacidad y el derecho de preservar su identidad, respeto de la autonomía individual, participación e inclusión en la sociedad, accesibilidad, no discriminación y equidad de género. El Consejo, los Gobiernos de las Entidades Federativas y de los Municipios podrán celebrar convenios con sectores privado y social para promover servicios de asistencia social, establecer mecanismos para atender la demanda de servicios de asistencia social y garantizar la prestación de estos servicios. La Secretaría de Desarrollo Social promoverá el derecho a un mayor índice de desarrollo humano a las personas con discapacidad, así como a sus familias, incluyendo alimentación, vestido y vivienda adecuados y a la mejora continua de sus condiciones de vida. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía, garantizará la recopilación de información y estadística de la población con discapacidad, con la finalidad de formular planes, programas y políticas, así como desarrollar indicadores cuantitativos y cualitativos sobre los aspectos relacionados con discapacidad (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018c).

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, establece con carácter obligatorio una detección temprana, para intervenir oportunamente en niños con retrasos o discapacidades en el desarrollo, mejorar los niveles de salud y neurodesarrollo de las niños mexicanos menores de diez años, a través de la integración de programas de prevención y vigilancia, posibilitando su integración al medio familiar, escolar y social (Secretaría de Salud, 2010).

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. La mujer durante el embarazo, deberá ser atendida a través de consultas prenatales, identificando de forma temprana factores de riesgo y actuar en forma preventiva, educativa, orientación y consejería. En el parto se deberán aplicar las normas y procedimientos establecidos, favoreciendo su seguridad emocional y bienestar en el parto, así como vigilar el puerperio inmediato. Asistir en el momento del nacimiento al recién nacido, bajo procedimientos reglamentados para su atención; exploración neurológica; fomentar la lactancia materna exclusiva; acciones de prevención para el retraso mental en niños con daños producidos por errores congénitos del metabolismo como el hipotiroidismo congénito, la galactosemia, la fenilcetonuria y la hiperplasia de glándulas suprarrenales; y referir a niños con enfermedad metabólica congénita a segundo y tercer nivel de atención, el personal deberá contribuir a la salud materna y perinatal con acciones de educación para la salud (Diario Oficial de la Federación, 2016).

Programa Sectorial de Salud del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, plantea en sus líneas de acción: mejorar la calidad de atención y proveer intervenciones de salud enfocadas en la prevención y atención oportuna del niño menor de 5 años; fomentar el desarrollo de capacidades con buenas prácticas de crianza, estimulación temprana y reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil y educación inicial. Establece promover la reducción de discapacidad mediante acciones de prevención, detección, diagnóstico temprano y atención oportuna y eficaz. En uno de los indicadores para la evaluación de metas se reduce a la disminución de mortalidad infantil de 13.7 (2011) a 10.1 (2018), por lo que podemos observar la prioridad del Sector Salud por la atención a la morbilidad, no así a la prevención de desviaciones del desarrollo por medio de estrategias de vigilancia y promoción del desarrollo (Gobierno de la República, 2012).

Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018, atiende las disposiciones internacionales y nacionales en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad, se enmarca en lo dispuesto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Plan de Desarrollo 2013-2018, la Ley de Planeación y la Ley de Inclusión de las personas con Discapacidad (Diario Oficial de la Federación, 2014).

3.2. PROGRAMAS EN EL SECTOR SALUD EN MÉXICO

La Secretaría de Salud en México, como responsable de la política nacional a través del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), actúa con un Modelo de atención preventivo en el desarrollo infantil, en dos grandes acciones en el primer nivel de atención:

- La Evaluación del Neurodesarrollo mediante la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) con propiedades psicométricas en menores de 5 años de edad, se realiza en dos modalidades: interrogatorio a los padres del niño y corroboración mediante la observación o exploración. Los resultados se clasifican en semáforo: verde (desarrollo normal), amarillo (rezago en el desarrollo) y rojo (probable retraso en el desarrollo), con la finalidad de llevar a cabo la detección diagnóstica de los niños con riesgo de retraso en el desarrollo y referirlos al segundo o tercer nivel de atención, para abordaje multidisciplinario (Rizzoli, et al., 2013).
- La Estimulación Temprana, con un Programa de Estimulación Temprana integrada por Competencias (PETIC): talleres y sesiones grupales integrados por la triada para favorecer la competencia de los niños con resultados en el EDI con desarrollo normal y rezago. Talleres para capacitar a los cuidadores principales a estimular al niño en las áreas de lenguaje, emocional, afectiva, social-adaptativa y motriz, a través de las actividades cotidianas en casa, con citas trimestrales o si el niño presenta un rezago en el desarrollo cada 15 días, con duración de 50 minutos, con binomios de 2 a 7 por grupos de edad. El equipo de salud que llevará a cabo estas sesiones debe estar capacitado con el PETIC y contar con un área adaptada y segura para esta actividad (Secretaría de Salud, 2017).

La Unidad de Investigación del Hospital Infantil de México, en coordinación con otras Direcciones y Comisiones, realizaron un análisis comparativo curricular de acuerdo a los 75 indicadores propuestos por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) de seis estrategias o programas de intervención temprana que ofrece el Gobierno Federal en los Sectores Salud y Educación en México, las cuales son: Lineamiento Técnico de Estimulación Temprana CeNSIA, Oportunidades de Aprendizaje (OA), Habilidades para la vida, Talleres Comunitarios para el autocuidado de la salud, Creciendo y aprendiendo juntos y el Programa de Educación no escolarizado del CONAFE, con la finalidad de identificar fortalezas y debilidades de los contenidos curriculares y emitir recomendaciones sólidas, basadas en la

evidencia para la creación de nuevos contenidos curriculares que busquen tener un impacto sobre la población infantil mexicana. Los resultados derivados de este análisis documental se encontró que ninguna de las estrategias o programas analizados contenía el 100% de los indicadores de las cuatro áreas propuestas por el BID (físico-motora, socio-emocional, lenguaje y cognitiva). En cuanto a análisis de presencia de indicadores la estrategia OA fue la que presentó mayor número de indicadores, en el análisis de amplitud, PEI-CONAFE y OA fueron los mejor balanceados y en el análisis de profundidad de los indicadores OA y habilidades para la vida fueron los mejor balanceados, PEI-CONAFE mejor balanceado en el área socio-emocional, CENSIA para el lenguaje y OA para el área cognitiva. La estrategia OA fue la que garantizó un mayor acercamiento a los contenidos establecidos por el BID.

Llama la atención dos aspectos particulares derivado de este análisis: existe una franca tendencia a una mayor presencia de indicadores en todos los programas o estrategias analizados en el área físico-motora (de un 50-100%) y la prácticamente nula presencia de indicadores del área cognitiva en la mayoría de los programas. No se cuenta la con la certeza de las causas que la han origina, sin embrago se puede suponer que se debe principalmente al predominio de las corrientes psicomotricistas quienes diseñan e implementan dicho contenido curricular, relación que concuerda con el programa OA que tuvo mayor acercamiento a los indicadores propuestos por el BID, el cual fue construido por un grupo de médicos, psicólogos, pedagogos y terapeutas del lenguaje.

Dentro de este análisis curricular se encontraron otros aspectos interesantes no relacionados con los indicadores del BID, pero que se hace preciso destacar:

- Ninguna de las estrategias o programas revisados presenta un contenido dirigido a prevenir factores de riesgo y favorecer el desarrollo infantil desde el periodo perinatal.
- Tienen un enfoque dirigido a acciones de estimulación pero no hacia las prácticas de crianza.
- Mostraron actividades dirigidas a estimular un solo hito del desarrollo, o a favorecer la adquisición de una sola competencia (Vargas, et al., 2016).

II. JUSTIFICACIÓN DE TRABAJO

La morbilidad perinatal es aún un problema frecuente en México, como causa de morbilidad infantil o condición de riesgo para discapacidad en los casos que sobreviven (OMS & Banco Mundial, 2013). En el 2010 a nivel nacional, fueron reportadas 746 muertes por cada 100 mil nacimientos (Fernández, et al., 2012), registrando entre las principales causas, en el periodo perinatal, la dificultad respiratoria, sepsis bacteriana, prematurez, asfixia al nacimiento y neumonía congénita. En el Estado de Guerrero, las principales causas de mortalidad infantil registradas en menores de un año, fueron la dificultad y trastornos respiratorios, malformaciones congénitas, deformidad y anomalías cromosómicas y enfermedades infecciosas (INEGI, 2010).

El recién nacido que ha estado expuesto a factores de riesgo perinatal tiene más probabilidades de presentar alteraciones o retraso en su desarrollo (Alvarado, 2009). La etapa perinatal es considerada un periodo crítico debido a la vulnerabilidad del sistema nervioso ante múltiples factores (Sánchez, 2014; Sánchez, et al., 2003a). La predisposición genética, el entorno social y físico afectan el desarrollo del sistema nervioso central; un desarrollo cerebral adecuado depende de las experiencias prenatales y posnatales tempranas, resultado de la interacción continua entre genética y contexto (Ronfani, et al., 2015). Al aumentar la sobrevivencia de los niños con antecedentes de riesgo perinatal, se constata la existencia de una serie de problemas relacionados con el desarrollo secundario a riesgos perinatales que pueden pasar desapercibidos y manifestarse tardíamente como afectaciones cognitivas, intelectuales y motoras, razón por la cual debe convertirse en una prioridad de los programas de prevención (Allotey, et al., 2018; López, et al., 2016; Hayes, et al., 2018; Van, et al., 2015).

El Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, ubicado en la Ciudad de Chilpancingo, como institución de segundo nivel de atención en salud, atiende a la embarazada de alto riesgo y al recién nacido grave referidos de todo el Estado, para contribuir en la reducción de la muerte materna y perinatal (Gobierno del Estado de Guerrero, 2015). Al ser una población infantil cien por ciento de alto riesgo es necesario contar con estrategias eficientes para el seguimiento del neurodesarrollo y la prevención de alteraciones secundarias a las condiciones de morbilidad perinatal.

En México, se cuenta con el referente de un Programa de Intervención Temprana centrado en el Cuidado Integral del Niño, desarrollado en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría y que opera bajo convenio con la Universidad Autónoma Metropolitana. El programa aborda factores de riesgo y se orienta a la prevención de secuelas y discapacidades (Alvarado, 2009). Considera como eje al niño y su contexto, implicando a la familia, específicamente a los padres o cuidadores como principales promotores y organizadores del desarrollo del niño (Perpiñán, 2009; Sánchez, et al., 2008; Sánchez, et al., 2004;).

El presente trabajo tiene como propósito a partir de una evaluación de necesidades proponer ajustes a las acciones que se realizan en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, utilizando los recursos físicos, humanos y materiales propios del hospital con el fin de contribuir a mejorar la cobertura y eficacia del Programa.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Diseñar un Programa de Seguimiento para vigilancia del neurodesarrollo en niños menores de 2 años, con antecedentes de riesgo perinatal en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense.

Objetivos específicos:

- Determinar las necesidades, a través del diagnóstico situacional en el Hospital y su contexto.
- Diseñar el programa de seguimiento, con base al conocimiento experto.

IV. MÉTODO

En el presente trabajo se consideró la propuesta de Alvarez, et al. (2002) quienes sugieren tres fases para el Diseño de Programas:

- 1ª. Fase: Determinación de necesidades de los destinatarios del programa en Chilpancingo, Guerrero.
- 2ª. Fase: Diseño del programa.
- 3ª. Fase: Diseño de las herramientas de control para la puesta en marcha del programa.

El trabajo realizado abarca las primeras dos fases.

1ª. FASE: DETERMINACIÓN DE NECESIDADES DE LOS DESTINATARIOS DEL PROGRAMA EN CHILPANCINGO, GUERRERO

La evaluación de necesidades (EDN) como una acción planificada para obtener información sobre el problema que se quiere atender o la situación que se desea modificar con la intervención; la finalidad de conocer las carencias objetivas de la población, institución o servicio es identificar oportunidades de intervención y contribuir a su mejora o a un mayor beneficio para sus destinatarios.

Situación objetivo: *Servicio de estimulación temprana del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (Chilpancingo, Guerrero, México).*

Propósito de la Primera Fase:

- Sistematizar la información de base para identificar las carencias existentes y las oportunidades de intervención del Servicio de Estimulación Temprana del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense.
- Sistematizar la información básica para tomar decisiones sobre los objetivos a perseguir y las características de la acción a desarrollar (Programa).

Niveles en los que se centrará la evaluación de necesidades.

- Organización del servicio.
- Objetivos, estrategias y acciones del programa de intervención.
- Criterios de referencia y contra referencia a otros servicios e instituciones.

De acuerdo a Alvarez, et al. (2002) los criterios que se tomarán en cuenta para determinar la existencia de necesidades en los Programas de Intervención en Chilpancingo, Guerrero son:

1. *Contexto amplio en relación a los Programas de Intervención Temprana:* Revisión de las estadísticas estatales de morbilidad infantil en el contexto nacional; identificación de sectores, niveles de atención e instituciones que ofertan servicios de atención a la población infantil en riesgo menor de 5 años.
2. *Normatividad existente de los Programas de Intervención en el Sector Salud:* Revisión de leyes, normas, guías, manuales, lineamientos y programas que rigen las acciones del sector salud para la atención de los niños con antecedentes de riesgo.
3. *Percepción de los profesionales responsables de los Programas de Intervención:* Necesidades expresadas por los responsables de los servicios de estimulación e intervención temprana de las instituciones de salud y asistenciales de la ciudad de Chilpancingo.
4. *Análisis de la situación desde la perspectiva de quien formula la propuesta del diseño del Programa de Intervención:* Necesidades de experto consensuadas y sentidas por el responsable de la presente investigación que cuenta con 7 años de experiencia en el Servicio de Estimulación Temprana del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense y que actualmente participa del Programa de Intervención centrada en el Cuidado Integral del niño del LND- (UAM-INP).

2ª. FASE: DISEÑO DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO

En referencia a Alvarez, et al. (2002) el diseño que se utilizará en la presente investigación será de tipo *experto*.

Un *programa experto* se define como un “conjunto de actuaciones planificadas para la consecución de una meta dirigida a unos destinatarios o situaciones tipificadas, diseñada por un planificador experto y cuya aplicación la realizarán otros profesionales” (Alvarez, et al., 2002).

Este tipo de diseño se caracteriza por ser una propuesta técnica derivada de los conocimientos y la experiencia de un experto o grupo de expertos teniendo en cuenta su conocimiento de los destinatarios y del contexto donde se va a aplicar, apoyándose en la información básica previamente recopilada y sistematizada.

Este diseño de programa debe garantizar:

- a) *Congruencia del programa* respecto a las teorías en que se basa y las necesidades a las que se quiere hacer frente.
- b) *Viabilidad del diseño*, es decir, aplicable en los contextos o situaciones para las que ha sido diseñado.
- c) *Validez del programa* para el tratamiento del problema o situación para lo que ha sido diseñado.

El proceso de diseño se organiza en las etapas siguientes:

1. *Análisis de contexto institucional del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, Chilpancingo, Guerrero*: Que hace referencia a la institución que adoptará el programa, aplicadores y destinatarios.
2. *Comparación con el Programa de Intervención del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (Instituto Nacional de Pediatría-Universidad Autónoma Metropolitana)*. El presente trabajo toma como referente el *Modelo de Intervención Temprana centrado en el Cuidado Integral de Niño* propuesto por el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo, Universidad Autónoma Metropolitana-Instituto Nacional de Pediatría (UAM-INP).
3. *Identificación de las Acciones a considerar en el Diseño del Programa a partir de las necesidades*.
4. *Descripción de los elementos formales del programa*: Especificación de los objetivos, selección de los contenidos, diseño de las actividades y la organización de la aplicación (a describirse en el programa).

V. RESULTADOS

1ª. FASE: DETERMINACIÓN DE NECESIDADES DE LOS DESTINATARIOS DEL PROGRAMA EN CHILPANCINGO, GUERRERO.

1. CONTEXTO AMPLIO EN RELACIÓN A LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

En Guerrero, las defunciones en menores de un año por cada 1000 nacimientos disminuyeron de 1990 a 2010, de un 42.1 a 16.5. En base a proyecciones se espera que disminuya a 11.5 en 2020 y 9.1 en 2030, atribuible a los avances médicos y ampliación de la cobertura de los servicios de salud (CONAPO Y SEGOB 2014). Dentro de las principales causas de mortalidad infantil en menores de un año en esta entidad, se encuentran en orden de importancia ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal, incluyendo también el tétanos neonatal), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (malformaciones congénitas del sistema circulatorio) y enfermedades infecciosas intestinales (INEGI, 2010).

En Chilpancingo, Guerrero además del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, Institución de Salud que lleva a cabo el seguimiento a los niños nacidos en el Hospital con antecedentes de riesgo perinatal a través de un Programa de Estimulación Temprana, se han identificado dentro del Sector Salud, otros Organismos de Salud que ofrecen Programas de Intervención y Programas de Estimulación Temprana a la población infantil menor de 5 años en riesgo o daño neurológico, en los diferentes niveles de atención:

Procedimiento para la captación de información en el Sector Salud de Chilpancingo, Guerrero de las Instituciones que cuentan con Programas de Intervención o de Estimulación Temprana, se realizó una entrevista a cada uno de los responsables del programa, con 22 preguntas (excepto CRIG con 24 preguntas), respecto al servicio prestado, diagnóstico, intervención, perfil de la población, perfil profesional, referencias, manuales y lineamientos, materiales y equipos, así el punto de vista personal relacionado a los Programas de Intervención en Chilpancingo.

Instituciones que cuentan con Programas de Intervención y Programas de Estimulación Temprana

Tabla 1. Instituciones de Chilpancingo, Guerrero, que cuentan Programas de Intervención y Estimulación Temprana.

Nivel de atención	Institución de Salud	Programa
Primer nivel	1. Centro de Salud Alameda.	Estimulación Temprana
	2. Centro de Salud San Miguelito.	Estimulación Temprana
Segundo nivel	3. Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG).*	Estimulación Temprana
	4. Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” (HGRAA).	Estimulación Temprana Rehabilitación
	5. Centro Regional de Desarrollo Infantil (CeReDI).	Intervención Temprana
Tercer nivel	6. Centro de Rehabilitación Infantil Guerrero (CRIG).	Rehabilitación

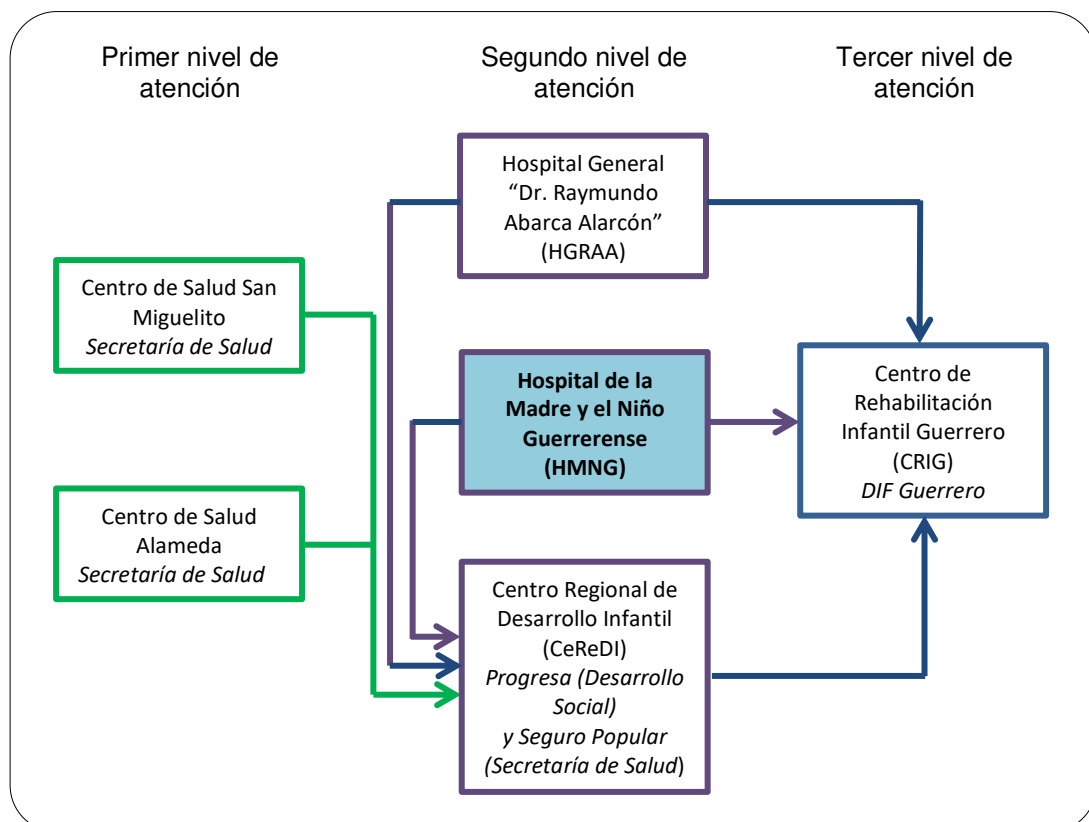
* Se incluye dentro del contexto amplio al Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense para poder ubicarlo dentro de los niveles de atención, posteriormente se analizará al hospital en el análisis del contexto institucional.

Las relaciones que se establecen entre las Instituciones son por motivos de referencia de pacientes, de acuerdo a los resultados de evaluación de la Prueba del Desarrollo Infantil (EDI), ver esquema 1:

Centros de Salud: Los niños con riesgo de retraso en el desarrollo se refieren al Centro Regional de Desarrollo Infantil (CeReDI).

- Hospital General: Los pacientes con riesgo de retraso en el desarrollo y rezago en el desarrollo (terapia de lenguaje y nutrición) al CeReDI; por secuela establecida o daño neurológico al Centro de Rehabilitación Infantil Guerrero (CRIG).
- Hospital de la Madre y el Niño: Los pacientes con riesgo de retraso en el desarrollo y con rezago en el desarrollo (terapia de lenguaje) o para mayor frecuencia de atención a los talleres de estimulación al CeReDI; por secuela establecida o daño neurológico al Centro de Rehabilitación Infantil Guerrero (CRIG).
- El CeReDI: Ocasionalmente por daño neurológico al CRIG.

Esquema 1. Relaciones Institucionales entre los diferentes niveles de atención.



1. Centro de Salud Alameda

El Programa de Estimulación Temprana inicia en diciembre del 2014 a cargo de la Dra. Etelvina Mera Maqueda, Responsable de Estimulación Temprana, sin embargo no es el único, apoya a otros Programas de Salud como el Comité de muerte materna RCP y en SESIA en Comité de muerte infantil.

Perfil profesional

Médico pediatra y diplomado de casi 2 años en Estimulación Temprana, recibe capacitaciones de la Secretaría de Salud en la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) impartida por Jurisdicción Sanitaria 03.

Perfil de la población infantil

- Referidos del primer nivel de atención
- Edades de recién nacido a 7 años
- Que presenten riesgo de retraso en el desarrollo
- Aproximadamente se atienden de 39 a 42 niños mensualmente, en promedio 420 niños anual.

Frecuencia de atención

1 vez a la semana o cada 15 días, dependiendo de la presencia de signos de alarma, avance del paciente, actitud o competencia de los padres.

Modalidad de atención

La modalidad de atención en la estimulación temprana es individualizada.

Diagnóstico

Para el diagnóstico realiza una valoración neurológica de Pediatría, Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) y utiliza también Denver Developmental Screening Test II.

Intervención

La estimulación temprana la lleva a cabo a través de la capacitación de estrategias a los padres o cuidadores; la pediatra realiza la estrategia para la enseñanza y en actividades para el desarrollo de motricidad fina, integra a los padres en la sesión.

Referencias

Refiere a niños al Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” para valoración con el Neurólogo Pediatra y Audiología.

Material y equipo

Cuenta con algunos materiales: Mesa de exploración, estadiómetro, lámpara de chicote, una mesa y dos sillas pequeñas, báscula, escritorio, silla, lavabo con jabón y toallitas, algunos juguetes como dados, botella, cereales, sonaja, tres juguetes sonoros, juegos didácticos, mismos que manifiesta son suficientes para la estimulación temprana. Considera que su espacio físico (consultorio) es adecuado para el servicio que brinda.

2. Centro de Salud San Miguelito

En el Programa de Estimulación Temprana en este Centro de Salud, inicia en diciembre 2017, la responsable es la Lic. Erika Guadalupe Ramírez.

Perfil profesional

Licenciada en Enfermería con capacitación de 15 días en el Servicio de Estimulación Temprana del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, recibe capacitación en la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) por la Jurisdicción Sanitaria Centro 03.

Perfil de la población infantil

- Niños de 1 mes a 1 día antes de cumplir 5 años de edad.
- Captados en la consulta del niño sano con resultados de desarrollo normal y con rezago en el desarrollo de la prueba EDI.

Frecuencia de atención

Fechas establecidas en los Lineamientos Técnicos 2017, SSA para el niño con resultados con desarrollo normal y rezago en el desarrollo.

Modalidad atención

La modalidad es de atención individual.

Diagnóstico

La responsable del programa es quien aplica la prueba de tamizaje EDI, para la detección de los niños con rezago y riesgo de retraso en el desarrollo.

Intervención

La estimulación temprana se lleva a cabo a través de recomendaciones y enseñanza de estrategias de estimulación temprana a la madre o cuidador principal.

Referencias

Los niños que presentan riesgo de retraso en el desarrollo son referidos al Centro Regional de Desarrollo Infantil (CeReDI).

Material y equipo

No cuenta con un consultorio, sino en el patio del Centro de Salud, tiene una mesa de trabajo, dos sillas, pero puede utilizar equipo de la consulta como báscula, mesa de exploración y estadiómetro.

3. Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”

a) Servicio de Estimulación Temprana

La Lic. en Psicología Mildred Cristina Ponce Suárez está a cargo del Servicio de Estimulación Temprana en el turno Matutino, quien fue entrevistada para recabar información de la operatividad de este servicio.

El Servicio de Estimulación Temprana cuentan con 3 turnos: Lunes a viernes (matutino 7:00 a 14:30 horas; vespertino 12:00 a 20:00 horas); sábados y domingos: 8:00 a 20:00 horas).

Perfil profesional

Se cuenta con 2 Psicólogas y 1 Licenciada en Educación Especial, quienes reciben capacitaciones en Taller de Estimulación Temprana por parte del HGRAA y aplicación de la prueba EDI por Jurisdicción Sanitaria 03.

Perfil de la población infantil

- Todos los niños nacidos en el Hospital General “Raymundo Abarca Alarcón” son citados en el Servicio de Estimulación Temprana para ser evaluados con la prueba EDI.

- Ingresan al Servicio de Estimulación Temprana aquellos con resultados de rezago en el desarrollo de la prueba EDI
- Las edades son de 0 a 1 día antes de los 5 años.
- Se atienden 8 niños por turno.

Frecuencia de atención

- Menores de un año cada mes
- Mayores de un año cada dos meses
- Mayores de 2 años de 2 a 4 meses

Modalidad de atención

Las modalidades de atención son individual y ocasionalmente grupal de 2 o 3 niños con sus padres.

Diagnóstico

Se aplica la prueba EDI por las dos Psicólogas que están de lunes a viernes y 1 Licenciada en Educación Especial el fin de semana, de acuerdo a las fechas indicadas en la prueba EDI.

Intervención

La estimulación temprana se realiza en base a un manual elaborado por la experiencia y conocimiento del personal del hospital que ha pasado por el servicio, que consiste en sesiones planificadas de acuerdo al grupo de edad, además se programan capacitaciones a los padres de nutrición y manejo de berrinches.

Referencias

Los niños con riesgo retraso en el desarrollo, por rezago en el desarrollo con el nutriólogo y terapia de lenguaje al CeReDI algunos casos se envían a Rehabilitación del mismo Hospital.

Material y equipo

El servicio cuenta con el material necesario para el desarrollo de las actividades, éste se va incrementando con las donaciones de los mismos pacientes, el espacio físico es pequeño, medidas de un consultorio, sin embargo es adecuado porque generalmente se trabaja en la modalidad individual, algunas veces con diadas de 2 o 3 máximo.

b) Servicio de Rehabilitación

El horario de atención para el usuario es de matutino de 7:00 a 14:00 horas, vespertino de 14:00 a 21:00 horas y fin de semana (sábado y domingo) de 7:00 a 20:00 horas.

Se ofrecen los servicios de hidroterapia (Tina Hubbard, fluidoterapia, mecanoterapia y electroterapia).

Los problemas más frecuentes de la población infantil que atienden son parálisis cerebral, secuelas de fractura, y Guillán Barré.

Perfil profesional

El servicio cuenta con:

- 1 Médico especialista en rehabilitación
- 1 Médico general del deporte
- 1 Traumatólogo ortopedista
- 1 Licenciada en terapia física
- 1 Licenciada en enfermería

Perfil de la población infantil

La población que con más frecuencia se atienden se encuentra en las edades de 0 a 2 meses y de 18 a 24 meses.

Frecuencia de atención

De 2 a 3 veces a la semana, los foráneos 1 vez a la semana.

Modalidad de atención

Las modalidades de atención son grupal e individual.

Diagnóstico

Se aplica la prueba de la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) y tablas de crecimiento, con solicitud de estudios de imagen, radiografías y ultrasonido, se realizan evaluaciones subsecuentes.

Intervención

Los padres participan de forma activa en programas de enseñanza, observadores en técnicas específicas. Se atienden a los niños 2 o 3 veces por semana, los foráneos 1 vez a la semana.

Referencias

No hay acuerdos establecidos, sin embargo se refieren al Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Pediatría, DIF, a Cirugía y a estudios de Neurofisiología.

Material y equipo

El Servicio cuenta con el equipo necesario para el desarrollo de sus actividades, así como el espacio físico adecuado.

4. Centro Regional de Desarrollo Infantil (CeReDI)

Es una Institución que se inaugura en el año 2015 y que brinda atención integral a los niños menores de 5 años, con el objetivo de mejorar el desarrollo en los ámbitos motor, comunicación, cognitivo social y emocional. Atiende a la población infantil de lunes a viernes, en un horario de 8:30 a 15:30 horas, la responsable de la Estrategia del Centro Regional de Desarrollo Infantil es la Licenciada en Psicología, Yolanda Analco Gallardo. El CeReDI

Objetivos del CeReDI

- Identificar factores de riesgo
- Detectar en forma oportuna alteraciones en el desarrollo psicomotor.
- Atención especializada a problemas del desarrollo psicomotor.

Servicios que ofrecen a la población infantil

Tamizaje y diagnóstico del neurodesarrollo:

- Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI)
- Inventario del desarrollo Battelle.

Atención a trastornos del neurodesarrollo:

- Estimulación Temprana
- Terapia física

- Terapia de lenguaje
- Psicología
- Nutrición

Perfil profesional

Se cuenta con un equipo multidisciplinario:

- Estimulación Temprana: 1 Enfermera y 1 Trabajadora Social.
- Psicólogos: 2 Psicólogos, 1 aplica la prueba Battelle y otro para el seguimiento.
- Terapia de Lenguaje: 1 Profesional en Comunicación Humana.
- Nutrición: 1 Nutrióloga.
- Terapia física: 1 Terapeuta Físico.
- Valoración médica: 1 Médico general.

El personal recibe capacitaciones para la aplicación de la prueba EDI, por parte de la Jurisdicción Sanitaria 03 de la Secretaría de Salud aun cuando no apliquen la prueba, es para conocimiento de la misma, también capacitaciones de la Comisión Nacional en Protección Social en la Salud en Coordinación con el Hospital Infantil Federico Gómez.

Perfil de la población infantil

- Niños de 1 mes a 1 día antes de 5 años.
- Que presenten rezago en el desarrollo y riesgo de retraso, según puntaje de semaforización del EDI.
- Cuenten con Seguro Popular o Programa Prospera.
- Niños referidos de Centros de Salud, Preescolar, Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense y también aceptan a particulares que buscan el servicio y son derechohabientes del IMSS o ISSSTE.
- Se atienden en promedio de 300 a 500 niños al mes, brindándoles los servicios que sean necesarios.
- Cada mes por una semana se realizan brigadas de atención a las comunidades, actividad realizada en coordinación con la Jurisdicción.

Frecuencia de atención

Los niños se atienden 1 vez por semana o cada 15 días, dependiendo de su evolución en todos los servicios; en terapia física se citan 2 veces por semana.

Modalidad de atención

Individualizada, con excepción de los talleres de estimulación temprana, en donde participan de 6 a 10 diadas.

Diagnóstico

Para ingresar a la Institución, al niño se le realiza una valoración médica.

Los Profesionales que participan en el diagnóstico son el Psicólogo y el Médico Pediatra, a veces se apoyan con el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, para realizar estudios de Audiología y valoración con Neurólogo Pediatra.

Intervención

En los talleres de estimulación temprana, la madre o cuidador principal es quien participa realizando las maniobras al niño.

Referencias

Ocasionalmente al CRIG.

Material y equipo

Se cuenta con el material necesario para el desarrollo de las actividades, el espacio físico del Centro es pequeño, se requiere de espacios individualizados para los psicólogos que se encuentran en uno solo y el área de recepción de enfermería está junto con la Terapeuta Físico.

5. Centro de Rehabilitación Infantil Guerrero (CRIG)

Es una Institución de 3er nivel porque se cuenta con robótica, pertenece al DIF Estatal de Guerrero, la entrevista se realizó a la Dra. María del Rosario Gómez Martínez, Coordinadora Técnica del CRIG DIF Estatal.

Servicios que ofrece a la población infantil

El servicio es gratuito para los niños menores de 5 años, con un horario de lunes a viernes de 7:00 a 15:00 hrs, se brindan los siguientes servicios:

- Valoración médica
- Consulta especialista en Rehabilitación Física
- Optometría
- Odonatología
- Donación de aparatos funcionales auditivos, órtesis y prótesis.
- Psicología
- Pedagogía
- Dermatología
- Terapia física y rehabilitación
- Estimulación temprana multisensorial
- Terapia ocupacional
- Terapia de lenguaje

Perfil profesional

Médicos especialistas en Terapia Física y Rehabilitación, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Licenciadas en Enfermería, personal paramédico, técnico y auxiliar. Cada semana se llevan a cabo capacitaciones para el personal a través de Educación Continua y de la Policía Montada en equinoterapia.

Perfil de la población infantil

- Recién nacidos a 18 años.
- Niños referidos del DIF Guerrero, Hospital General, Hospital de la Madre y el Niño.
- Menores que no son referidos por alguna Institución de Salud y que solicitan el servicio, se les brinda atención.

Frecuencia de atención

Es variable, dependiendo del servicio y su evolución en el tratamiento. En promedio anual se atienden a 127 niños menores de 2 años.

Modalidad de atención

Las modalidades de atención son individuales y grupales, quedas a criterio clínico.

Diagnóstico

Se otorga la Consulta Médica por primera vez con base al procedimiento para establecer diagnóstico, pronóstico y tratamiento del usuario, la evaluación es realizada por un especialista en Rehabilitación, las subsecuentes las realiza la Jefa de Valoración y Tratamiento y en cada servicio se realizan con sus propios instrumentos: lenguaje, terapia ocupacional, psicología.

Intervención

En estimulación temprana, terapia ocupacional, los padres participan en las actividades. En terapia física además de recibir atención individualizada por el especialista, los padres tienen participación en algunas actividades.

Referencia

Se tienen vínculos con otras instituciones para referir a niños: Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) e Instituto Nacional de Pediatría (INP).

Material y equipo

Cuentan con el material necesario y suficiente para el desempeño de las actividades en cada servicio, así como los espacios físicos adecuados.

Morbilidad infantil

Las patologías más frecuentemente atendidas en los niños menores de 2 años en el año 2017 se describen en la Tabla 2.

*Tabla 2. Morbilidad en el Centro de Rehabilitación Infantil Guerrero
en menores de 2 años en 2017*

Descripción	Número de niños
Retardo del desarrollo	24
Parálisis cerebral discinética	9
Parálisis cerebral tetraplégica espástica	7
Parálisis cerebral dipléjica espástica	4
Otras deformidades varus congénitas de los pies	4
Trastornos generalizados del desarrollo	3
Trastorno de la conducta	3
Luxación de cadera	3
Otros trastornos del encéfalo	3
Ceguera y visión baja	3
Pérdida de oído sensoneuronal bilateral	3

Fuente: Base de datos del CRIG Guerrero 2017.

2. NORMATIVIDAD EXISTENTE DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN EL SECTOR SALUD

La normatividad que rige las acciones de los Programas de Estimulación e Intervención Temprana para la atención de los niños con antecedentes de riesgo son:

Tabla 3. Normatividad que rige los Programas de Intervención y Estimulación Temprana de las Instituciones del Sector Salud en Chilpancingo

Institución de Salud	Normatividad
Centro de Salud Alameda.	• Manual para la evaluación de menores de 5 años con riesgo de retraso en el desarrollo (EDI) • Manual para la aplicación de la prueba de evaluación del desarrollo infantil (EDI) • Manual complementario para la aplicación de la prueba del desarrollo infantil (EDI)
Centro de Salud San Miguelito.	• Manual de la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI). • Lineamientos técnicos 2017, SSA. • Ejercicios de Estimulación Temprana UNICEF.
Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” (HGAA).	• Manual de aplicación de la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) • Lineamientos Técnicos 2017, SSA. • Manual elaborado por el personal que trabaja en el Servicio, con estrategias para trabajar con el niño en la Estimulación Temprana.
Centro Regional de Desarrollo Infantil (CeReDI).	• Materiales anexos para los talleres de Oportunidades de Aprendizaje (OA) • Manual para el supervisor de talleres (OA) • Manual para la evaluación de menores de cinco años con riesgo de retraso en el desarrollo (EDI) • Manual del facilitador (EDI). • Manual de talleres comunitarios del componente educativo comunitario del modelo de promoción y atención al desarrollo infantil temprano (PRADI). • Inventario del Desarrollo Batelle. • Ejercicios de estimulación temprana. UNICEF.
Centro de Rehabilitación Infantil Guerrero (CRIG).	• Manual de procedimientos de la Dirección General de Rehabilitación, dictaminado por el Comité de Mejora de Regulatoria Interna (COMERI), 23 de agosto del 2012.

ANÁLISIS A LA NORMATIVIDAD EXISTENTE EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

El análisis de las normatividades que rigen la ejecución de los Programas de Estimulación Temprana y de Intervención en los diferentes niveles de atención en el sector salud son los siguientes:

1. Ejercicios de Estimulación Temprana UNICEF.

El documento Ejercicios de Estimulación Temprana UNICEF (referencia) en su edición 2011, retoma el documento publicado por la Organización Mundial de la Salud en 1989 (referencia), es utilizado en el Centro de Salud San Miguelito (Primer nivel) el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG) y el Centro Regional de Desarrollo Infantil (CeReDI), en este último como actividades complementarias.

En cuanto a su estructura, abarca de los 0 a los 5 años de edad, se encuentran organizados en 9 grupos, distribuidos de la siguiente forma: 0-3 meses, 4-6 meses, 7-9 meses, 10 meses-1 año, 1 año-1 año y medio, 1 año 1 medio-2 años, 2-3 años, 3-4 años y de 4-5 años. En el primer año cada grupo abarca un intervalo de 3 meses, en el segundo año 6 meses y a partir del tercer año 12 meses.

Las actividades se encuentran organizadas por colores para las áreas del desarrollo, con imágenes fotográficas para la mayoría de actividades, sobre todo para las áreas motora y fina.

En cuanto a su contenido, las actividades se trabajan en 4 áreas del desarrollo: motor grueso, motor fino, lenguaje y social, con mayor número de estrategias en el motor grueso en los primeros seis meses de edad.

Fortalezas del manual

Es un manual que está orientado a los padres, maneja un lenguaje claro, sencillo sin tecnicismos, inicia con un mensaje para explicar qué es la estimulación temprana y los beneficios, cuáles son y en qué consisten las áreas del desarrollo que se trabajan y sugerencias para realizar la estimulación temprana, referente a la frecuencia de actividades, condiciones ambientales, actuación de los padres y condiciones físicas y emocionales del niño.

Existe variedad en las actividades para cada área del desarrollo y grupo de edad, aun cuando a partir del segundo año las actividades se contemplan para todo un año.

Aunque no existe una sección para el área cognitiva, las actividades propuestas en las demás áreas del desarrollo, contemplan ésta área. Las precauciones también están consideradas dentro de las actividades a desarrollar.

El material que se propone utilizar, son objetos que se utilizan en casa y no se necesita gastar demás para llevar a cabo estas estrategias de estimulación.

Debilidades del manual

Sólo en el primer grupo de edad de 0-3 meses, algunos ejercicios del área motora, específicamente los ejercicios para brazos y piernas son pasivos, es decir los padres son los que realizan el movimiento, y pudieran incluir algunas actividades en las que el niño participe de manera activa.

Las actividades para alimentación solo se menciona una vez, en el primer grupo de 0-3 meses, como actividades para estimular al bebé durante a alimentación.

El personal que oriente a los padres o cuidadores del niño, debe estar capacitado en la estimulación temprana, pues algunas actividades no están claramente descritas y pudiera generar confusiones, algunos ejemplos son:

0-3 meses.

Visión y audición.

2. “Para estimular sus reacciones ante la luz, llévale a lugares con diferente iluminación. También puedes prender y apagar una lámpara evitando lastimar sus ojos”. En la segunda parte, se requiere de la descripción de cómo hacerlo, a qué distancia y que tipo de lámpara utilizar.

4. “Haz sonar objetos cerca de sus oídos (campanitas, cascabeles, sonajas, etc.)”. Se necesita especificar a qué distancia, ritmo e intensidad.

Actividades para brazos y piernas.

4. “Dale masaje de las manos a los hombro y de los muslos a los pies”. Es importante determinar la dirección en que se dará el masaje, caudo-cefálico o visceversa, dependiendo del tono muscular del niño, de lo contrario puede exaltar o inhibirlo, también evitar masajear plantas de pies y manos para evitar la prensión.

Sugerencias al manual

Se necesita contar con estrategias para:

- Regular los automatismos en los primeros meses de vida, en horarios para el sueño-vigilia y alimentación.
- El posicionamiento del niño para favorecer el control postural y organización del tono, a través de elaboración de nidos o cuñas, técnicas para cargarlo, etc.

Contemplar actividades que puede promover la participación activa del niño como es en los siguientes casos:

- Estímulos para que libere los brazos y los lleve por si solo al frente.
- Estimular el dorso de la mano para favorecer que la abra y se le pueda ofrecer la sonaja.

2. Manual de talleres de Oportunidades de Aprendizaje (OA)

Este manual está elaborado por la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo (UIN) del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) para la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), es utilizado por el Centro Regional de Desarrollo Infantil (CeReDI), el programa OA está compuesto por 12 talleres independientes para cada grupo de edad que dura tres meses, plantea un tema específico de desarrollo infantil pero con una estructura y ejecución independiente, para que el niño pueda incorporarse al programa a partir del momento en que ha sido detectado con rezago en el desarrollo.

En manual volumen II: Denominado Talleres “Escaleritas de la inteligencia”, dirigidos a padres niños se presentan en forma programática a través de fichas que contienen: modalidad, descripción del grupo de edad, el tiempo, objetivos para el padre, una frase importante del taller, descripción de actividades, materiales a utilizar, duración aproximada de cada taller de 55 minutos.

Para cada taller se utiliza un color: azul (taller 2), morado (taller 4), blanco (taller 6), morado (taller 8) y rosa (taller 10), el taller 1 corresponde a la bienvenida para cada grupo de edad, ver tabla 3. Cabe mencionar que los talleres 3, 5, 7, 9 y 11 son talleres para padres, descritos en el manual volumen I.

En cuanto a su estructura, está constituido por 9 grupos de edad:

- Grupo 1 De recién nacido hasta un día antes de cumplir los cuatro meses de edad
- Grupo 2 Desde los cuatro meses hasta un día antes de cumplir los siete meses
- Grupo 3 Desde los siete meses hasta un día antes de cumplir los 10 meses
- Grupo 4 Desde los 10 meses hasta un día antes de cumplir los 13 meses
- Grupo 5 Desde los 13 meses hasta un día antes de cumplir los 19 meses
- Grupo 6 Desde los 19 meses hasta un día antes de cumplir los 25 meses
- Grupo 7 Desde los 25 meses hasta un día antes de cumplir los 37 meses
- Grupo 8 Desde los 37 meses hasta un día antes de cumplir los 49
- Grupo 9 Desde los 49 meses hasta un día antes de cumplir los 60 meses

En el contenido

Las áreas a desarrollar son las de motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y social.

Cada taller contiene 5 actividades: una de bienvenida, tres centrales y una de cierre. Cada una de éstas tiene objetivos para los padres en el primer año de vida y para los niños a partir del segundo año.

Fortalezas del manual

Se cuenta con un taller de bienvenida en el que se les explica todo lo referente a los talleres, genera un ambiente de confianza y de convivencia para los padres.

Dentro de cada taller se promueve una frase importante de reflexión con respecto al desarrollo del niño, al final como cierre la oportunidad de expresar los sentimientos que les despertó el taller, con el fin de que se vayan motivados para continuar con el programa.

Dentro de los talleres se incluye el uso de la cuña en una de las actividades para buscar un juguete, ayudándole al control postural.

A partir del segundo año de vida, ya hay variedad en las actividades, aunque solamente con tres centrales: una motora, una de pinza fina y una de lenguaje-social.

Debilidades del manual

Dentro de las actividades que proponen hay poca variación en este primer año, ya que en las actividades centrales, la primera y la segunda actividad que consisten masaje y el juego de manos y pies son las mismas durante el primer año.

Tabla 3. Contenido del Manual de talleres de Oportunidades de Aprendizaje (OA), de talleres dirigidos al niño-cuidador.

Taller	Contenido		
Taller 2	Damos un masaje con amor	Buscando un juguete (seguimiento visual y flexión y extensión de piernas)	Jugando con manos y pies (ejercicio de brazos en forma de abrazo y movimiento de dedos de la mano)
Taller 4	Damos un masaje con amor	Ejercitándonos de manera divertida (seguimiento visual y flexión y extensión de piernas)	Cantemos mientras exploramos.
Taller 6	Damos un masaje con amor	Imitando una hamaca	Cantamos conocemos nuestras manos.
Taller 8	Damos un masaje con amor	Ejercitándonos de manera divertida	Aprendemos cantando las partes del cuerpo (incluye cantar la canción mi cuerpo).
Taller 10	Damos un masaje con amor	Buscando un juguete	El juego de las manos y pies

Los ejercicios para el área motora son realizados en forma pasiva, sugiere un solo ejercicio denominado abrazo, de igual forma para los pies que consiste en flexionar las piernas hacia el abdomen, presionar suavemente y estirarlas sin despegar de la cuña, repitiendo 10 a 20 veces.

Sugerencias al manual

Se necesita contar con estrategias para el primer año de vida:

- Objetivos para los padres y el niño en cada taller, independiente del grupo de edad.

- Regular los automatismos en los primeros meses de vida, en horarios para el sueño-vigilia y alimentación.
- El posicionamiento del niño para favorecer el control postural y organización del tono, a través de elaboración de nidos, técnicas para cargarlo, etc.
- Incluir actividades en el área motora para realizar giros, sedestación, defensa, arrastre y gateo.
- Actividades de pinza fina y coordinación ojo-mano.
- Para el desarrollo cognitivo como historias cortas o cuento.
- Manejo de texturas (estimulación sensorial).
- Un espacio para escuchar a los padres sobre las inquietudes sobre el desarrollo del niño, o bien la aportación de logros.

En los talleres para el segundo año:

- Objetivos para los padres y el niño en cada taller, independiente del grupo de edad.
- Hay actividades que debieran haber iniciado en el primer año, como la motricidad fina, cuentos, trazos, lenguaje (nombrar animales y onomatopeya).
- En dos de los últimos talleres se trabajan solo actividades de lenguaje y motricidad fina, no hay de motor grueso.

3. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Los responsables de Programas de Intervención y de Estimulación expresaron sus opiniones y necesidades respecto a la operatividad de estos programas en Chilpancingo. Tabla 4.

Tabla 4. Percepción de los responsables del Programa.

Institución de Salud	Percepción de los responsables del Programa
Centro de Salud Alameda.	Las causas principales de la deserción del programa se debe a la falta de interés al programa, padres no responsables y porque pueden recibir una segunda opinión del médico que les dice que hijo está bien.
Centro de Salud San Miguelito.	Los Programas de Intervención Temprana que están operando en Chilpancingo no son suficientes para atender al niño de riesgo de retraso en el desarrollo.
Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” (HGRAA).	Las causas principales de deserción al programa, se debe al desinterés de los padres al programa y por el ingreso a las Instituciones de Educación. Los programas de intervención temprana en Chilpancingo no son suficientes para atender a la población infantil en riesgo o daño neurológico.
Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG).	La falta de apego al programa se debe principalmente por su lugar de residencia, y las dificultades para asistir al Programa de Estimulación de Temprana y Consulta Externa de Pediatría, por la inversión de tiempo y economía. Se requiere la implementación del turno vespertino con dos enfermeras capacitadas en el Servicio de Estimulación Temprana, para atender la demanda de atención infantil. Se necesita un espacio físico más amplio para el Servicio de Estimulación Temprana.
Centro Regional de Desarrollo Infantil (CeReDI).	La deserción del programa en la Institución, se debe generalmente por cuestiones económicas y de tiempo para trasladarse, principalmente pacientes foráneos de comunidades lejanas. El CeReDI en Chilpancingo necesita contar con un espacio físico más amplio, esto debido a que hay profesionales que se encuentran en un solo espacio con funciones diferentes.
Centro de Rehabilitación Infantil Guerrero (CRIG).	No puede opinar de los programas de intervención de intervención en Chilpancingo, porque desconoce su funcionamiento de estos programas en el sector salud. No expresó alguna necesidad, ya que cuentan con el material necesario y suficiente para el desempeño de las actividades en cada servicio, así como los espacios físicos adecuados.

4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE QUIEN FORMULA LA PROPUESTA DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

En este análisis sobre el contexto amplio, refiriéndome a las demás Instituciones en el Sector Salud que además del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, trabajan con Programas de Intervención o de Estimulación Temprana, destacando aquellos aspectos relevantes que influyen en la atención de la población infantil:

- En el primer nivel de atención de los 32 Centros de Salud en Chilpancingo, Guerrero, solo dos Centros de Salud “Alameda y San Miguelito”, cuentan con Programas de Estimulación Temprana, en donde aplica la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), para la detección de los niños en rezago y riesgo de retraso en el desarrollo, para el ingreso al programa o referencia a la Institución correspondiente.
- El Centro de Salud San Miguelito de reciente creación en diciembre 2017, no cuenta con los espacios físicos y materiales necesarios para llevar a cabo el Programa de Estimulación Temprana, sin embargo para suplir estas carencias, la responsable del Programa, está llevando a cabo la aplicación de la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) para la estimulación temprana a niños sanos y con rezago en el desarrollo, en forma de recomendaciones y enseñanza de estrategias a los padres o cuidadores de los niños; la enfermera responsable del programa, recibió 10 días hábiles de capacitación en el Servicio de Estimulación Temprana del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, por lo que el acompañamiento por un personal capacitado en la estimulación temprana es vital para la responsable del programa en este periodo de implementación.
- El Centro de Salud Alameda atiende a los niños de rezago y riesgo de retraso en el desarrollo, aunque el espacio físico es pequeño, la responsable del Programa, refiere que es suficiente para trabajar de forma individual; el niño recibe una valoración de pediatría y estimulación temprana que realiza a través de la enseñanza de estrategias de estimulación temprana y recomendaciones a los padres o cuidador. Sin embargo es importante mencionar que la responsable del Programa, no está exclusivamente dedicada a este programa, apoya también a otros programas: el Comité de Muerte Materna RCP y en SESIA en Comité de Muerte Infantil, lo que indica la falta de personal para atender estos programas.

- En el segundo nivel de atención los dos hospitales (General y Materno Infantil), no cuentan con Programas de Intervención Temprana y un equipo multidisciplinario en neurodesarrollo para atender a los niños con antecedentes de riesgo perinatal; el Centro de Regional de Desarrollo Infantil (CeReDI), teniendo dos años de haberse inaugurado en Chilpancingo, en 2015, ha representado un Centro importante de referencia para instituciones tanto del primer como del segundo nivel de atención.
- A pesar de que el Hospital General cuenta con el Servicio de Rehabilitación, éste no atiende a los niños con riesgo de retraso en el desarrollo, sino más bien patologías establecidas como secuelas de fractura, Guillán Barré, parálisis cerebral, entre las principales. Los niños que se identifican como riesgo de retraso en el desarrollo en el Servicio de Estimulación Temprana se refieren al CeReDI o Centro de Rehabilitación Guerrero (CRIG).
- El CRIG es una institución de tercer nivel de atención con alta demanda de atención infantil en el Estado de Guerrero, ya que es el único Centro de Rehabilitación en Chilpancingo que depende del DIF Guerrero, que atiende a la discapacidad, siendo la razón por la cual algunos pacientes que han ingresado al CRIG tardan entre 1 a 2 meses para poder ingresar.

2ª. FASE: DISEÑO DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO

1. ANÁLISIS DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO GUERRERENSE

ANTECEDENTES DEL HOSPITAL

Con fundamento en el art. 74 fracción IV de la Constitución Política del Estado de Guerrero y de los art. 6, 13 y 51 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado, se crea el Hospital de la Madre y Niño Guerrerense en el año 2004, como establecimiento público de bienestar social con personalidad jurídica y patrimonio propios, iniciando sus funciones el 4 de marzo del 2005, para brindar atención de alta especialidad para la mujer embarazada de alto riesgo y recién nacidos graves menores de 30 días de vida.

En el 2007 el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG) acredita ante el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y en el 2014, certifica bajo la norma internacional ISO-9001:2008 dos procesos principales: Atención a la emergencia obstétrica “Código Rojo” y el Ingreso del Recién Nacido Grave a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, en 2015 amplía la certificación con dos procesos más: Atención Integral de Enfermería de pacientes obstétricas de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Análisis Clínicos.

El HMNG es una Institución de Salud de segundo nivel de atención perteneciente al gobierno paraestatal considerado un hospital de referencia porque recibe pacientes de todo el estado de Guerrero.

MARCO LEGAL

Dentro de las leyes, reglamentos y normas del que se rige el HMNG se encuentran las que conciernen a la atención del recién nacido:

- Ley General de Salud.
- Ley número 1212 de Salud del Estado de Guerrero.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

- NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- NOM-027-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención de los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente clínico.
- NOM-028-SSA3-2012. Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
- NOM-253-SSA1-2012. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- NOM-006-SSA3-2011. Para la práctica de anestesiología

MISIÓN

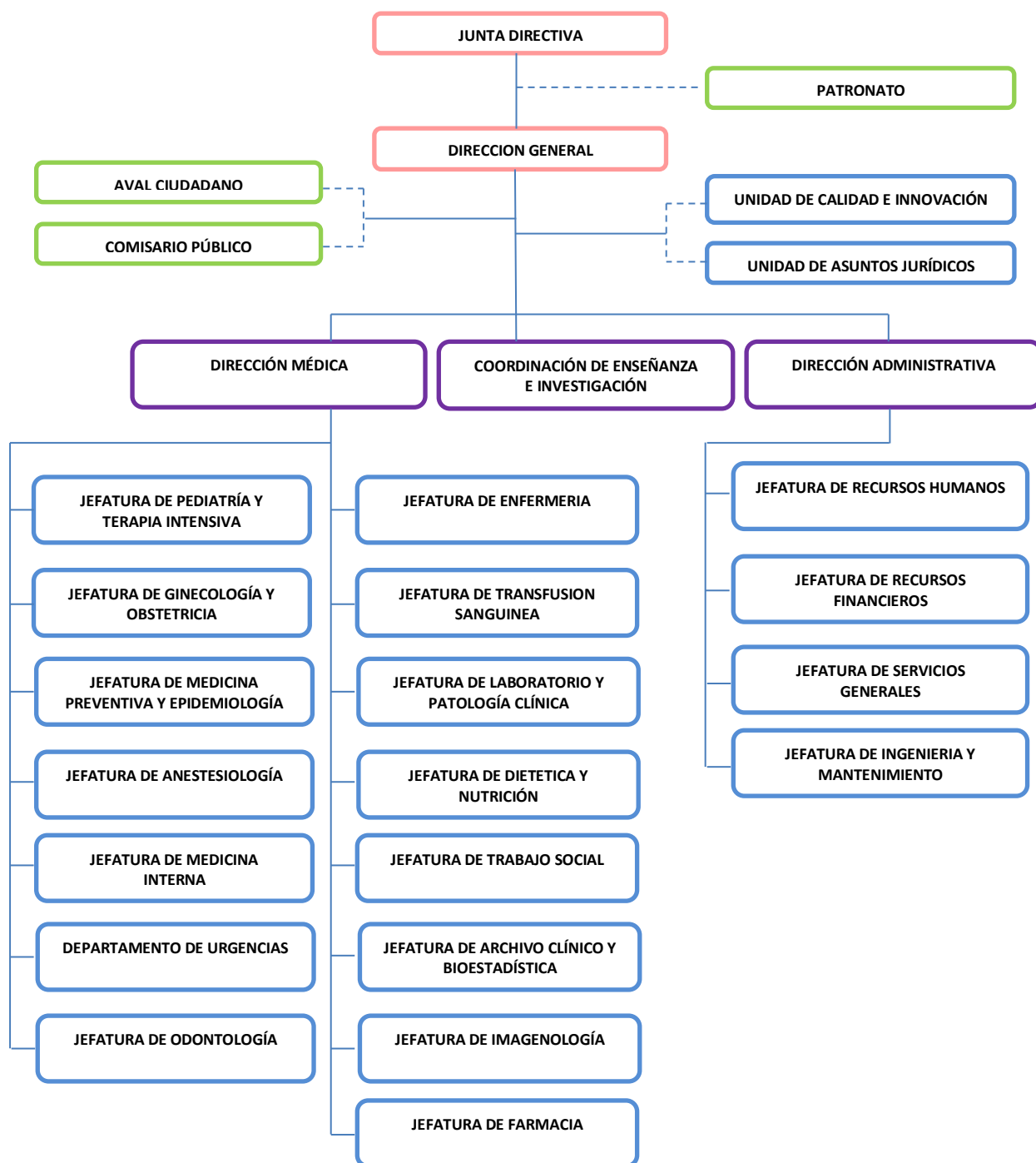
“Somos una institución de salud que tiene como prioridad la embarazada de alto riesgo, recién nacido grave, que ameriten tratamiento especializado de calidad, para contribuir en la reducción de la muerte materna y perinatal, a través de personal calificado e infraestructura adecuada que brinden seguridad a los pacientes” (Gobierno del Estado de Guerrero, 2015).

VISIÓN

“Ser una institución de excelencia en la enseñanza, investigación y prevención de las complicaciones del embarazo y recién nacidos grave; promoviendo la seguridad del paciente, respetando su interculturalidad y ser un modelo de calidad total” (Gobierno del Estado de Guerrero, 2015).

El Servicio de Estimulación Temprana del Hospital de la Madre y el Niño guerrerense se encuentra ubicado dentro de la Jefatura de Medicina Preventiva y Epidemiología dentro del organigrama interno.

Esquema 2. Organigrama interno del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense



PERFIL PROFESIONAL DEL PERSONAL PARA LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA

El personal con que cuenta el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense en el área clínica para la atención del área pediátrica son: pediatras, neonatólogos, médicos generales, médicos anestesiólogos, epidemiólogo, gineco-obstetra, químicos biólogos parasitólogos, enfermeras generales y especialistas, urgenciólogo, ultrasonografista y radiólogos.

En la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UTIN) y Urgencias Pediátricas, se asigna un pediatra o neonatólogo responsable de atender a los pacientes en cada turno; para la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se asignan 2 especialistas en cada turno.

El personal de enfermería asignado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), Unidad de Terapia Intermedia Neonatal (UTIN) y Servicio de Estimulación Temprana, se concentra en la siguiente tabla:

Tabla 5. Personal de enfermería para las áreas pediátricas

Servicio	Real	Ideal	Faltante	Indicador
UCIN	60	60	0	En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: 1 enfermera especialista por cama. El área de UCIN cuenta con 10 cunas radiantés. Se cuenta con 6 turnos (matutino, vespertino, nocturno 1, nocturno 2, jornada acumulada diurna y jornada acumulada nocturna).
UTIN	36	36	0	De acuerdo al indicador horas enfermera paciente por área, en la Terapia Intermedia Neonatal: 1 enfermera especialista por dos camas. El área de UTIN cuenta con capacidad para 6 cunas radiantés.
Servicio de Estimulación Temprana	2	4	2	Únicamente se cuenta con el turno matutino se sugiere implementar el turno vespertino.

Fuente: Departamento de Enfermería. Lic. Deyanira Ríos Huerta (2018)

En este cuadro se puede observar que la Jefatura de Enfermería del hospital, de acuerdo a los indicadores del personal de enfermería que requieren los Servicios de UCIN, UTIN y Estimulación Temprana, en este último registra la necesidad de implementar el turno vespertino y el faltante de dos enfermeras para el Servicio.

COBERTURA DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Los pacientes neonatales que son atendidos en la estancia hospitalaria, por servicio se encuentran distribuidos de la siguiente tabla:

Tabla 6. Pacientes neonatales atendidos por Servicio

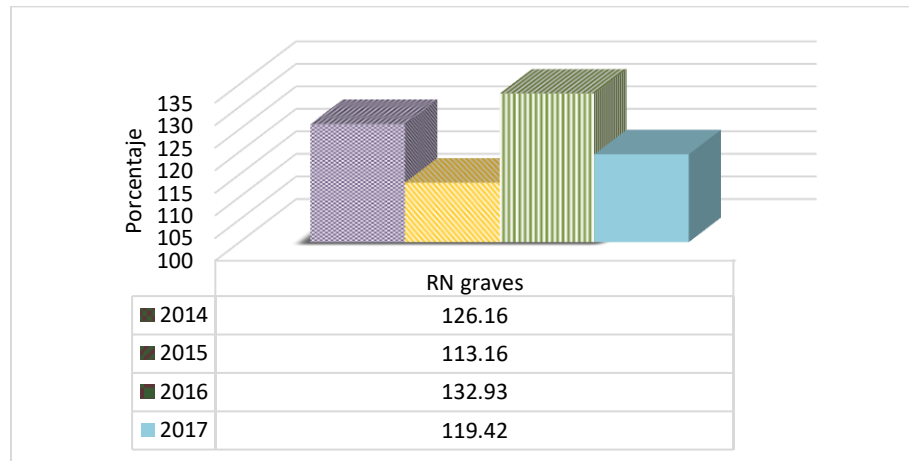
SERVICIO	NO. DE PACIENTES
UCIN	10
UTIN	12
TOTAL	22

La capacidad de atención neonatal es de 22 niños, sin embargo en cuanto a estructura UCIN cuenta con 12, aún no opera porque está en proceso de equipamiento. Los neonatos que ingresan por Urgencias y que no nacieron en el hospital, son ingresados en los aislados de UCIN (son 4).

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LOS NEONATOS DEL HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO GUERRERENSE

Gráfica 1.

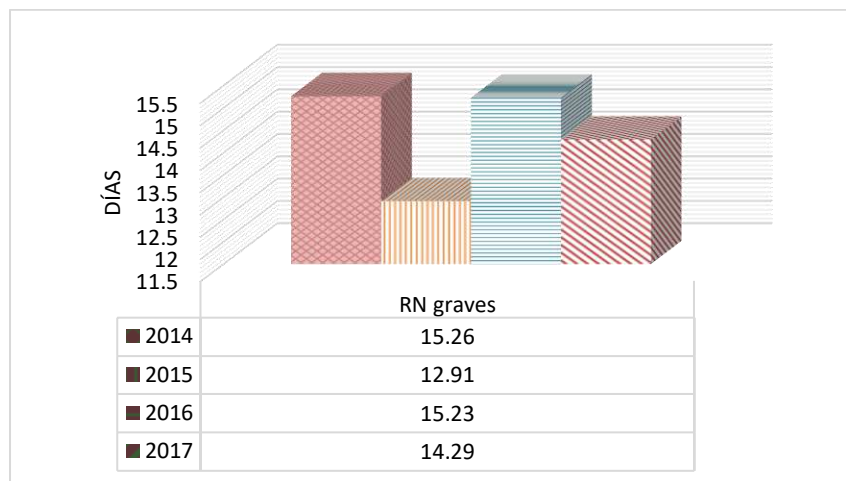
Porcentaje de ocupación hospitalaria de los recién nacidos graves del 2014 al 2017



Se observa que la ocupación hospitalaria del recién nacido grave rebasa el estándar de oro del 90%, lo que demuestra una sobresaturación de pacientes.

Gráfica 2

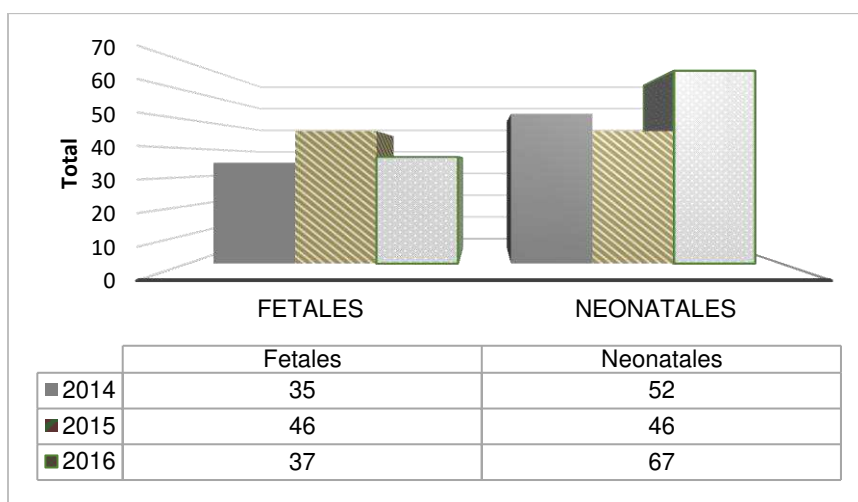
Promedio de días de estancia hospitalaria de los recién nacidos graves del 2014 al 2017



En los recién nacidos graves, el promedio de <8 días en hospitales de especialidad es rebasado en estos últimos cuatro años.

Gráfica 3

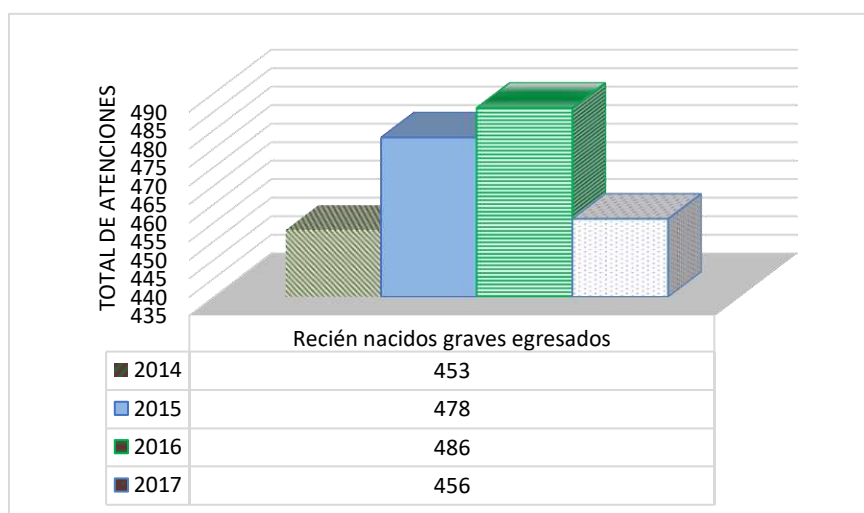
Mortalidad hospitalaria fetales y neonatales 2014 al 2016



En este comparativo anual, hay un incremento del 45% (21) en el último año de mortalidad neonatal.

Gráfica 4

Atenciones de Consulta Externa de Pediatría a recién nacidos graves egresados, durante el periodo 2014-2017



En este comparativo anual se muestra que el promedio anual de atenciones a recién nacidos graves en la Consulta Externa de Pediatría ha incrementado del 2014 a 2016, bajando un 6% en 2017, con respecto al año anterior.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LOS NEONATOS EN EL HOSPITAL

Dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los neonatos durante el año 2017 en el HMNG, son las siguientes:

Tabla 8. Principales causas de morbi-mortalidad en neonatos en el año 2017

Morbilidad	Mortalidad (Diagnósticos principales de atención)
P07 Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y con bajo peso al nacer, no clasificados en otra parte	P073 Otros recién nacidos pretérmino
P36 Sepsis bacteriana del recién nacido	P524 Hemorragia intracerebral (no traumática) del feto y del recién nacido
P22 Dificultad respiratoria del recién nacido	P219 Asfixia del nacimiento, no especificada
P21 Asfixia del nacimiento	P229 Dificultad respiratoria del recién nacido, no especificada
P01 Feto y recién nacido afectados por complicaciones maternas del embarazo	P369 Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada
P05 Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal	P375 Candidiasis neonatal
P59 Ictericia neonatal por otras causas y por las no especificadas	Q000 Anencefalia

Fuente: Jefatura del Departamento de Bioestadística. Responsable: ISC. Jorge Varela Sánchez. 2017.

Podemos observar que dentro de las principales causas de morbi-mortalidad se encuentran la sepsis, prematuridad, dificultades respiratorias y asfixia, lo cual coincide con los datos estadísticos a nivel nacional y estatal registrados en los antecedentes de este trabajo.

SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

El servicio de Estimulación Temprana a cargo de la Licenciada en Enfermería Maryem Estrada Quevedo, se crea en el año mayo del 2008, por la necesidad de dar seguimiento y vigilancia al neurodesarrollo de los niños egresados de terapias intensivas durante los dos primeros años de vida y algunos casos especiales por tres años a los niños de hipotiroidismo congénito y galactosemia, independiente de recibir atención de pediatría en la consulta externa; se brinda atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas (turno matutino).

Perfil del profesional en el Servicio de Estimulación Temprana

- Dos licenciadas en enfermería. La responsable del servicio con 2 Diplomados en Estimulación Temprana y el otro personal con capacitación interna en el servicio de estimulación temprana.
- Reciben capacitaciones para la aplicación de la prueba EDI por la Jurisdicción Sanitaria, SSA, capacitaciones de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en la lactancia materna y jornadas médicas organizadas por el HMNG con temática materno-infantil.

Perfil de la población infantil

Niños de 0 a 2 años de edad corregida, con antecedentes de riesgo perinatal egresados de las Terapias Intensas e Intermedias Neonatales del HMNG, así como los foráneos que se reciben en Urgencias Pediátricas.

Diagnóstico

- a) Por pediatría: Realiza las valoraciones pediátricas a través de la Consulta Externa de Pediatría.
- b) Por el Servicio de Estimulación Temprana: Las Enfermeras del Servicio aplican la Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) a partir del 26 de mayo del 2014.

La prueba de tamizaje EDI evalúa a los menores de 1 mes hasta un día antes de cumplir los 5 años de edad, se aplica de acuerdo a la edad corregida y evalúa las siguientes áreas del desarrollo:

- Motora: Comprende la conducta motriz fina y gruesa.
- Adaptativa: Capacidad de utilizar la información y las habilidades en las diferentes áreas del desarrollo.

- Lenguaje: Incluye toda forma de comunicación verbal, no verbal, visible, audible, escrita y de comprensión de los expresan los demás.
- Social: Comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social en la que vive.
- Cognitiva: De acuerdo a la teoría de Jean Piaget (etapas: sensoriomotora y preoperacional)
- Conocimiento. Del proceso general del desarrollo infantil.

Estas áreas del desarrollo se agrupan en cuatro subgrupos para la aplicación de la prueba EDI, que son: motor grueso, motor fino, lenguaje y desarrollo social.

También la prueba incluye la evaluación de:

- Factores de riesgo biológico: Situación conocida que ha vivido o vive un niño y que puede predisponer al retraso en el desarrollo.
- Señales de alerta: Conjunto de signos y síntomas que en ausencia de otra alteración pueden sugerir alguna desviación del patrón normal del desarrollo.
- Exploración neurológica: Conjunto de preguntas, observaciones y maniobras con el fin de valorar a groso modo la integridad y madurez del sistema nervioso.
- Señales de alarma: Expresión clínica de un posible retraso o desviación del patrón del desarrollo, indican que se necesita una valoración más profunda del niño.

Los resultados de evaluación de la prueba EDI se clasifican en:

- Desarrollo normal o verde: El niño cumple con los hitos y las habilidades esperadas para el grupo de edad en todas las áreas del desarrollo y no presenta ninguna señal de alarma o datos anormales en la exploración neurológica.
- Rezago en el desarrollo o amarillo: El niño no cumple con todos los hitos y habilidades esperadas para el grupo de edad pero no presenta un retraso considerable porque ha logrado los hitos del grupo de edad anterior, en algunos grupos de mayor edad, pueden presentar factores de riesgo biológico o de alerta.
- Riesgo de retraso en el desarrollo o rojo: El niño no cumple adecuadamente con los hitos del desarrollo esperadas para su grupo de edad, y presenta un retraso considerable porque no ha logrado los hitos del grupo anterior, o presenta señales de alto riesgo como son señales de alarma o tiene una exploración neurológica claramente anormal.

Frecuencia de citas para la aplicación de la prueba EDI.

La prueba EDI se aplica desde un mes hasta los 60 meses, sin embargo en el Servicio de Estimulación Temprana del hospital únicamente hasta los 24 meses de edad, por la duración del programa.

El instrumento contiene evaluaciones con una frecuencia de la siguiente manera:

- Cada mes: De 1 mes hasta un día antes de cumplir los 5 meses de edad
- Cada 2 meses: De 5 meses hasta un día antes de cumplir los 7 meses
- Cada 3 meses: De 10 meses hasta un día antes de cumplir los 19 meses
- Cada 6 meses: De 19 meses hasta un día antes de cumplir los 37 meses

De acuerdo a las citas establecidas por los lineamientos técnicos 2017 de la Secretaría de Salud, la frecuencia de aplicación de la prueba, depende del resultado del niño:

Con resultado verde: 2, 6, 12 y 18 (la siguiente la marca hasta los 30 meses).

Para los pacientes con resultado amarillo:

Tabla 9. Citas para la evaluación EDI de pacientes con resultado en rezago en el desarrollo

Edad	Cita para la evaluación
De 1 a 3 meses	3 a 4 meses
De 3 a 5 meses	5 a 7 meses
De 5 a 10 meses	10 a 13 meses
De 10 a 16 meses	16 a 19 meses
De 16 a 24 meses	24 meses

Manejo de los niños en función de los resultados.

- Verde (normal): Se integran a las sesiones individuales de estimulación temprana.
- Amarillo (rezago en el desarrollo): Reciben sesiones individuales de estimulación temprana, o bien son enviados al CeReDI para recibir algún servicio como terapia de lenguaje, terapias de psicología o para talleres de estimulación temprana con más frecuencia de atención (cada 15 días) en los primeros meses de edad (menores de 5 meses).

- Rojo (riesgo de retraso en el desarrollo):
 - Aquellos que por presencia de alteraciones en la valoración neurológica o señales de alarma, son enviados al CRIG, sin embargo continúan recibiendo estimulación temprana hasta que se integran al CRIG.
 - Menores de 5 meses que salen en rojo por antecedentes de riesgo biológico, continúan en el Servicio vigilando más estrechamente su desarrollo o dándoles citas con cada 15 días.
 - Niños mayores de 16 meses, para diagnóstico confirmatorio mediante la prueba Batelle (IBD-2) se envían al CeReDI con un psicólogo capacitado para su aplicación, a fin de determinar su ingreso al CeReDI o al CRIG.

Tabla 10. Resultados de la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), durante los años 2015 al 2017.

MES	2015			2016			2017			TOTAL		
	V	A	R	V	A	R	V	A	R	V	A	R
Ene	21	17	20	27	17	11	33	20	8	81	54	39
Feb	23	18	29	24	29	25	38	31	11	85	78	65
Mar	19	15	13	20	17	18	34	38	12	73	70	43
Abr	23	20	17	25	23	19	31	9	4	79	52	40
May	33	20	15	16	34	11	29	13	10	78	67	36
Jun	30	23	29	24	27	21	31	16	6	85	66	56
Jul	33	17	21	16	26	14	28	22	6	77	65	41
Ago	32	28	19	38	36	20	29	24	14	99	88	53
Sep	33	21	25	26	12	10	31	19	4	90	52	39
Oct	29	17	11	32	27	6	43	12	6	104	56	23
Nov	42	22	22	33	17	8	32	13	4	107	52	34
Dic	23	19	21	26	12	8	19	8	11	68	39	40
Total	341	237	242	307	277	171	378	225	96	1026	739	509
%	40.5 %	29 %	29.5 %	41 %	37 %	22 %	54 %	32 %	14 %	45 %	33 %	22 %

Fuente: Formato de concentrado mensual de Evaluación del Desarrollo Infantil "EDI". Secretaría de Salud, Jurisdicción Sanitaria 03. V=verde, A=amarillo y R=rojo.

Puede observarse que el mayor porcentaje de evaluaciones se encuentran con resultados normales, seguido por resultados con rezago en el desarrollo y en menor porcentaje los de riesgo de retraso en el desarrollo.

Intervención

a) En la estancia hospitalaria

- Estimulación temprana a los pacientes que se encuentran internados en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios, estables cumpliendo los criterios para recibir la estimulación temprana (peso, temperatura, sin ayuno, erupciones en piel, etc.) o en crecimiento y desarrollo, que consiste en masaje, ejercicios pasivos y postura.
- Capacitación a los cuidadores en las actividades de estimulación temprana y cuidados generales en el periodo del internamiento.
- Pláticas de estimulación temprana y entrega de trípticos a las madres que se encuentran en alojamiento conjunto.

b) En el Servicio de Estimulación Temprana

- Atención individualizada para la estimulación temprana, en un tiempo de 40 minutos para cada niño (incluyendo la evaluación de la prueba EDI).
- Se atienden 7 niños diariamente, solo en turno matutino de lunes a viernes.
- Dentro de la programación diaria de las actividades en el Servicio de Estimulación Temprana, cabe resaltar que la atención del primer paciente a las 9:00 de la mañana, es un espacio abierto por el personal del Servicio de Estimulación Temprana, debido a la necesidad de atender a pacientes que requieren mayor frecuencia de atención, en los primeros meses de edad, por lo que son citados y programados directamente por las Enfermeras de este Servicio, ver tabla 11.

Tabla 11. Programación de actividades diarias en el Servicio de Estimulación Temprana.

Hora	Actividad		Área
7:30	Pláticas de estimulación temprana para las mamás y entrega de trípticos.		Alojamiento conjunto
8:00	Estimulación temprana a pacientes de pediatría		UCIN, UTIN y Urgencias Pediátricas
9:00	Paciente de alto riesgo	Aplicación de la prueba EDI y sesiones individuales de estimulación temprana.	Servicio de Estimulación Temprana
9:40	1er paciente		
10:30	Almuerzo		Comedor del Hospital
11:00	2° paciente	Aplicación de la prueba EDI y sesiones individuales de estimulación temprana.	Servicio de Estimulación Temprana
11:40	3er paciente		
12:20	4° paciente		
13:00	5° paciente		
13:40	6° paciente		
14:20	• Limpieza de material y entrega de hoja diaria a Bioestadística.		• Servicio de Estimulación Temprana • Bioestadística del Hospital
	• Informe mensual de los resultados de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI).		• Jurisdicción 03 Centro, Chipancingo, Gro.

DEMANDA DE LA POBLACIÓN INFANTIL

Según los datos registrados en el Formato Hoja de Hospitalización SIMBA-SEUL-14-P-DG15, en el año 2017, donde 448 pacientes ingresaron a las unidades de terapia intensiva e intermedia neonatales. De éstos se registraron 33 defunciones y 7 traslados en estancia a otras instituciones. De los 408 pacientes egresados, 215 ingresan al servicio de estimulación temprana, lo que corresponde a un 53% de los pacientes egresados de las terapias intensivas e intermedias.

Tabla 12. Ingresos y egresos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y la Unidad de Terapia Intermedia Neonatal en comparativo con el ingreso al Servicio de Estimulación Temprana en 2017.

MES	INGRESOS UCIN	DEFUNCIONES	TRASLADOS	COMPARATIVO	
				EGRESOS UCIN	INGRESOS ET
Enero	45	1	1	43	18
Febrero	42	2	1	39	32
Marzo	32	2	0	30	22
Abril	38	2	1	35	12
Mayo	42	5	1	35	11
Junio	42	6	0	37	18
Julio	45	4	0	41	17
Agosto	35	3	0	32	32
Septiembre	33	1	3	29	18
Octubre	37	5	0	32	12
Noviembre	33	2	0	31	6
Diciembre	24	0	0	24	17
TOTAL	448	33	7	408	215

Esta relación no es lineal, ya que los pacientes egresados de la UCIN por mes, no precisamente corresponde a los menores ingresados en el Servicio de Estimulación Temprana en el mismo mes, sin embargo puede darnos un aproximado de esta correlación.

En el siguiente cuadro comparativo se presenta el histórico de ingreso mensual de pacientes al Servicio de Estimulación Temprana, de los años 2015 a 2017.

Tabla 13. Ingreso mensual al Servicio de Estimulación Temprana del 2015 al 2017

MES	2015	2016	2017
Enero	24	20	18
Febrero	22	22	32
Marzo	18	24	22
Abril	13	17	12
Mayo	28	18	11
Junio	24	21	18
Julio	18	16	17
Agosto	23	17	32
Septiembre	26	13	18
Octubre	20	14	12
Noviembre	27	16	6
Diciembre	9	9	17
Total	252	207	215
Promedio mensual	21	17.25	17.92

De los años 2015 al 2017, los ingresos de pacientes al Servicio de Estimulación Temprana, han mantenido una constante, siendo el promedio de ingreso anual de estos tres años correspondiente a 225 pacientes.

INGRESOS, DESERCIÓN Y ADHERENCIA AL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

La deserción corresponde a los pacientes que abandonan el programa, los niños referidos al CRIG egresan del programa para recibir un servicio de mayor especialización y abordaje multidisciplinario, motivo por el cual el porcentaje correspondiente a esta población se excluye de la deserción. En la adherencia del programa los pacientes ingresados en 2015 han cerrado su ciclo de atención al programa, no así los ingresados en 2016, dos pacientes continúan en el programa (corte al 1° de mayo 2018), los ingresados en 2017, aún no cumplen con los dos años de edad para concluir con el programa.

Tabla 14. Comparativo de los ingresos, deserción y adherencia al Programa de Estimulación Temprana

AÑO	INGRESOS	REFERENCIAS AL CRIG	%	DESERCIÓN	%	ADHERENCIA		%
						ALTA	CONTINUAN EN EL PROGRAMA	
2015	252	14	6%	175	69%	63	0	25%
2016	207	15	7%	148	72%	42	2	21%
2017	215	9	4%	140	65%	0	66	31%

Tabla 15. Pacientes que abandonan el programa (deserción) por corte de edad

Edad del paciente	2015		2016		2017	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 6 meses	110	63%	74	50%	102	73%
6 meses	37	21%	43	29%	34	24%
12 meses	23	13%	23	15%	4	3%
18 meses	5	3%	8	5%	0	0%
Total	175	100%	148	100%	140	100%

Puede observarse el alto porcentaje de deserción en los primeros meses del seguimiento en el Programa de Estimulación Temprana (antes de los 6 meses de edad corregida), evidente durante tres años consecutivos del 2015 al 2017.

PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA POR GRUPOS DE EDAD.

El Servicio de Estimulación Temprana cuenta con el registro de 122 pacientes que asisten al programa, nacidos durante el periodo del 2016 al 2018, con corte al 1º de mayo de 2018, quienes se presentan por edad corregida en prematuros y cronológica para los de término, así como organizados por grupo de edad.

Tabla 16. Distribución de pacientes en el Servicio de Estimulación Temprana por grupos de edad.

Grupo de edad	Número de pacientes
1-3 meses	20
4-7 meses	39
8-11 meses	28
12-17 meses	25
18-24 meses*	10
Total	122

* Hasta el corte, la edad del paciente registrado como vigente abarcaba hasta los 22 meses.

Es observable que la mayor concentración de pacientes se encuentran en los dos primeros grupos de edad de 0 a 3 meses y de 4 a 7 meses, en donde entre un 50-73% acuden una o dos veces al programa y desertan.

REFERENCIA A SERVICIOS DE OTRAS INSTITUCIONES

Los pacientes que presentan riesgo de retraso en el desarrollo con signos de alteración neurológica, daño neurológico o patologías son referidos al CRIG (Centro de Rehabilitación Integral Guerrero) y niños con rezago en el desarrollo se envían al CeReDI (Centro Regional de Desarrollo Infantil) para la aplicación de la Prueba Diagnóstica de Batelle, Terapia de Lenguaje, Terapia Física o a Talleres de Estimulación Temprana, talleres que son realizados con mayor frecuencia (cada 15 días). Los niños atendidos en el CeReDI continúan asistiendo al Servicio de Estimulación Temprana del Hospital del Niño y de la Madre Guerrerense.

Tabla 17. Pacientes referidos a otras instituciones del 2015 al 2017

Niños referidos	2015	2016	2017	TOTAL
Niños referidos al CRIG	14	15	9	38
Niños referidos al CeReDI	1	18	25	44
TOTAL	15	33	34	82

Las referencias de pacientes se han incrementado en el CeReDI, desde su creación en la Ciudad de Chilpancingo, Guerrero en el año 2015, debido a que es el único Centro que cuenta con un Programa de Intervención, con equipo multidisciplinario, donde el ingreso al programa es rápido, entre 8 a 15 días para los talleres de estimulación y para la terapia física, terapia de lenguaje o pruebas Batelle menos de 8 días.

MOTIVOS DE REFERENCIA AL CRIG POR RANGO DE EDAD

Tabla 18. Motivos de referencia de pacientes al CRIG del 2015 al 2017

Motivo de Referencia	Rangos de edad						Total
	0-3	4-7	8-11	12-15	16-19	20-24	
Sx de Down	4	1					5
Crisis convulsivas				1			1
Riesgo de retraso en el desarrollo	3	7	3	3	1		17
Daño neurológico	3	4	1				8
Disfunción del nervio radial	1						1
Acortamiento de extremidades		1					1
Probable hipoacusia		1					1
Rezago en el desarrollo			1		1	1	3
Microcefalia	1						1
TOTAL	12	14	5	4	2	1	38

Los principales motivos de referencia al CRIG son por riesgo de retraso en el desarrollo (con presencia de signos neurológicos) y el daño neurológico, en los primeros meses de edad (menores de 7 meses).

MOTIVOS DE REFERENCIAS AL CEREDI POR RANGO DE EDAD

Tabla 18. Motivos de referencia de pacientes al CeReDI del 2015 al 2017

Motivo de referencia	Rangos de edad						
	0-3	4-7	8-11	12-15	16-19	20-24	Total
Rezago en el lenguaje						1	1
Rezago en el desarrollo	3	3	1	3	24	9	43
TOTAL	3	3	1	3	24	10	44

Las referencias más frecuentes al CeReDI, se encuentran entre los 16 a 24 meses de edad, para la aplicación de la prueba Batelle a partir de los 16 meses y terapia de lenguaje.

Frecuencia de atención en el Servicio de Estimulación Temprana

Las citas se otorgan de acuerdo al tipo de paciente que se encuentra recibiendo el Servicio de Estimulación Temprana.

- Paciente internado: De lunes a viernes se atiende en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios, de 8:00 a 9:00 horas.
- Paciente con residencia en Chilpancingo o en el municipio: Se citan cada mes por el Servicio de Estimulación, sin embargo por la sobresaturación de pacientes y los pocos horarios disponibles para el servicio, Archivo Clínico les da la cita hasta el mes y medio o dos meses, ya que es quien maneja todas las citas del hospital.
- Paciente foráneo, con residencia fuera del municipio de Chilpancingo (lejos): Se cita a los pacientes cada dos meses, donde Archivo Clínico les da cita el mismo día que la consulta de pediatría, con la finalidad de asegurar la asistencia al Servicio de Estimulación Temprana, ya que antes de generar esta estrategia los pacientes foráneos

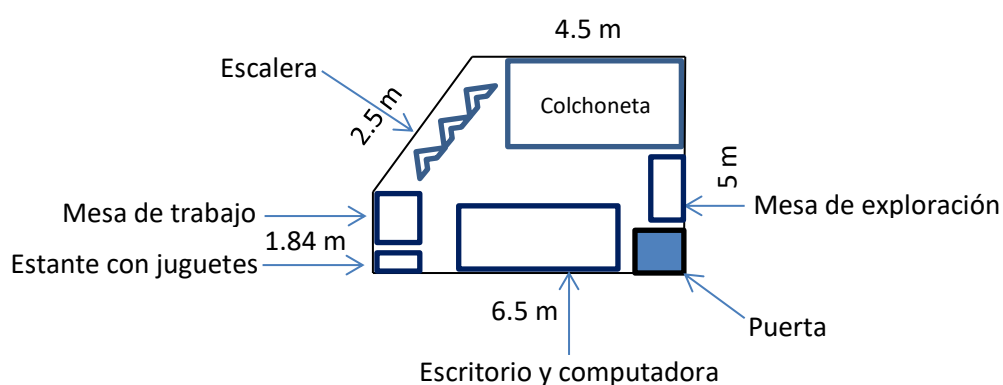
generalmente no acudían al Servicio de Estimulación Temprana por el gasto y el tiempo invertido en la distancia para acudir al hospital.

Material y equipo en el Servicio

Se cuenta con el material necesario para la intervención individualizada: 6 colchonetas, 2 cuñas, 3 rodillos, 2 espejos en paredes, mesa de exploración para los niños menores de 3 meses, mesa de trabajo con sillas pequeñas, escaleras, materiales de ensamble, cuentos, juguetes diversos, computadora, aire acondicionado. El espacio físico es pequeño, del tamaño de consultorio.

Esquema 3.

Estructura física del Servicio de Estimulación Temprana



Normatividad que rige el Programa de Estimulación Temprana en el hospital

- Lineamientos Técnicos 2017. Estimulación Temprana.
- Manual para la evaluación de menores de 5 años con riesgo de retraso en el desarrollo (EDI).
- Manual para la aplicación de la prueba de evaluación del desarrollo infantil (EDI).
- Manual complementario para la aplicación de la prueba del desarrollo infantil (EDI).
- Manual de exploración neurológica para niños menores de 5 años en el primer y segundo nivel de atención (EDI).
- Ejercicios de Estimulación Temprana UNICEF.

Necesidades expresadas por la responsable del Programa de Estimulación Temprana

- La falta de apego al programa se debe principalmente por el lugar de residencia, las dificultades para asistir al Programa de Estimulación de Temprana y Consulta Externa de Pediatría, por la inversión de tiempo y economía.
- Se requiere la implementación del turno vespertino con dos enfermeras capacitadas en el Servicio de Estimulación Temprana, para atender la demanda de atención infantil, situación conocida por los directivos del Hospital.
- Un espacio físico más amplio para el Servicio de Estimulación Temprana.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO GUERRERENSE, EN LA PERSPECTIVA DE QUIEN FORMULA LA PROPUESTA DEL DISEÑO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, tiene una sobresaturación de pacientes, que rebasan el estándar de oro del 90% de forma permanente, por lo que la demanda de atención en el Servicio de Estimulación Temprana se incrementa; requiere la creación de otro turno además del matutino y la asignación de dos enfermeras, necesidad que ha sido expresada por el personal de la Institución, contemplada en los indicadores para el cálculo de personal de enfermería (elaborado por el Departamento de Enfermería) y en el Diagnóstico Situacional del Hospital (elaborado por la Institución) anualmente.

Existe la necesidad de generar estrategias de intervención que respondan a las necesidades del Servicio de Estimulación Temprana en cuanto a cobertura y frecuencia de atención con el recurso humano con el que cuenta.

Debido a que la población está constituida por pacientes con antecedentes de alto riesgo perinatal, debe contar con un Programa de Seguimiento del Neurodesarrollo, en el cual se realice un diagnóstico y una intervención del neurodesarrollo de forma oportuna.

2. COMPARACIÓN CON EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL LABORATORIO DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO (INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA- UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA).

El siguiente cuadro comparativo entre el Programa de Estimulación Temprana del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG) y el Programa de Intervención Centrado en el Cuidado Integral del Niño (PCIN) del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (INP-UAM), pretende la identificación de aspectos de ser factibles de incorporarse en el programa del HMNG y mejorar las necesidades de la demanda, de ninguna manera, intenta minimizar su valía, sino generar propuestas para el diseño del programa de este proyecto.

COMPARATIVO DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL HMNG CON EL
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DEL LABORATORIO DE SEGUIMIENTO DEL
NEURODESARROLLO (INP-UAMX)

1. Contexto institucional

Estructura Institucional	
Programa de Estimulación Temprana PET (HMNG)	Programa de Intervención Temprana centrado en el Cuidado Integral del Niño PCIN (LND- INP/UAM)
Área Asistencial depende del Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Segundo Nivel de atención en salud.	Área de investigación, depende de la Dirección de Investigación. Tercer nivel de atención en salud.

Misión y Visión del Servicio.	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
Orienta su misión a <i>la atención del embarazo de alto riesgo y del recién nacido grave</i> para contribuir a <i>la reducción de la mortalidad materna y perinatal</i> , mediante una atención de calidad, personal calificado e infraestructura adecuada.	Orienta su misión a <i>desarrollar investigación de alta calidad y formación de profesionales en la prevención de trastornos del neurodesarrollo</i> en menores de 8 años mediante <i>acciones de detección, diagnóstico e intervención temprana</i> .
Establece como visión <i>ser una institución de excelencia en la enseñanza, investigación y prevención de las complicaciones del embarazo y recién nacido grave</i> .	Establece como visión <i>ser líder en la generación de conocimientos</i> orientados a la prevención de alteraciones del neurodesarrollo así como <i>en la atención integral del niño y su entorno familiar</i> , colocándose a la vanguardia <i>en la formación de profesionales de la salud</i> en el seguimiento del neurodesarrollo.

Perfil de la población a quien se dirige el programa	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
Niños de 0 a 2 años de edad con antecedentes de riesgo perinatal, producto del embarazo de alto riesgo: - Nacidos en el hospital y que estuvieron internados en las terapias intensivas e intermedias neonatales. - Nacidos en otras instituciones de salud ingresados por urgencias pediátricas. Población que presenta ciertas afecciones como prematurez, asfixia, sepsis neonatal, etc.	Infantes de 0 a 8 años de edad con riesgo en el desarrollo temprano o por diferentes problemas de salud, de acuerdo a la cohorte a la que es ingresado el niño, protocolizado con criterios específicos para el seguimiento, pudiendo atender a algunos hasta la adolescencia. Trabaja con diferentes cohortes como: asfixia perinatal, cardiopatía congénita, endocrinología, prematuros, etc.

Perfil del equipo que participa en el programa	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
- Personal de Enfermería, quien opera el programa en el Servicio de Estimulación Temprana. - Pediatría coordina acciones con el Servicio de Estimulación Temprana. - Médico general en Medicina Preventiva y Epidemiología, supervisa las acciones del Programa.	Está constituido por un equipo multidisciplinario, en función de las acciones que se pretenden realizar y la condición de salud neurológica del niño: Diagnóstico: Médico con formación en neurodesarrollo, pediatra, psicólogo. Intervención: Enfermera, terapeuta físico, terapeuta de lenguaje, maestros en rehabilitación neurológica.

Objetivo de las acciones del Programa	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
Vigilar al niño en riesgo para la detección y referencia oportuna de los casos que presentan retrasos y alteraciones del desarrollo mediante la Prueba de Tamizaje de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI). Capacitar a los padres en actividades de estimulación temprana y sus beneficios en el desarrollo infantil. Formación del personal de los Centros de Salud, en la aplicación de estrategias de detección de riesgo de retraso en el desarrollo y estimulación infantil temprana.	Generar conocimiento sobre la evolución del neurodesarrollo ante condiciones de riesgo biológico, diferentes problemas de salud, riesgo en el desarrollo temprano y sobre los factores psicosociales que inciden en su reorganización, así como orientar la toma de decisiones para un seguimiento intervenido. Establecer un diagnóstico integral del neurodesarrollo y su control evolutivo para determinar acciones preventivas e integrales de intervención en el contexto del cuidado integral del niño orientadas a la reorganización del desarrollo y la prevención de la secuela o la disminución del impacto de esta en la calidad de vida del infante y su familia. Formar recursos humanos en acciones de detección, diagnóstico e intervención oportuna del niño expuesto a morbilidad neurológica para la prevención de alteraciones del neurodesarrollo originadas por riesgos perinatales, así como la intervención temprana con problemas derivados del daño neurológico.

2. Caracterización de la población con la que se trabaja (diagnóstico)

Caracterización inicial de la población a quien se dirige el programa	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
En la Consulta Externa de Pediatría se realiza una valoración pediátrica, estudios de laboratorio y gabinete. En el Servicio de Estimulación Temprana, se evalúa la condición del paciente al momento de ingreso al programa, para identificar los casos de rezago en el desarrollo y riesgo de retraso en el desarrollo, a través de la aplicación de la Prueba de Tamizaje Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI): • En el paciente de término cuando cumple 1 mes de vida. • En el caso de los pacientes prematuros la primera evaluación se realiza a los 30 días de edad corregida.	Se realiza un diagnóstico integral del infante considerando las variables relativas al niño, al cuidador y al ambiente familiar en el que se desarrolla, mediante instrumentos diagnósticos estandarizados. El diagnóstico integra: • Historia clínica de riesgo y antecedentes de morbilidad perinatal. • Evaluación somatométrica. • Evaluación del neurodesarrollo: expresiones clínicas neurológicas y conductas del desarrollo (motor, cognitivo, lenguaje y adaptativo). • Estudios de imagen y neurofisiológicos. • Calidad de la interacción materna y salud mental del cuidador. • Condición socioeconómica de la familia y calidad del ambiente de estimulación en el hogar.

Control evolutivo en el diagnóstico	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
La periodicidad para la evaluación en el seguimiento es la establecida por la Prueba de Tamizaje de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) de 0 a 24 meses de edad: • Mensual de 1 a 5 meses de edad • Bimestral de 5 a 7 meses de edad • Trimestral de 7 a 19 meses de edad Generalmente no se realiza evaluación después de los 19 meses, por los siguientes motivos: • Los pacientes foráneos al ser dados de alta en la Consulta Externa de Pediatría, ya no acuden al Servicio de Estimulación Temprana. • Los pacientes que residen en el municipio de Chilpancingo, ya no acuden a la última cita de la evaluación EDI, una vez que son dados de alta por Pediatría. La prueba EDI se aplica en el mismo horario destinado para la sesión de estimulación temprana cuya duración total es de 40 minutos, siendo un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos empleados en la valoración.	La periodicidad de las evaluaciones está determinada por la metodología establecida para el seguimiento de cada una de las cohortes de estudio. Como criterios generales: • Bimensual de los 0 a los 12 meses • Trimestral de 12 a 24 meses • Cuatrimestral de los 24 meses a los 36 meses • Semestral de los 36 meses a los 4 años • Anual de los 4 años en adelante. Las citas de evaluación son independientes de las citas de intervención y en tiempos de 60 a 120 minutos.

Registro de los procedimientos de evaluación	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
Formato de evaluación EDI: Utilizado de forma individual para cada paciente durante la aplicación de la prueba, en donde se registran las conductas en las áreas motora, lenguaje, social y cognitiva, riesgos biológicos perinatales, datos de exploración neurológica, señales de alerta y alarma, mediante una calificación tricotómica (verde- amarillo-rojo) en cada indicador, para determinar el resultado final de esta semaforización. En el mismo se registran hasta 6 evaluaciones (la primera inicial y 5 subsecuentes) y se integra al expediente clínico hospitalario del paciente. Formato de registro diario: Registra al total de pacientes evaluados durante la jornada diaria; reporta datos generales y resultados de evaluación, formato que se entrega diariamente a Bioestadística en el hospital. Cuaderno de registro o bitácora: Se registra por día los pacientes que asisten al servicio de estimulación temprana; reporta datos generales (nombre del paciente, nombre la madre, edad gestacional, edad de evaluación, diagnóstico de egreso de las terapias neonatales) y resultados de la evaluación. Este cuaderno constituye la herramienta de control interno. Base de datos: Se capturan en una base los mismos datos registrados en el cuaderno: reporta datos generales y resultados de la evaluación. Base de datos que constituye la herramienta de control interno.	Cada procedimiento diagnóstico se registra en formatos protocolizados, son distintos para cada cohorte: Procedimientos diagnósticos: Del niño: • Historia clínica de riesgo • Estudios neurofisiológicos • Evaluación neurológica • Valoración Somatométrica • Evaluación del desarrollo: - En lactantes (Gesell, Bayley I, II y III, Uzgiris, Merrill Palmer). - En preescolares (BENDER, RAVEN, figura humana, PEABODY verbal, PQ Vayer-psicomotricidad, Inventario de problemas de conducta y socioemocionales IPCS, WPPSI I y II, CUMANIN). - En escolares (Las cinco primeras pruebas mencionadas en preescolares y además WISC R, IV, CUMANES, CMAS Cuestionario de la ansiedad). De la madre: • Perfil de interacción madre – hijo. • Salud mental materna (ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento y percepción de calidad de vida y salud). Del ambiente: • Condición socioeconómica de la familia • Calidad del ambiente de estimulación en el hogar.

Criterios para alta del programa	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
El criterio de alta es alcanzar los 24 meses de edad de acuerdo al programa y alcanzar un desarrollo normal, en la prueba EDI.	El criterio de alta está determinado por los criterios establecidos en el protocolo de seguimiento de cada una de las cohortes de estudio, 24 meses, 72 meses o el inicio de la adolescencia (12 años). Se considera edad de desarrollo alcanzado por el niño.

Vinculación con otros servicios	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
Los pacientes son referidos al Servicio de Estimulación Temprana para el ingreso al Programa por: • Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). • Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UTIN). • Servicio de Urgencias Pediátricas • Consulta Externa de Pediatría Para fines de derivación extrahospitalaria: • Servicio de Pediatría. • Jefatura de Medicina Preventiva y Epidemiología.	Los pacientes son referidos por los distintos servicios del hospital de acuerdo a los criterios de inclusión de las cohortes, por lo que existe vinculación por diferentes motivos: • Por ingreso. • Por canalización o derivación. • Para apoyo diagnóstico. • Para tratamiento terapéutico. Pacientes referidos al Instituto Nacional de Pediatría por el Programa para valoración y manejo médico: • Para interconsulta (endocrinología, neurología, genética, etc.).

Vinculación con otras instituciones	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
A través del Servicio de Pediatría y/o Medicina Preventiva y Epidemiología, se realiza la referencia de los pacientes a las siguientes instituciones y de acuerdo a criterios: Centro Regional de Desarrollo Infantil (CeReDI): • Pacientes con rezago en el desarrollo (semáforo amarillo) a los talleres de estimulación o terapias específicas (física, lenguaje, psicológica) en donde además recibirán una atención con mayor frecuencia. • Pacientes mayores de 16 meses con riesgo de retraso en el desarrollo (semáforo rojo) para la aplicación de la prueba de diagnóstico del desarrollo (Batelle) y terapias específicas (física, psicológica, lenguaje). CRIG (Centro de Rehabilitación Integral de Guerrero): • Pacientes con riesgo establecido, riesgo de retraso en el desarrollo (semáforo rojo) que presentan signos de alteración neurológica. Vinculación con la Jurisdicción 03 Centro de la Secretaría de Salud: • Para formación profesional de personal de Centros de Salud.	Existe vinculación con Instituciones para: • La investigación. • Formación profesional. • Para los cuidadores que requieren atención psicológica se refieren al Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF). No se cuenta con criterios uniformes para la derivación de los pacientes al término del seguimiento. Se consideran las necesidades del niño como lugar de residencia y disponibilidad de los servicios.

3. Caracterización de las acciones del programa (intervención)

Objetivo de la intervención	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
• <i>Capacitar a los cuidadores</i> en la implementación de las actividades para estimular el desarrollo del niño en el hogar, así como orientaciones adicionales sobre el cuidado y la crianza. • <i>Orientar y sensibilizar a los cuidadores</i> sobre los beneficios de la estimulación para la prevención de retrasos en el desarrollo. • <i>Vigilar el desarrollo del niño</i>, en cuanto a la adquisición de habilidades, durante su seguimiento hasta cumplir los dos años del programa.	• <i>Prevenir la discapacidad</i> resultante de una condición de riesgo (biológica o ambiental). • Promover el <i>desarrollo integral del niño</i> en el desarrollo de competencias para el ejercicio de la ciudadanía. • Favorecer <i>la relación interactiva</i> entre el niño-cuidador y relación amplia con la familia. • Capacitar a los cuidadores principales en las <i>estrategias del cuidado, crianza y promoción</i> del desarrollo del niño. • Capacitar a los profesionales como <i>facilitadores del proceso</i>.

Sujeto de la intervención	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
<i>El niño-entorno.</i> El programa se dirige tanto al desarrollo de actividades de estimulación para la adquisición de los hitos de desarrollo en el niño, como a las orientaciones a los padres sobre la estimulación y el cuidado en casa, por ejemplo, la alimentación, el manejo postural, el control de estímulos ambientales, el juego etc.	<i>El niño-cuidador.</i> Reconoce al cuidador como principal organizador de la experiencia del niño, por lo que el programa se dirige a la formación de competencias de sensibilidad, responsividad y modalidades de interacción desde las primeras etapas del desarrollo del niño, estableciendo correspondencia con las características, condiciones y evolución de los funcionamientos y expresiones conductuales del niño y la incorporación de estrategias específicas e individualizadas en función de la condición del niño y el ambiente (espacios de oportunidad). El cuidador es quien organiza el desarrollo en la infancia con acciones que se llevan a cabo en escenarios regulares de la vida cotidiana y en correspondencia con las formas de relación que establecen con todos sus miembros.

Relación entre el profesional y el sujeto de la intervención	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
<i>Relación unidireccional.</i> El profesional determina las acciones a seguir, la presenta mediante escenarios demostrativos y orienta al cuidador para que replique en casa las actividades (el cuidador tiene cierta participación con el fin de corroborar que haya aprendido las actividades de estimulación). Complementa con orientaciones adicionales sobre los cuidados del niño en el hogar (alimentación, higiene, sueño, juego, etc.).	<i>Relación bidireccional</i> congruente con un modelo centrado en la interacción cuidador-niño, ya que considera no solo al niño, también las características del cuidador (calidad de la interacción, salud mental, competencias para el cuidado, calidad del ambiente de estimulación en el hogar) con el fin de ajustar las actividades del programa a las condiciones específicas de niño y cuidador. Se evalúan los cambios en el proceso para el ajuste del programa.

Rol del profesional	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
El profesional actúa como principal promotor del desarrollo, a través de la capacitación a los padres sobre la estimulación temprana y sus beneficios, iniciando la intervención desde la estancia hospitalaria, a través de escenarios demostrativos de estimulación temprana, permitiendo un mínimo de participación práctica de los padres en las Unidades de Terapia para asegurar la comprensión y correcta aplicación por parte del cuidador principal.	La actuación del profesional como orientador y facilitador del proceso en los cuidadores para el desarrollo de la observación, vigilancia y estrategias de cuidado, estimulación y crianza del cuidador principal hacia el niño, así como las competencias de interacción entre el cuidador-niño. El profesional debe ajustar la programación de acuerdo a las características de la relación cuidador-niño, elaborando metas y objetivos para cada diada, de acuerdo a los contextos socioculturales, es decir organizar el desarrollo a partir del perfil del cuidador (en el contexto de la conciencia social de su participación en la formación y desarrollo del niño y la familia) y del niño (en el contexto del desarrollo orgánico-social). El profesional dirige las acciones y transmite los conocimientos apropiados en contextos determinados a la madre o cuidador en su posición de sujeto de mayor conocimiento y conciencia con respecto al niño, desarrollando competencias para conducir objetivos y metas, ajustándose al estado inicial del niño y los contextos familiares en los que se desenvuelve. El profesional debe encaminar acciones coordinadas y coherentes del equipo con respecto de las propuestas de la familia, y evitar duplicaciones, contradicciones o acciones al margen de las necesidades del niño y la familia.

Nivel de las acciones de la intervención	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
<i>Nivel Intra</i> en cuanto a que se centra en las características del niño en cuanto a su desarrollo, de acuerdo a los resultados de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI).	<i>Nivel inter y trans</i> en cuanto a que se centra en criterios sobre la calificación del riesgo y ubicación específica de signos neurológicos, la evolución de las posibilidades de <i>interacción adaptativa</i> del niño con los otros (interacciones cuidador – niño) y con los objetos (calidad del ambiente que determina las condiciones de la experiencia) de niveles de menor a mayor complejidad mediante una participación activa del niño.

Modalidades de la intervención	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
<i>Atención individual:</i> Para todos los niños (desarrollo normal, rezago y riesgo de retraso). Sesión de estimulación temprana, orientada a la capacitación de los padres o cuidadores referente a las actividades de estimulación temprana y algunas de terapia física, para favorecer el desarrollo normal del niño. En sesiones de 40 minutos, junto con la aplicación de la prueba del desarrollo (EDI), con una periodicidad mensual en el caso de pacientes residentes en la Ciudad de Chilpancingo y bimestral para los no residentes. Cuando el paciente es atendido en alguna fecha en que no le corresponde la evaluación, se ocupan los 40 minutos para la sesión individual de estimulación temprana.	<i>Atención individual:</i> Orientada al manejo de problemas específicos que son identificados en el niño, su cuidador principal o su familia, en base a expresiones sindrómicas, alteraciones en áreas específicas del desarrollo, procesos interactivos o dinámica familiar. Estas intervenciones pueden ser de índole fisioterapéutica, lingüística, pedagógica, psicológica o para reforzamiento de competencias en el cuidador que presenta dificultades para promover el desarrollo del niño (riesgo social) y deben ser incluidos en la atención individual antes de la decisión de una canalización. La atención es cada 8 o 15 días según cada caso, con tiempo de 60 minutos.

	<i>Atención grupal:</i> Sesiones grupales orientadas a promover estrategias y actividades centradas en el logro de objetivos en el desarrollo correspondientes a la edad del niño, siendo uno de los propósitos centrales la capacitación en los cuidadores principales para potenciar o adquirir competencias de cuidado, crianza, protección y promoción del desarrollo del niño. En esta modalidad se genera el intercambio de experiencias entre los cuidadores, problemas y formas de cómo solucionar, disminuyendo la ansiedad en ellos al compartir sentimientos y saberes con respecto a la condición del niño, promueve formas alternativas de interacción entre cuidador-niño, se desarrolla la capacidad de observación para la detección de obstáculos y retrocesos para una intervención temprana a fin de incidir en ellos con acciones tempranas y oportunas. Los grupos están constituidos por un máximo de 6 diadas (cuidador-niño), con duración de 60 minutos y periodicidad quincenal.

Participación del cuidador en el programa	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
Con fines de adiestramiento. Lo cuidadores son capacitados en actividades de estimulación temprana y de cuidado (higiene, vestido, alimentación, control postural, riesgos ambientales) que pueden realizar en casa.	Como organizador de experiencias. El cuidador se constituye como el principal organizador y promotor del desarrollo del niño, favoreciendo su reorganización.

Dirección de las acciones (centradas en el objetivo/centradas en el obstáculo).	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
Las actividades y orientaciones se determinan principalmente por las dificultades (obstáculos) observadas durante la evaluación en las diferentes áreas (motricidad gruesa, fina, lenguaje, cognitivo, social), en menor medida y por las restricciones de tiempo, se incorporan recomendaciones para la estimulación del desarrollo general en función de la edad del niño. En el caso de obstáculos relacionados con signos de alteración específica se refiere al paciente para intervención específica y rehabilitación.	El programa incorpora estrategias orientadas a los objetivos del desarrollo de acuerdo a la edad del niño e implementa estrategias orientadas a la superación de los obstáculos inherentes a la condición del niño, al cuidador o a las condiciones de organización del ambiente. Ambos aspectos son considerados en las modalidades grupal e individual.

Contenido de la intervención	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
Intervención intrahospitalaria en UCIN, UTIN y Urgencias Pediátricas: masaje, control postural y movilización pasiva de extremidades. Orientaciones generales sobre estimulación temprana y distribución de material impreso (trípticos) a madres en alojamiento conjunto: masaje, control postural: movilización pasiva de extremidades y cuidados al recién nacido. En las sesiones individuales de estimulación temprana: actividades principalmente orientadas al desarrollo motor en los primeros meses de vida; en menor medida actividades para promover el área de lenguaje y social.	El programa de Cuidado Integral del Niño de 0 a 24 meses contempla cinco módulos para fines del programa, cada uno representa niveles de construcción de acuerdo a las secuencias del proceso de desarrollo: Módulo I (0-4 meses): Organización, regulación y adaptación de automatismos neurovegetativos (formación de hábitos). El niño organiza ciclos regulares de sueño-vigilia, ingesta-evacuación y expresiones diferenciadas de sus necesidades en respuesta a los estímulos y cuidados del medio. Módulo II (4-8 meses): Regulación de los primeros comportamientos intencionales (primeros desplazamientos). El niño organiza movimientos voluntarios y dirigidos con intencionalidad para interactuar con objetos de su entorno y consolidación de hábitos tempranos. Módulo III (8-12 meses): Estadio cognitivo de coordinación de esquemas, extensión y exploración del medio. El niño organiza desplazamientos en la actividad motora, manipulativa y sensorial orientada a explorar objetos de su entorno. Módulo IV (12-18 meses): Experimentación sobre el entorno (joven explorador). El niño efectúa acciones nuevas por sí mismo al explorar el medio ambiente y objetos, consolida patrones de movimiento y control corporal, regulación de sus emociones y expresión de necesidades y deseos. Módulo V (18-24 meses): Estadio cognitivo, inicio del lenguaje y la representación (invención de nuevos esquemas). El niño emplea el lenguaje y el juego para la representación de situaciones de la vida cotidiana.

Planificación de las acciones de intervención	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
No se planifican las acciones de intervención en las sesiones individuales de estimulación temprana, principalmente por dos motivos: • Se desconoce quiénes son los pacientes programados para cada día, por motivo de que el Servicio no cuenta con una agenda de control interno de pacientes, Archivo Clínico es quien lleva el control de citas. • Las acciones de intervención están determinadas por los resultados de evaluación de la prueba EDI y la experiencia del profesional.	Las acciones de intervención se planifican, de acuerdo al grupo de edad de desarrollo y al módulo del programa al que pertenecen, necesidades específicas y al desarrollo evolutivo de los niños. La planificación de actividades se registra en una ficha de trabajo que contempla los siguientes elementos: Datos generales del grupo, objetivo de la sesión, objetivos para el niño y cuidador, dominios y funcionamientos a trabajar, descripción de actividades y material a utilizar. Esta planificación debe incluir actividades en todas las áreas del desarrollo: lenguaje, motriz gruesa, motriz fina, social y cognitiva; contemplan los funcionamientos (automatismos neurovegetativos, sistemas de regulación del comportamiento, funciones de desplazamiento, manipulación, comunicación-lenguaje y cognición), así como los dominios a trabajar en el niño (autocontrol, autocuidado, autonomía, identidad, interacción, comunicación y creatividad).

Herramientas de control del programa en las acciones de intervención	
PET (HMNG)	PCIN (LND-INP/UAM)
Se registra la asistencia del paciente a las sesiones de intervención en: <i>Cuaderno de pláticas de estimulación en alojamiento conjunto, cuaderno de registro o bitácora y base de datos</i>, como control interno de las actividades del servicio. También en el <i>Formato de Evaluación EDI</i> hay un apartado donde se registran las intervenciones intrahospitalarias, pláticas de estimulación temprana y sesiones de intervención individual realizadas. Cuando el paciente acude al Servicio y no se le aplica la prueba EDI, se registra una nota en el expediente clínico para reportar la asistencia del paciente, el estado en que se encuentra, las actividades de estimulación realizadas y las recomendaciones emitidas.	Se cuenta con los siguientes registros para las sesiones de intervención: • Bitácora de la sesión grupal. • Cuaderno de control de programación de los grupos. • Cuaderno de control de programación de intervención individual. • Carpeta que contiene la descripción de cada grupo: quiénes lo conforman, datos generales (domicilio, teléfono, nombre de los padres), movimientos en los grupos, registro de asistencia y motivos de inasistencia. • Formato de asistencia a la sesión grupal para cada paciente y se integra al expediente. • Formato de registro de la sesión individual para integrarse al expediente del paciente. • Videograbación de las sesiones de intervención grupal.

3. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES A CONSIDERAR EN EL DISEÑO DEL PROGRAMA A PARTIR DE LAS

Como resultado del análisis de la información que se presenta en los apartados anteriores, se han identificado necesidades de la Madre y el Niño Guerrerense:

Necesidad	Justificación	Acciones	Responsable	
A NIVEL INSTITUCIONAL				
1. No se cuenta con personal capacitado para el diagnóstico del riesgo para secuelas del neurodesarrollo.	No se realiza una valoración integral del neurodesarrollo, con indicadores del contexto del niño que influyen positiva o negativamente (interacciones del cuidador-niño, aspectos psicosociales y ambientales). El personal del servicio es capacitado únicamente en la aplicación de una herramienta de detección del riesgo (EDI). Los que requieren de un diagnóstico del desarrollo son referidos al CeReDI o CRIG sin obtener información de los resultados obtenidos.	Establecer y formalizar <i>criterios de referencia y contrareferencia</i> de los casos que son enviados al CeReDI o CRIG para diagnóstico del desarrollo.	Servicio de Estimulación Temprana a través de la Jefatura de Medicina Preventiva y Epidemiología.	Contar con personal capacitado para el diagnóstico del riesgo para secuelas del neurodesarrollo.
		Establecer en el Servicio de Pediatría un equipo interdisciplinario (pediatra, médico general y psicólogo) capacitado en el diagnóstico integral del neurodesarrollo de los casos identificados con riesgo.	Servicio de Pediatría en coordinación con la Subdirección Médica.	Contar con personal capacitado para el diagnóstico del riesgo para secuelas del neurodesarrollo.

Necesidad	Justificación	Acciones	Responsable	
2. Se requiere crear un sistema específico de promoción del programa.	Al operar un Programa de Seguimiento para el niño de 0 a 24 meses, se deben implementar aquellas estrategias que promuevan mayor asistencia al programa y disminuyan la deserción, a través de la participación conjunta de todo el personal que trabaje en la atención del paciente pediátrico.	Reforzamiento en la promoción a los padres o cuidadores del recién nacido para sensibilizarlos en la importancia y bondades del programa durante la estancia hospitalaria del recién nacido y en la asistencia al Servicio.	Unidades Terapias Intensivas e Intermedias Neonatales (Enfermería y Pediatras) Servicio de Estimulación Temprana.	Refor progr siste desa
		Abrir un espacio en albergue del hospital para trabajar con los cuidadores no residentes del municipio de Chilpancingo y que permanecen en este lugar hasta que el paciente es dado de alta.	Albergue hospitalario. Servicio de Estimulación Temprana. Jefatura de Medicina Preventiva y Epidemiología.	
		Participación del servicio de pediatría en la promoción del programa, en la estancia hospitalaria y en la consulta externa.	Servicio de Pediatría.	

		Apoyo con la reproducción de materiales para la promoción del Programa y para la operatividad en el Servicio (trípticos, cartel o cartillas de promoción del desarrollo infantil).	Institucional	
3. Es indispensable la capacitación del personal implicado en la intervención temprana.	En la capacitación del diagnóstico del neurodesarrollo no es suficiente el tiempo programado exclusivamente para la capacitación, se debe dar continuidad hasta la implementación del programa sin abandonar al personal que se encuentra en formación.	Acompañamiento al personal en un tiempo determinado para la aplicación de instrumentos de diagnóstico e intervención. Supervisión y evaluación de las acciones. Capacitación al personal de las áreas de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Unidades de Terapia Intermedia (UTIN). Implementación de discusión de casos clínicos.	Institucional Departamento de Enseñanza Servicio de Estimulación Temprana Jefatura de Medicina Preventiva y Epidemiología. Servicio de Pediatría	Gara aplica evalu interv duda Gene aport la ate

A NIVEL DEL SERVICIO				
Necesidad	Justificación	Acciones	Responsable	
4. El personal en el servicio de es insuficiente para la atención de la demanda.	La demanda potencial del servicio es de 200 infantes anuales lo que significa un ingreso acumulado de 400 niños al seguimiento por 24 meses. La capacidad actual del servicio es de 120 pacientes mensuales.	Priorización de casos a atender en función de la severidad del riesgo. Implementación de grupos (5 a 6 casos por nivel de desarrollo) para la implementación de estrategias de estimulación temprana.	Servicio de Estimulación Temprana	Se ga los c neces riesg Ampl servici Temp La int grupa intero sus o desar
		Incremento del personal Apertura de turno vespertino.	Institución	Ampl servici Temp Dism referi estim impar

Necesidad	Justificación	Acciones	Responsable	
5. El tiempo destinado a la consulta es insuficiente para atender conjuntamente la evaluación y la intervención del caso.	En 40 minutos destinados a la consulta, se prioriza la aplicación de la Prueba de Desarrollo Infantil EDI y el tiempo para la actividades de estimulación y orientación es sumamente reducido.	Agendar las citas para evaluación en forma independiente a la programación de las sesiones de estimulación temprana.	Servicio de Estimulación Temprana	Permitir una sesión de tiempo consiguientemente calidad actividades de desarrollo áreas
6. Se carece de una estructura programática que guíe las acciones del profesional con relación a los objetivos de desarrollo y las estrategias generales a implementar.	Las acciones de estimulación que desarrolla el personal están determinadas por el conocimiento y la experiencia. Se improvisan en función de las observaciones durante la evaluación.	Diseñar la estructura del programa de estimulación temprana de 0 a 24 meses mediante la determinación de los objetivos, las estrategias y las actividades para la organización de los procesos centrales del desarrollo.	Servicio de Estimulación Temprana	Contar de una acción profesional Estimulación Explicar la organización formal

Necesidad	Justificación	Acciones	Responsable	
7. El Servicio de Estimulación Temprana no cuenta con una agenda para el control de citas de pacientes.	Las citas del servicio las controla Archivo Clínico por lo que el personal desconoce por anticipado los pacientes que acudirán al servicio lo que impide la planificación de las actividades y materiales para la atención de cada caso.	Coordinación entre Archivo Clínico del hospital (quien otorga las citas) y el Servicio de Estimulación Temprana para el establecimiento de criterios en el otorgamiento de citas, específicamente para la estimulación temprana. Manejo de la agenda para el control de citas por el Servicio de Estimulación Temprana.	Jefatura de Archivo Clínico y Bioestadística en coordinación del Servicio de Estimulación Temprana.	Perm activi organ antici Lleva pacie neces
8. No se cuenta con registros protocolizados de las acciones de estimulación temprana (planificación de las sesiones, seguimiento de los casos, etc.).	No hay registros en el Servicio de Estimulación Temprana para el control de las acciones de estimulación temprana, dando prioridad a los registros de la prueba EDI.	Registrar las sesiones de estimulación temprana en bitácora o formato protocolizado para integrarse en el expediente del paciente o control de las acciones.	Servicio de Estimulación Temprana	Regis estim un co

Necesidad	Justificación	Acciones	Responsable	
9. El Servicio de Estimulación temprana no cuenta con un espacio físico amplio que favorezca la implementación de la propuesta del programa.	El espacio físico del Servicio de Estimulación Temprana actualmente cuenta espacio pequeño que impide la operación de un programa de intervención temprana que contemple el manejo de grupos (cuidadores-niños).	Destinar un espacio más amplio dentro del hospital para el Servicio de Estimulación Temprana.	Institucional	Se pr de al cuadr con v organ equip

VI. CONCLUSIONES

Derivado de la sistematización y análisis de la información obtenida en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense y su contexto, se identificaron nueve necesidades a tomar en cuenta para el diseño del Programa de Seguimiento del Neurodesarrollo del niño de 0 a 24 meses con antecedentes de riesgo perinatal.

Propuesta que contribuya a sistematizar y coordinar las acciones de los servicios de las Unidades de Terapia Neonatal, de Consulta Externa de Pediatría y del Servicio de Estimulación Temprana del Hospital, para garantizar una atención integral de calidad de los pacientes, orientada a disminuir el impacto de la morbilidad perinatal en el neurodesarrollo, prevenir retrasos o secuelas con potencial de generar discapacidad, incrementar la cobertura y frecuencia de atención, disminuir la deserción e integrar un diagnóstico del riesgo para secuelas del neurodesarrollo.

Programa que considere los recursos humanos y materiales ya existentes en la Institución, la estructura organizativa actual, el perfil de los profesionales en servicio y el perfil de la demanda que atiende. Para su operatividad, una adecuada capacitación de los profesionales implicados en el manejo de herramientas y estrategias para la detección de riesgos, el diagnóstico del neurodesarrollo y la implementación de estrategias de intervención. El uso de instrumentos validados y estandarizados en población mexicana para la evaluación del neurodesarrollo y la capacitación de los cuidadores y la familia para la atención integral de los niños en el hogar, mediante la generalización de las recomendaciones que se dan en el seguimiento.

Contemple acciones para:

- La implementación de estrategias de cuidados de enfermería durante la estancia hospitalaria, orientadas a disminuir el impacto de la morbilidad en el neurodesarrollo.
- La vigilancia en la consulta pediátrica durante los primeros 24 meses de vida, de las condiciones de salud, nutrición y neurodesarrollo para la detección oportuna de los riesgos y desviaciones y para su atención inmediata y oportuna.

- La integración diagnóstica de los casos que presentan riesgos en el neurodesarrollo para establecer criterios pronósticos y prescriptivos para la toma de decisiones en la atención de los casos.
- Las estrategias de intervención del neurodesarrollo a partir de los objetivos de desarrollo de acuerdo a la edad y los obstáculos que se pueden presentar relacionados con la condición del niño, las habilidades del cuidador y las condiciones particulares de la familia.
- Los criterios para la derivación oportuna de los casos con necesidades que no pueden ser atendidas con los recursos propios de la institución.
- La implementación de mecanismos de control de las acciones del programa que permitan la evaluación periódica de procesos y resultados así como los ajustes pertinentes para garantizar el logro de sus objetivos.

Integre una Guía de Intervención en modalidad grupal, como estrategia que pueda representar una oportunidad para aumentar la cobertura, la frecuencia en el seguimiento y principalmente para generar espacios que favorezcan el intercambio de experiencias y estrategias entre los cuidadores. Contemple actividades, que puedan mediante algunos ajustes, implementarse también en las sesiones de intervención individual.

El Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense como institución de segundo nivel de atención en salud en el Estado de Guerrero, tiene la responsabilidad de disminuir la mortalidad neonatal, y por consiguiente, debe enfocar su atención no solo en la sobrevivencia de los niños sino en la prevención de retrasos y secuelas en el neurodesarrollo de manera oportuna.

VII. LIMITACIONES

Para la operación del Programa de Seguimiento del Neurodesarrollo en el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, se necesita de una visión integral y preventiva de los riesgos para alteraciones en el neurodesarrollo por parte de los directivos y el personal de la Institución.

La sensibilización en las autoridades para la organización, sistematización de acciones y la provisión de algunos recursos carentes, como son los espacios físicos.

La necesidad de contar con profesionales capacitados en el neurodesarrollo de las diferentes disciplinas: psicólogo, médico, enfermera, etc., y el manejo de instrumentos diagnósticos validados y estandarizados, para la participación coordinada de un equipo multidisciplinario de los diferentes Servicios responsables de las acciones del programa. Personal que responda a las necesidades de los niños y sus familias, y el involucramiento de todo el personal del hospital para coadyuvar en las acciones dirigidas al paciente.

Por los tipos de población infantil (residentes en el municipio de Chilpancingo y quienes provienen de lugares lejanos) en el hospital, no es posible establecer acciones de manera general, sino que se tienen que definir criterios específicos para cada población, como son la frecuencia de atención y la modalidad de intervención.

El Programa contiene acciones para incidir en estas limitaciones.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Allotey, J., Zamora, J., Cheong, S., Kalidindi, M., Arroyo-Manzano, D., Asztalos, E., . . . Thangaratinama, S. (2018). Cognitive, motor, behavioural and academic performances of children born preterm: a meta analysis and systematic review involving 64 061 children. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(1), 16-25.
- Alvarado, G. (2009). Estrategias para identificar factores de riesgo perinatales y detectar al recién nacido y al lactante de alto riesgo biológico. En R. Rivera, & C. Sánchez, *Vigilancia del Desarrollo Integral del Niño* (págs. 25-40). México, D.F: Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V.
- Alvarado, G., Sánchez, M., & Mandujano, M. (2013). *Evaluación del Neurodesarrollo del Neonato*. México, D.F: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Alvarez, V., García, E., Gil, J., Martínez, P., Romero, S., & Rodríguez, J. (2002). *Diseño y Evaluación de Programas*. Madrid, España: Editorial Eos.
- Arpino, C., Compagnone, E., Montanaro, M., Cacciatore, D., De Luca, A., Cerulli, A., . . . Curatolo, P. (2010). Preterm birth and neurodevelopmental outcome: a review. *Child's nervous systems*, 26(9), 1139-1149.
- Baker, H., & López, F. (2013). Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: Lo que funciona, por qué y para quién. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Blaw, C., de Graaf, V., Dirks, T., Bos, A., & Hadders, M. (2007). Does early intervention in infants at high risk for a developmental motor disorder improve motor and cognitive development? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 31(8), 1201-1212.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiment by nature and design*. University Press.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018a). *Ultima reforma DOF-25-06-2018. Ley General de Prestación de Servicios para Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (LGPSACDII)*. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPSACDII_250618.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018b). http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGDNNA_200618.pdf. Obtenido de Ultima reforma DOF-20-06-2018. Ley General de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA).

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018c). *Nuevo reglamento DOF-12-07-2018. Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad*. Obtenido de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_120718.pdf
- Carbajal, J., & Pastrana, E. (1998). Empleo de fenobarbital en la encefalopatía hipóxico isquémica del neonato: seguimiento neuropsicológico. *Revista Mexicana de Pediatría*, 160-164.
- CONAPO, & SEGOB. (2014). *Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030*. México, D.F.
- Cunningham, C., & Davis, H. (1990). *Trabajar con los padres: marcos de colaboración*. Madrid: Siglo XXI.
- Diario Oficial de la Federación. (2014). *Decreto por el que se aprueba el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018*. Obtenido de https://www.educacionespecial.sep.gob.mx/pdf/doctos/1Legislativos/15PROG_Nac_Desarrollo_Inclusion_Personas_Discapacidad.pdf
- Diario Oficial de la Federación. (2016). *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Obtenido de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- Diez, A. (2008). Evolución del proceso de Atención Temprana a partir de la triada profesional-familia-niño. *Revista española de investigación e información sobre el Síndrome de Down*, 46-55.
- Dunst. (2007). Early Intervention for Infants and Toddlers with Developmental Disabilities. En S. Odom, R. Horner, M. Snell, & J. Blacher, *Handbook of developmental disabilities* (págs. 161-180). New York London: The Guilford Press.
- Eming, M., & Fujimoto, G. (2004). Desarrollo Infantil Temprano: lecciones de los programas no formales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(1). *Acción pedagógica*, 85-123.
- Essex, M., Thomas Boyce, W., Hertzman, C., Lam, L., Armstrong, J., Neumann, S., & Kobor, M. (2013). Epigenetic vestiges of early developmental adversity: childhood stress exposure and DNA methylation in adolescence. *Child development*, 84(1), 58-75.
- Fernández, S., Gutiérrez, G., & Viguri, R. (2012). Principales causas de mortalidad infantil en México: tendencias recientes. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 16-19.
- Flores, J., Cruz, F., Orozco, G., & Vélez, A. (2013). Hipoxia perinatal y su impacto en el neurodesarrollo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 26-31.

- García, P., Figueroa, M., Sánchez, C., & Rivera, R. (2015). Guía de actividades del Programa de Cuidado Integral para niños de 0 a 2 años de edad. (Tesis de Maestría), Universidad Autónoma Metropolitana. México, D.F.
- GAT. (2005). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. España: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Gobierno de la República. (2012). *Programa Sectorial de Salud. Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018: Presidencia de la República: 2012*. Obtenido de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Gobierno del Estado de Guerrero. (2015). *Portal Oficial 2015-2021*. Recuperado el 15 de enero 2018, de <http://www.hmng.guerrero.gob.mx/>
- Guralnick. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14 (2), 1-18.
- Hayes, B., Doherty, E., Grehan, A., Madigan, C., McGarvey, C., Mulvany, S., . . . King, M. (2018). Neurodevelopmental outcome in survivors of hypoxic ischemic encephalopathy without cerebral palsy. *European journal of pediatrics*, 19-32.
- Hernández, G., Rivera, I., Figueroa, M., & Nájera, R. (2016). Guía de actividades para grupos de promoción y estimulación del desarrollo en el SIVIPRODIN (Tesis de Maestría), Universidad Autónoma Metropolitana. México, D.F.
- Hirose, T., Teramoto, T., Saitoh, S., Takahashi, I., Hiramatsu, M., Okamitsu, M., . . . Shirakawa, S. (2007). Preliminary early intervention study using nursing child assessment teaching scale in Japan. *Pediatrics international*, 49(6), 950-958.
- INEGI. (2010). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo fallecido, consulta de resultados: Tabulados básicos*. Recuperado el 26 de agosto del 2018, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- INEGI. (2013). *Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010*. México.
- INEGI. (2016). *La discapacidad en México, datos al 2014*. México.
- Kyno, N., Ravn, I., Lindemann, R., Fagerland, M., Smeby, N., & Torgersen, A. (2012). Effect of an early intervention programme on development of moderate and late preterm infants at 36 months: a randomized controlled study. *Infant Behavior and Development*, 35(4), 916-926.
- Lawn, J., Cousens, S., & Zupan, J. (2005). Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005;365, 891-900.

- López, S., Cajal, C., Ordoñez, S., & Uribe, A. (2016). Identificación y valoración neuropsicológica del riesgo perinatal: instrumentos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 59(4), 316-326.
- López, S., Rivas, R., & Taboada, E. (2012). Prevalencia de factores de riesgo perinatales en los Trastornos Generalizados del Desarrollo. *Universitas Psychologica*, 11(3), 875-883.
- Mandujano, M., & Sánchez, M. (2016). *Hacia una visión antropológica de la discapacidad*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Mandujano, M., Sánchez, M., Romero, G., Rivera, R., & Muñoz, P. (1996). Consideraciones teórico metodológicas para el análisis de las secuelas neurológicas de origen perinatal. Las vías del desarrollo infantil ante el daño neurológico. *Temas selectos de Investigación Clínica. UAM-X*, 109-132.
- McManus, B., & Nugent, J. (2014). A neurobehavioral intervention incorporated into a state early intervention program is associated with higher perceived quality of care among parents of high-risk newborns. *The journal of behavioral health services & research*, 41(3), 381-389.
- Medina, C., Rivera, R., & Sánchez, C. (2018). *Signos predictivos de la secuela en la evolución del desarrollo de lactantes nacidos a término con antecedentes de asfixia perinatal. Seguimiento de 0 a 24 meses (Tesis de Maestría)*. México, D.F: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Mercado, N., Soncco, M., & Mantilla, J. (2009). Guía de Estimulación Temprana para el facilitador. Perú.
- Molero, R., Sospedra, R., Sabater, Y., & Plá, L. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 511-520.
- Moreno, R., & Pérez, C. (2013). Atención temprana comunitaria en niños con factores de riesgo de retardo del neurodesarrollo: 1998-2008. *RCNN*, 3(1), 5-12.
- Muñoz, P., Sánchez, M., Méndez, I., & Mandujano, M. (2003). Sistemas diádicos y secuela al año de edad en niños con daño neurológico perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 17(1), 10-19.
- Novoa, J., Milad, M., Fabres, J., Fasce, J., Toso, P., Arriaza, M., . . . Aspillaga, C. (2012). Consenso sobre manejo integral del neonato con encefalopatía hipóxico isquémica. *Revista chilena de pediatría*, 83(5), 492-501.
- O'Donnell, C., & Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Revista española de Cardiología*, 61(3), 299-310.

- OMS & Banco Mundial. (2013). *Informe mundial de la discapacidad*. Ginebra, Suiza.
- OMS. (2018). *Reducción de la mortalidad en la niñez*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
- OMS, & UNICEF. (2013). El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad. Un documento de debate. WHO.Doi:/lentifly/disabilities/publications/early_childhood_disability/es/ndex.
- Orton, J., McGinley, J., Fox, L., & Spittle, A. (2015). Challenges of neurodevelopmental follow-up for extremely preterm infants at two years. *Early human development*, 91(12), 689-694.
- Oza, S., Lawn, H. D., Mathers, C., & Cousens, S. (2014). Cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries from 2000-2013. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(1), 19-28.
- Pallares, J. (2007). Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. *Revista de neurología*, 44(3), 31-34.
- Parish, A., & Bhatia, J. (2009). Hypothermia for hypoxic–ischemic brain injury. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 22(9), 719-721.
- Pérez, J., & Brito, A. (2004). Prevención en el ámbito de las poblaciones en riesgo biológico. En *Manual de Atención Temprana* (págs. 85-99). Madrid, España: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A.).
- Pérez, R., López, C., & Rodríguez, A. (2013). Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General Irapuato. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 70(4), 299-305.
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y Familia. Como intervenir creando entornos competentes*. Madrid, España: Narcea, S.A. de ediciones.
- Piñero, J., Pérez, L., Vargas, F., & Candela, A. (2014). Desarrollo de la plasticidad cerebral. Implicaciones de la discapacidad intelectual y la enfermedad mental para la atención temprana. En *Atención Temprana en el ámbito hospitalario* (págs. 48-64). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Purdy, I., & Melwak, M. (2012). Who is at risk? High-risk infant follow-up. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 12(4), 221-226.
- Rivera, R., & Sánchez, C. (2009). *Vigilancia el Desarrollo Integral del Niño*. México, D.F: Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V.

- Rizzoli, A., Schnaas, L., Liendo, S., Buenrostro, G., Romo, B., Carreón, J., . . . Muñoz, O. (2013). Validación de un instrumento para la detección oportuna de problemas de desarrollo de menores de 5 años en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 70(3), 195-208.
- Robaina, G., & Riesgo, S. (2011). Propuesta de programa de seguimiento de recién nacidos de alto riesgo en Cuba. *Revista Médica Electrónica*, 33(5), 645-655.
- Robls, M., Poo, M., & Poch, M. (2008). Atención temprana: recursos y pautas de intervención en niños de riesgo o con retrasos del desarrollo. *Asociación Española de Pediatría*, 278-285.
- Rodríguez, B., & Herrero, M. (2012). La calificación de Apgar y el síndrome de neurona motora como secuela a largo plazo en recién nacidos de alto riesgo: Un seguimiento a 10 años de 400 pacientes. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 13(5), 267-270.
- Romero, G., Méndez, I., Tello, A., & Torner, C. (2004). Daño neurológico secundario a hipoxia isquemia perinatal. . *Archivos de neurociencias (México, D.F)*, 9(3), 143-150.
- Ronfani, L., Vecchi, L., Mariuz, M., Tognin, V., Bin, M., Ferluga, V., . . . Barbone, F. (2015). The complex interaction between hombre environment, socioeconomic status, maternal IQ and early child neurocognitive development: a multivariate analysis of data collected in a newborn cohort study. *PLoS One*, 10(5), 1-13.
- Salud, SEDENA, & SEMAR. (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la asfixia neonatal. Guía de práctica clínica*. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>. México, D.F.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development*, 81(1), 6-22.
- Sánchez, C., Mandujano, M., Muñoz, P., Romero, G., Rivera, R., & Granados, D. (2003a). Detección y estimulación del niño con daño neurológico. En A. Poblano, *Detección y estimulación del niño con daño neurológico* (págs. 45-63). México, D.F: Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V.
- Sánchez, C., Mandujano, M., Rivera, R., Soto, F., Martínez, I., Figueroa, M., & Muñoz, P. (2008). El desarrollo integral del niño en el ciclo de vida y su cuidado. *Revista de Ciencias Clínicas*, (2), 43-51.
- Sánchez, C., Rivera, R., Mandujano, M., & Figueroa, M. (2009). Cuidado integral del niño: una propuesta de integración entre el desarrollo, la crianza, las competencias ciudadanas y el bienestar del niño. En C. Sánchez, R. Rivera, & M. Figueroa, *Promoción del Desarrollo Infantil Temprano* (págs. 1-8). México, D.F: Editores de textos mexicanos, S.A. de C.V.
- Sánchez, M., Arévalo, M., Figueroa, M., & Nájera, R. (2014). *Atención del neonato prematuro en la UCIN, centrada en la prevención de factores de riesgo de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo*. México, D.F: El Manual Moderno, S.A., de C.V.

- Sánchez, M., Muñoz, P., Mandujano, M., Romero, G., Nájera, R., & Rivera, R. (2003b). Neurodesarrollo Neonatal e Infantil. Un enfoque multi-inter y transdisciplinario en la prevención del daño. En R. Chávez, *El desarrollo del Niño, Seguimiento e Intervención* (págs. 263-286). México, D.F: Editorial Médica Panamericana, S.A. de C.V.
- Sánchez, M., Rivera, I., Figueroa, M., Muñoz, P., & Romero, G. (2004). Desarrollo integral en el primero mes de vida. En M. Rodríguez, & E. Udaeta, *Neonatología Clínica* (págs. 683-704). México, D.F.: McGrawHill.
- Sandoval, I., Rivera, I., Figueroa, M., & Sánchez, C. (2017). Guía de Intervención Temprana para niños de 0 a 2 años con antecedentes de asfixia perinatal, dirigida al personal de salud del segundo nivel de atención (Tesis de Maestría), Universidad Autónoma Metropolitana. México, D.F.
- Sarnat, H., & Sarnat, M. (1976). Neonatal encephalopathy following fetal distress: a clinical and electroencephalographic study. *Archives of neurology*, 33(10), 696-705.
- Secretaría de Salud. (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA-1999*. Obtenido de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html.
- Secretaría de Salud. (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. Diagnóstico General de Salud Poblacional*. México, D.F www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/issm2015.html.
- Secretaría de Salud. (2017). Desarrollo Infantil Temprano, Lineamientos técnicos 2017. México, D.F.
- Shaikh, S., & Vayda, P. (2013). The Effect of Development Support Program (DSP) and Play through Feet on Infants at Risk for Developmental Delay. *The Indian Journal of Occupational Therapy*, 45(3).
- Shonkoff, J. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child development*, 81(1), 357-367.
- Soler, K., Rivera, I., Figueroa, M., Sánchez, L., & Sánchez, M. (2007). Relación entre las características del ambiente psicosocial en el hogar y el desarrollo psicomotor en el niño menor de 36 meses de edad. *Boletín Médico Hospital Infantil de México*, 64(5), 273-287.
- Thompson, D., Wood, S., Doyle, L., Warfield, S., Lodygensky, G., Anderson, P., . . . Inder, T. (2008). Neonate hippocampal volumes: prematurity, perinatal predictors, and 2 year outcome. *Annals of neurology*. *Annals of neurology*, 642-651.
- Valle, M., Mateos, R., & Gutiez, P. (2012). Niños de Alto Riesgo al Nacimiento: Aspectos de prevención. Atención Temprana Neonatal y Programas de Seguimiento en Niños Prematuros. *Psicología Educativa*, 18(2), 135-143.

- Van, P., Schijns, J., Becher, J., Barkhof, F., Van, M., & Vermeulen, R. (2015). Long-term motor and behavioral outcome after perinatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *European journal of paediatric neurology*, 354-359.
- Vargas, G., Guadarrama, J., Rizzoli, A., Narcizo, F., Medrano, G., Aceves, D., . . . Muñoz, O. (2016). Análisis y comparación curricular de las estrategias o programas para el desarrollo infantil temprano en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 73(2), 90-104.
- Velázquez, N., Soto, F., & Figueroa, M. (2012). Validación del contenido del "Registro de la participación materna". (Tesis de Maestría), Universidad Autónoma Metropolitana. México, D.F.
- Voss, W., Jungmann, T., Wachtendorf, M., & Neubauer, A. (2012). Long-term cognitive outcomes of extremely low birth weight infants: The influence of the maternal educational background. *Acta paediatrica*, 101(6), 569-573.
- Walker, S., Wachs, T., Grantham-McGregor, S., Black, M., Nelson, C., Huffman, S., . . . Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The lancet* 378(9799), 1325-1338.



HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO GUERRERENSE
(CHILPANCINGO, GUERRERO).

**Programa de seguimiento del neurodesarrollo para niños de 0
con antecedentes de riesgo perinatal.**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	
OBJETIVO	
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON RIESGO PERINATAL	
ACCIONES	
1. En la estancia hospitalaria.	
1.1. Acción: Manejo de enfermería para la prevención de riesgos para el neurodesarrollo en el paciente.....	
1.2. Acción: Capacitación de los cuidadores previo al egreso hospitalario.	
1.3. Acción: Derivación al seguimiento en la Consulta Externa Pediátrica y Servicio de Estimulación Temprana.....	
2. Seguimiento diagnóstico del neurodesarrollo.....	
2.1. Acción: Vigilancia de las condiciones de salud, parámetros de crecimiento y condiciones nutricionales.....	
2.2. Acción: Evaluación para la detección de riesgos del neurodesarrollo (tamizaje).....	
2.3. Acción: Evaluación para el diagnóstico del neurodesarrollo	
2.4. Acción: Integración y discusión de casos clínicos	

3. Intervención del neurodesarrollo.....	
3.1 Acción: Intervención individual del neurodesarrollo.....	
3.2. Acción: Intervención grupal del neurodesarrollo.....	
4. Referencia a otras Instituciones.....	
5. Difusión, control y evaluación del Programa	
5.1. Acción: Difusión	
5.2. Acción: Control de las acciones que se ejecutan en el programa.....	
5.3. Acción: Evaluación (procesamiento estadístico)	
6. Capacitación del personal en las acciones del programa	
6.1. Acción: Capacitación al personal del hospital.....	
6.2. Acción: Acompañamiento al personal en capacitación	
GUÍA DE INTERVENCIÓN (MODALIDAD GRUPAL)	
BIBLIOGRAFÍA.....	

INTRODUCCIÓN

El Programa de Seguimiento del Neurodesarrollo del niño de 0 a 24 meses con antecedentes de morbilidad perinatal, tiene como objetivo contribuir a sistematizar y coordinar las acciones de los servicios de las Unidades de Terapia Neonatal, Unidad de Neonatología, Pediatría y del Servicio de Estimulación Temprana del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense, para garantizar la atención integral de calidad de los pacientes, orientada a disminuir el impacto de la morbilidad perinatal en el neurodesarrollo, evitando retrasos o secuelas con potencial de generar discapacidad.

El Programa parte de los recursos humanos y materiales ya existentes en la Institución, considera la situación actual, el perfil de los profesionales en servicio y el perfil de la demanda que atiende. Para su implementación requiere principalmente de una adecuada capacitación de los profesionales implicados en el manejo de herramientas de diagnóstico, detección de riesgos, el diagnóstico del neurodesarrollo y la implementación de estrategias de intervención. Es fundamental el uso de instrumentos validados y estandarizados en población mexicana para la evaluación del neurodesarrollo, la capacitación de los cuidadores y la familia para la atención integral de los niños en el hogar, mediante recomendaciones que se dan en el seguimiento.

El Programa considera:

- La implementación de estrategias de cuidados de enfermería durante la estancia hospitalaria, para disminuir el impacto de la morbilidad en el neurodesarrollo.
- La vigilancia en la consulta pediátrica durante los primeros 24 meses de vida, de las condiciones de desarrollo del neurodesarrollo para la detección oportuna de los riesgos y desviaciones y para su atención inmediata.
- La integración diagnóstica de los casos que presentan riesgos en el neurodesarrollo para establecer recomendaciones prescriptivas para la toma de decisiones en la atención de los casos.

- Las estrategias de intervención del neurodesarrollo a partir de los objetivos de desarrollo de los niños, considerando los obstáculos que se pueden presentar relacionados con la condición del niño, las habilidades del niño y las necesidades particulares de la familia.
- Los criterios para la derivación oportuna de los casos con necesidades que no pueden ser atendidos dentro de los recursos propios de la institución.
- La implementación de mecanismos de control de las acciones del programa que permitan la evaluación de los procesos y resultados así como los ajustes pertinentes para garantizar el logro de sus objetivos.

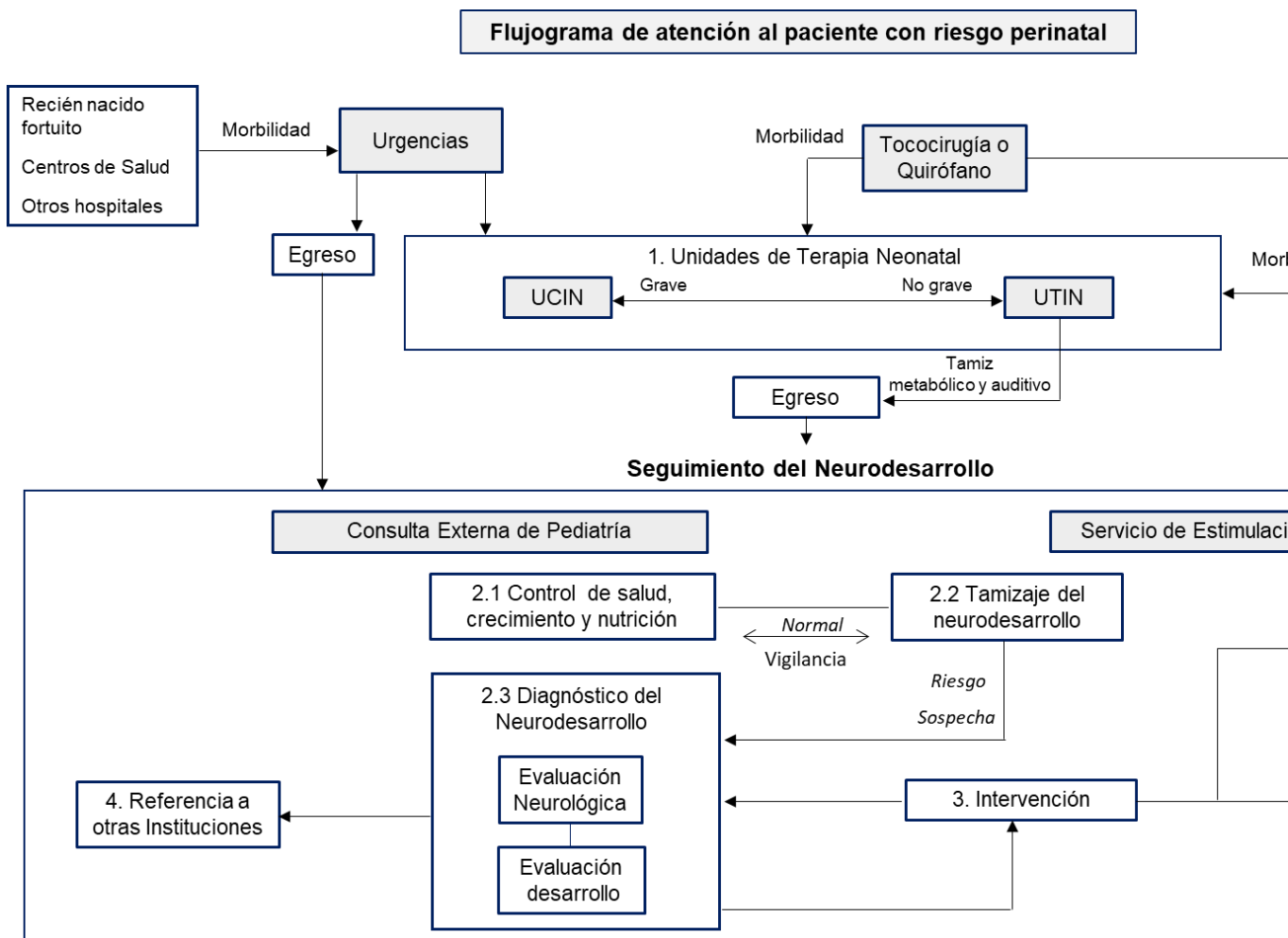
El Programa incluye una Guía de Intervención en modalidad grupal, estrategia que puede representar una oportunidad para aumentar la cobertura, la frecuencia en el seguimiento y principalmente generar espacios que favorezcan el intercambio de experiencias y estrategias entre los cuidadores. Las actividades, pueden mediante algunos ajustes, implementarse en sesiones de intervención individual.

Para que el Programa del Seguimiento del Neurodesarrollo sea eficaz, necesita del apoyo institucional, la coordinación de los servicios y la comunicación del equipo multidisciplinario responsable de las acciones, el involucramiento de todo el personal del hospital para coadyuvar en las acciones dirigidas al paciente.

OBJETIVO

Vigilar el neurodesarrollo en el niño de 0 a 24 meses con antecedentes de riesgo perinatal en el Hospital General de Guayaquil, mediante acciones para la detección temprana de los retrasos y desviaciones, el seguimiento del neurodesarrollo y la intervención oportuna para favorecer su organización y prevenir alteraciones con discapacidad.

Programa de Seguimiento del Neurodesarrollo del niño con antecedentes de riesgo



ACCIONES

1. En la estancia hospitalaria.

1.1. Acción: Manejo de enfermería para la prevención de riesgos para el neurodesarrollo en el paciente

Objetivo: Disminuir el impacto de la morbilidad en la estructura y función del sistema nervioso central, mediante enfermería orientadas favorecer la estabilidad fisiológica del neonato, la organización neural y la regulación del comportamiento.

Escenario: Unidades de Terapia Neonatal (UCIN y UTIN).

Descripción:

- El personal de enfermería de las Unidades de Terapia Neonatal (UCIN y UTIN), implementa intervenciones:
 - o Control de los estímulos ambientales (disminución del ruido, modulación de la iluminación).
 - o Posicionamiento adecuado que dé contención al neonato y manipulación controlada para evitar la lesión.
 - o Identificación de signos de estrés y estímulos que lo generan para orientar la organización de los cuidados.
 - o Disminución del dolor.
 - o Organización del cuidado para favorecer ciclos de sueño y alimentación.
 - o Integración de la familia en el cuidado con el fin de favorecer la interacción de la madre y el niño, reduciendo la ansiedad de los padres.
- El personal de enfermería del Servicio de Estimulación Temprana, durante la estancia en las Unidades de Terapia Neonatal (UCIN y UTIN), implementa en el paciente estable y en crecimiento y desarrollo, estrategias de estimulación temprana (alineación postural, movilizaciones básicas, masaje, fijación y seguimiento visual).

Responsable: Personal de enfermería de Unidades de Terapia Neonatal (UCIN y UTIN) y del Servicio de Estimulación Temprana.

1.2. Acción: Capacitación de los cuidadores previo al egreso hospitalario.

Objetivo: Proporcionar a los cuidadores durante la estancia hospitalaria, información sobre las necesidades y actividades orientadas a la estimulación del desarrollo, disminuir la ansiedad y sensibilizarlos sobre la importancia de las condiciones de salud, crecimiento y desarrollo al egreso hospitalario, con el fin de detectar oportuna intervención.

Escenario: Unidades de Terapia Neonatal, Albergue Hospitalario.

Descripción:

- El personal de enfermería del Servicio de Estimulación Temprana:
 - Implementa en las Unidades de Terapia Neonatal, actividades de capacitación a los cuidadores p sobre los cuidados generales del recién nacido, estimulación temprana con actividades básicas regulación del tono muscular, control postural, movilizaciones, fijación y seguimiento visual establecimiento de horarios para la alimentación, sueño-vigilia, higiene, entre otros.
 - Implementa en el Albergue Hospitalario, actividades de capacitación a los cuidadores de pacie Ciudad de Chilpancingo que permanecen ahí durante la hospitalización, sobre los cuidados gen estimulación temprana con actividades básicas para la organización y regulación del tono m movilizaciones, fijación y seguimiento visual, uso de aditamentos, establecimiento de horarios pa vigilia, higiene, entre otros.
 - Utilizará herramientas impresas de apoyo a las orientaciones dirigidas al cuidador y la familia (o guías).
- El personal de psicología brinda apoyo y orientaciones a los cuidadores con el propósito de prevenir ansiedad o depresión relacionados con las condiciones clínicas del niño.

Responsable: Personal de enfermería del Servicio de Estimulación Temprana y psicología.

1.3. Acción: Derivación al seguimiento en la Consulta Externa Pediátrica y Servicio de Estimulación Temprana

Objetivo: Incorporar a los niños con riesgo perinatal, inmediatamente después del egreso hospitalario, a la vigilancia del neurodesarrollo y la intervención temprana.

Escenario: Unidad de Terapia Intermedia Neonatal (UTIN), Servicio de Urgencias, Cubículo de Tamiz Auditivo Neonatal, Archivo Clínico.

Descripción:

- El personal médico de los Servicios de Urgencias y Terapia Intermedia Neonatal en sus indicaciones derivan a los pacientes al Tamiz Auditivo Neonatal, a la Consulta Externa de Pediatría y al Servicio de Estimulación Temprana.
- El personal de enfermería de los Servicios de Urgencias y Terapia Intermedia Neonatal, al hacer las recomendaciones al egreso del paciente, sensibiliza a los cuidadores sobre la necesidad de asegurar el seguimiento del neurodesarrollo en los Servicios de Consulta Externa Pediátrica y Servicio de Estimulación Temprana.
- El personal de enfermería de Tamiz Auditivo Neonatal, indica a los pacientes egresados de los Servicios de Urgencias y Terapia Intermedia Neonatal que acudan a Archivo Clínico para obtener cita en Consulta Externa de Pediatría y Estimulación Temprana.
- El personal de Archivo Clínico registra a todo paciente que egresa de los Servicios de Urgencias y Terapia Intermedia Neonatal, las citas a los Servicios de Consulta Externa de Pediatría y Estimulación Temprana.

Responsable: Personal médico y de enfermería de los servicios de Urgencias y Terapia Intermedia Neonatal, enfermería de Tamiz Auditivo Neonatal y personal de Archivo Clínico.

2. Seguimiento diagnóstico del neurodesarrollo.

2.1. Acción: Vigilancia de las condiciones de salud, parámetros de crecimiento y condiciones nutritivas.

Objetivo: Identificar procesos morbosos, retrasos o desviaciones de los parámetros de crecimiento así como de las condiciones nutricionales del niño, para un tratamiento oportuno y para disminuir su impacto en el desarrollo.

Escenario: Consulta Externa de Pediatría.

Descripción:

- El personal médico de Consulta Externa de Pediatría
 - Vigila las condiciones generales de salud del niño, con una periodicidad mensual durante el primer año y cada dos meses durante el segundo año y prescribe la atención médica a los casos que presenten condiciones de morbilidad o riesgos relativos al crecimiento y estado nutricional.
 - Registra en el expediente clínico la evolución de cada uno de los casos.
 - Establece mecanismos de control de la asistencia de los casos al programa de seguimiento del niño con la periodicidad establecida para las consultas de vigilancia y las sesiones de estimulación temprana.

Responsable: Personal médico de Consulta Externa de Pediatría

2.2. Acción: Evaluación para la detección de riesgos del neurodesarrollo (tamizaje).

Objetivo: Identificar oportunamente en el niño de 0 a 24 meses riesgo de retraso en el desarrollo y determinar las estrategias para su atención.

Escenario: Consulta Externa de Pediatría

Descripción:

- El personal médico o de enfermería de Consulta Externa de Pediatría, aplica un instrumento de tamizaje con una periodicidad mensual durante el primer año de vida y cada tres meses durante el segundo año. Los resultados determinan el esquema de atención:
 - Al paciente con resultado normal se le brindan orientaciones para el cuidado, la crianza y la nutrición mediante el uso de cartillas u otras herramientas de promoción de salud y se le cita con la periodicidad establecida.
 - Al paciente con resultado equivalente a sospecha o retraso en el desarrollo, se incorpora al programa de seguimiento temprano y se le cita con la periodicidad establecida.
 - En los casos en los que se identifica la persistencia de retrasos o signos de alarma neurológica, se realiza la integración diagnóstica del neurodesarrollo (evaluación neurológica y de diagnóstico del desarrollo).
- Se registra en el expediente clínico los resultados obtenidos en la evaluación.

Responsable: Personal médico o de enfermería de Consulta Externa de Pediatría.

2.3. Acción: Evaluación para el diagnóstico del neurodesarrollo.

Objetivo: Determinar el nivel de organización funcional neurológica, mediante pruebas clínicas (exámenes físicos y de laboratorio), estudios complementarios (laboratorio y gabinete), el nivel de desarrollo motor, adaptativo, socioemocional y la condición socioeconómica de la familia, en la población de alto riesgo de secuela, para integrar el diagnóstico, pronóstico y orientar las medidas terapéuticas que posibiliten el desarrollo óptimo.

Escenario: Consulta Externa de Pediatría.

Descripción:

- El médico pediatra del Servicio de Consulta externa, evalúa el nivel de organización funcional neurológica, mediante pruebas clínicas (exámenes físicos y de laboratorio), estudios complementarios (laboratorio y gabinete), el nivel de desarrollo motor, adaptativo, socioemocional y la condición socioeconómica de la familia, en la población de alto riesgo de secuela, para integrar el diagnóstico, pronóstico y orientar, en coordinación con el Servicio de Estimulación Temprana las medidas terapéuticas para su atención.
- El personal de psicología evalúa el desarrollo motor, adaptativo, socioemocional, cognitivo y lingüístico, mediante pruebas clínicas (exámenes físicos y de laboratorio), estudios complementarios (laboratorio y gabinete), el nivel de desarrollo motor, adaptativo, socioemocional y la condición socioeconómica de la familia, en la población de alto riesgo de secuela, para integrar el diagnóstico, pronóstico y orientar, en coordinación con el Servicio de Estimulación Temprana las medidas terapéuticas para su atención.
- Se obtiene del expediente clínico la información registrada por el Área de Servicio Social sobre la condición socioeconómica de la familia para identificar posibles riesgos psicosociales y orientar las estrategias de intervención y la atención en cada caso.

Responsable: Personal médico del Servicio de Consulta Externa de Pediatría, personal de psicología clínica y diagnóstico del desarrollo, área de Trabajo Social.

2.4. Acción: Integración y discusión de casos clínicos.

Objetivo: Integrar el diagnóstico de los casos que presentan riesgo para secuela del neurodesarrollo, identificar los obstáculos que se presentan en el seguimiento y orientar la toma de decisiones con relación a la atención y en su caso, determinar la referencia a otros servicios de atención.

Escenario: Aula de Enseñanza

Descripción:

- Se realiza mensualmente la sesión interdisciplinaria para la discusión de los casos que se atienden, participando el personal de los servicios implicados en su atención.

Responsable: Servicios de Consulta Externa de Pediatría y de Estimulación Temprana con la participación de (Psicología, Trabajo Social, Medicina Preventiva, Ginecología y Obstetricia, Jefatura de Enfermería, Coordinación de Investigación y la Unidad de Calidad e Innovación).

3. Intervención del neurodesarrollo.

3.1 Acción: Intervención individual del neurodesarrollo.

Objetivo: Facilitar la organización óptima del desarrollo infantil, mediante la capacitación del cuidador en estrategias específicas que favorezcan las interacciones y experiencias del niño, orientadas a modificar el desarrollo neurológico, previniendo la estructuración de secuela.

Escenario: Servicio de Estimulación Temprana

Descripción:

Las estrategias específicas de intervención individual se orientan a superar los obstáculos que presenta su condición de riesgo, para organizar los comportamientos del desarrollo que corresponden según su edad, considerando las dificultades que presenta el cuidador para interactuar con el niño y para establecer acciones orientadas a promover e implementar actividades que promuevan el desarrollo.

- Criterios de selección de los pacientes para la programación de sesiones individuales de intervención:
 - Pacientes que presentan persistente retraso en el desarrollo, signos de alarma específicos o dificultades en el desarrollo. El niño con signos de alarma neurológica, es atendido con una frecuencia quincenal hasta los 6 meses de edad y con una frecuencia mensual.
 - Pacientes que provienen de municipios o comunidades fuera de la Ciudad de Chilpancingo. La frecuencia de atención para estos niños corresponde a la establecida por el servicio de Consulta Externa de Pediatría, con una frecuencia mensual en el primer año y cada tres meses durante el segundo año de vida.

- Para la planificación de las sesiones individuales de intervención se consideran las dificultades identificadas del niño así como el nivel de habilidad del cuidador para interactuar con el niño, organizar actividades mediante el juego, intercambios promotores del desarrollo.
- Las sesiones individuales de intervención consisten en demostrar al cuidador técnicas especializadas para superar obstáculos y facilitar las actividades del niño, solicitarle ponga en práctica las estrategias previamente aprendidas o adecuar las acciones que ejecuta.
- Al término de cada sesión individual de intervención, se registran las actividades realizadas, observadas en el niño y el cuidador, así como las observaciones del cuidador con respecto al avance del niño.
- La sesión individual tiene una duración de 40 minutos.
- Se operan mecanismos de control de la asistencia de los casos al programa de seguimiento del neurodesarrollo con la periodicidad establecida para las consultas de vigilancia y las sesiones de estimulación temprana.

Responsable: Personal de enfermería del Servicio de Estimulación Temprana.

3.2. Acción: Intervención grupal del neurodesarrollo.

Objetivo: Favorecer en el cuidador, la capacidad de establecer interacciones positivas, organizar las actividades y estimulación orientadas a facilitar la organización de comportamientos de acuerdo a la edad del niño.

Escenario: Servicio de Estimulación Temprana

Descripción:

La estrategia grupal de intervención consiste en proponer escenarios demostrativos que permitan la observación entre las diadas cuidador-niño, para facilitar la identificación de las necesidades del niño y de las estrategias de organización del cuidado, la crianza y la estimulación para favorecer el desarrollo. Pretende la generalización de las propuestas a la organización de las actividades de la vida diaria en el contexto de la familia.

- Criterios de selección de los pacientes para la programación de sesiones grupales de intervención:
- Pacientes residentes de la Ciudad de Chilpancingo.
- Para la planificación de las sesiones de intervención se consideran los objetivos de desarrollo de acuerdo a la edad, así como las estrategias de cuidado y estimulación que favorecen su desarrollo. (Anexo: Programa de intervención grupal-para niños con antecedentes de riesgo perinatal de 0 a 24 meses).
- La estrategia grupal de intervención ofrece a los cuidadores un espacio de oportunidad para el intercambio de cuestionamientos y logros con relación al niño y a las estrategias que utilizan para su atención. Para ello se asegura un clima de confianza para el diálogo, la escucha y la participación.
- La estrategia grupal de intervención permite la identificación de los logros y de los obstáculos en la evolución de cada uno de los casos que se atienden, por lo que al finalizar la sesión se registran los resultados que orienta la toma de decisiones con relación a la atención.

- La estrategia grupal de intervención requiere de la participación de al menos dos profesionales para garantizar la adecuada supervisión de las ejecuciones del cuidador en las actividades que se proponen al niño. Al finalizar la sesión, se discuten y registran las observaciones a la vez que se evalúa el desempeño de los profesionales en la sesión para realizar los ajustes en el programa.
- Los grupos se conforman por un máximo de seis diadas cuidador-niño.
- Las sesiones grupales de intervención tienen una duración de 60 minutos y se programan con una frecuencia quincenal. En el caso de los niños prematuros, la intervención grupal se lleva a cabo con una frecuencia quincenal los primeros meses.
- Se maneja una agenda de control para la programación de cada grupo en las sesiones grupales y el seguimiento de los casos.
- Se operan mecanismos de control de la asistencia de los casos al programa de seguimiento del niño con la periodicidad establecida en las sesiones de estimulación temprana.

Responsable: Personal del Servicio de Estimulación Temprana.

4. Referencia a otras Instituciones.

Objetivo: Referir a otras instituciones los casos que requieren intervención específica en áreas de servicio de la Institución (terapia física, terapia de lenguaje, rehabilitación).

Escenario: Unidades de Terapia Neonatal y Consulta Externa de Pediatría,

- A partir de un diagnóstico integral identifica al paciente para ser referido a otra Institución para una intervención.
- Elabora el documento de referencia para que el paciente pueda acudir a la Institución al que se envía.
- Explica a los cuidadores del paciente, su condición actual en el neurodesarrollo y la necesidad de una intervención.
- Realiza el registro de casos referidos para el control interno del hospital.

Responsable: Personal médico de pediatría.

5. Difusión, control y evaluación del Programa.

5.1. Acción: Difusión.

Objetivo: Utilizar medios de difusión para promover el Programa de Seguimiento del Neurodesarrollo con antecedentes de riesgo perinatal.

Escenario: Unidad de Terapias Neonatales, Consulta Externa, Servicio de Estimulación Temprana y página Web.

Descripción:

- Elabora un cartel para que los cuidadores del paciente internado, puedan conocer el programa que se ofrece, el mismo que debe ser colocado en lugares estratégicos como es el Albergue Hospitalario, Consulta Externa, Servicio de Estimulación Temprana y afuera de la Unidad de Terapia Intermedia.
- Difunde en la página Web del hospital el programa para el seguimiento del paciente al egreso hospitalario.
- Utiliza trípticos o cartillas para dar a conocer las bondades del programa y estrategias de intervención en el hogar.

Responsable: Personal de Pediatría y del Servicio de Estimulación Temprana.

5.2. Acción: Control de las acciones que se ejecutan en el programa.

Objetivo: Controlar las acciones del programa a través de recursos para su organización, con el fin de lograr los resultados necesarios.

Escenario: Consulta Externa de Pediatría, Servicio de Estimulación Temprana.

Descripción:

Consulta Externa de Pediatría.

- Integra al expediente clínico registros en formatos protocolizados: valoración somatométrica, historial de vacunación, evaluación del tamizaje, notas clínicas, valoración neurológica y valoración del desarrollo.
- Registra la asistencia del paciente y resultados de evaluación en formatos.

Servicio de Estimulación Temprana.

- Planifica y resguarda la planificación en archivo de cómputo.
- Registra:
 - La asistencia del paciente en el archivo de cómputo, cuaderno de asistencia y formatos.
 - La intervención de modalidad individual y grupal en bitácoras de sesión.

Responsable: Personal médico de Pediatría y del Servicio de Estimulación Temprana.

5.3. Acción: Evaluación (procesamiento estadístico).

Objetivo: Realizar comparativos estadísticos anuales relativos a la asistencia, deserción y adherencia de de comparación existentes en el hospital.

Escenario: Consulta Externa de Pediatría y Servicio de Estimulación Temprana.

Descripción:

- Realiza comparativos anuales con:
 - Información obtenida de cuadernos y formatos de asistencia diaria, archivos de cómputo y h recién nacido que contiene información por traslado a otros hospitales o defunción en Intensivos Neonatales (UCIN) y por egresos del recién nacido de la Unidad de Terapia Intern
 - Información obtenida de la Jefatura de Archivo Clínico y Bioestadística y reportados en el D hospital de forma anual.

Responsable: Personal de pediatría y del Servicio de Estimulación Temprana.

6. Capacitación del personal en las acciones del programa.

6.1. Acción: Capacitación al personal del hospital.

Objetivo: Capacitar al personal de hospital en el Programa de Seguimiento del Neurodesarrollo.

Escenario: Aula de Enseñanza.

Descripción:

- Se imparten sesiones informativas a todo el personal del área médica, enfermería, químico y participan en la difusión del programa y/o coadyuven en las acciones dirigidas a los pacientes.
- Se implementan estrategias de capacitación en las acciones del programa dirigidas a:
 - Personal en servicio
 - Personal de nuevo ingreso.
 - Personal de salud en rotación formativa que proviene de otras instituciones.
- El personal del hospital de los diferentes Servicios participa en las sesiones de enseñanza continuada sobre temas relacionados al neurodesarrollo y la intervención temprana.

Responsable: Coordinación de Enseñanza e Investigación, Jefatura de Medicina Preventiva y Epidemiología, enfermería de las Unidades de Terapia Neonatal, médico y psicólogo encargados de la evaluación diagnóstica del desarrollo y personal del Servicio de Estimulación Temprana.

6.2. Acción: Acompañamiento al personal en capacitación.

Objetivo: Acompañar al personal que ingresa al programa, para garantizar la calidad en la ejecución de la

Escenario: Consulta Externa y Servicio de Estimulación Temprana.

Descripción:

- El personal capacitador:
 - Realiza la supervisión, orienta la organización de las acciones en los servicios y la asistencia, de acuerdo al perfil profesional, durante el tiempo necesario para aclarar dudas, registrar observaciones y la correcta aplicación de las estrategias y acciones del programa.

Responsable: Médico capacitado en neurodesarrollo para la valoración neurológica, psicólogo capacitado para la valoración del desarrollo y personal capacitado en acciones de intervención temprana en modalidad in



GUÍA DE INTERVENCIÓN (MODALIDAD GRUPAL)
PARA NIÑOS CON ANTECEDENTES DE RIESGO PERINATAL DE 0 A 24 MESES D
SERVICIO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO GU
(CHILPANCINGO, GUERRERO).

INTRODUCCIÓN

La Guía que aquí se presenta, toma como referencia el Modelo propuesto por el Laboratorio de Seguimiento del Instituto Nacional de Pediatría/Universidad Autónoma Metropolitana (Sánchez et al. 2018), la experiencia de décadas en el seguimiento intervenido de niños con antecedentes de riesgo biológico y los esfuerzos llevados a cabo para la sistematización de principios, estrategias y actividades (García, 2015; Hernández, 2016) que han demostrado su efectividad en la prevención de la discapacidad y en la modulación del entorno y la organización del desarrollo infantil. También incorpora la propia experiencia de quienes hemos colaborado con los niños en el Servicio de Estimulación Temprana del Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense (HMNG) y la oportunidad de enriquecer esta propuesta a partir de la conjunción del trabajo que se realiza en ambas instituciones.

Esta Guía pretende ser una herramienta de trabajo que oriente las acciones del profesional en el Servicio de Estimulación Temprana del HMNG para la atención de los niños egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos y la Unidad de Terapia Intermedia (UTIN), durante los primeros 24 meses de vida.

Esta propuesta contiene 123 actividades, organizadas en 24 sesiones y agrupadas en 5 módulos para ser implementadas, con una frecuencia mensual, en sesiones grupales dirigidas a la diada cuidador-niño. Esta experiencia, hasta ahora no utilizada en el Servicio, puede representar una oportunidad para aumentar la cobertura del seguimiento y principalmente generar espacios que favorezcan el intercambio de experiencias y estrategias, enriqueciendo así la intervención. Las actividades, pueden mediante algunos ajustes, implementarse tanto en la intervención grupal como en la intervención individual.

Esta propuesta es flexible, en cuanto a que puede ser enriquecida con nuevas actividades y ajustes a las necesidades que se vayan generando en la práctica y a la creatividad del profesional de salud. La aportación de los

centrar la atención en los objetivos del desarrollo que se pretenden alcanzar en cada etapa y del equilibrio en la promoción de los distintos funcionamientos del desarrollo integral.

La Guía se presenta en un lenguaje sencillo principalmente en el apartado *Recomendaciones para el cuidador*. El profesional de la salud asegure la adecuada comprensión de las indicaciones que se dan. En general los términos relativos al posicionamiento del niño, a los signos que se pueden observar, entre otros, son familiares al cuidador, por lo que no consideramos que representen un obstáculo para la comprensión de la información.

Si bien los resultados de las evaluaciones son el punto de partida para las decisiones de la atención de las sesiones de intervención representan a su vez una oportunidad para recoger las *observaciones* de los profesionales, con el fin de realizar los ajustes pertinentes, considerando que las adquisiciones funcionales de cada niño se presenta de manera particular y a ritmos diferentes. Es por ello que la Guía, especifica *observar en el niño*, información que se presentan en forma de semáforo: *verde*, indica una respuesta adecuada; *amarillo*, un estado en el cual debe haber vigilancia o precaución; y *rojo*, un estado de riesgo de alteraciones comportamentales, neurológicas y signos de alarma.

La Guía considera al *juego*, como eje central para la promoción del desarrollo a lo largo de la niñez, ya que es el niño quien actúa del niño para la acción, participación e interacción con el otro. Por esta razón se presentan actividades desarrolladas en un contexto lúdico con el fin de que el niño se interese en participar y aprender. Así mismo, las *canciones* para favorecer la interacción entre el cuidador y el niño, el canto además favorece periodos de atención largos, así como el desarrollo de la imitación y el lenguaje.

Las actividades que se proponen buscan promover el desarrollo integral del niño. Si bien el comportamiento en el juego un conjunto de *funcionamientos* (regulación, control postural, manipulación de objetos, respuesta a estímulos, atención, interacción, etc.), en cada actividad se identifica un funcionamiento principal sobre el cual se centra el niño y que permite observar el grado de integración y desarrollo de dicha área específica de funcionamiento.

ESTRUCTURA DE LA GUÍA

Módulo	Nombre del módulo	Edad (meses)	No. de sesiones
I	Adaptación del niño	0-4	4
II	Regulación de los primeros comportamientos intencionales	4-8	4
III	Extensión y exploración del medio	8-12	4
IV	Experimentación sobre el entorno	12-18	6
V	Los inicios del lenguaje y la representación	18-24	6
Total			24

MODULO I: ADAPTACIÓN DEL NIÑO (EDAD DE 0 A 4 MESES)



En el recién nacido diversas actividades reflejas empiezan a cambiar y a alterar su forma, se coordinan y se vuelven más complejas, el niño comienza a llevarse la mano o algún objeto a la boca y succionar, gradualmente el niño comienza a anticipar los reflejos de succión, por ejemplo al darle de mamar (por su posición, al ver o escuchar el sonido de la succión), a su vez más los objetos, para posteriormente manifestar placer ante algunos sonidos y disgusto con otros. Con esta gama de ruidos, llevará a cabo la coordinación entre visión-audición y audición-vocalización, el reflejo de succión es indiferenciado y automático, poco a poco se hará más sistemático y ejecutado con frecuencia, generalmente de forma progresiva en función a la experiencia con los objetos tomados, logrará nuevas conquistas no solo al llevar a su boca aquello que agarra, sino también lo que se le pone en su boca.

Los comportamientos innatos que presenta el recién nacido serán la base de conductas más complejas de vida, a través de un proceso para alcanzar su potencialidad total; comportamientos que promueven la adaptación al ambiente a través de los subsistemas: fisiológico, motor, atención/interacción y autorregulación.

- **Subsistema fisiológico:** Encargado de la organización de los automatismos neurovegetativos para garantizar la supervivencia a la vida extrauterina, a través del patrón respiratorio, la frecuencia cardíaca, la termorregulación, la piel, ciclos alimentación-excretas, sueño-vigilia o eliminación (secreciones) entre otros.
- **Subsistema motor:** Integra la actividad refleja primitiva, el tono muscular para manifestar el movimiento, distintos tipos de desplazamientos incluyendo las habilidades dígito-manuales y visoespaciales, así como las que se dan en el sueño.
- **Subsistema de atención/interacción:** Integra la capacidad del niño de responder a los estímulos del entorno (visuales, auditivos, cinéticos o táctiles, presión (incomodidad-dolor-confort), temperatura u otras condiciones climáticas (y ambientales).
- **Subsistema regulador:** Determina la capacidad de autorregulación a través de mecanismos de reconocimiento y responsividad de sus padres para ayudarlo a formar los primeros hábitos que regulan los procesos autorregulatorios.

Estos subsistemas se encuentran interrelacionados, la alteración de uno influirá en la organización de los demás. Es necesario llevar a cabo la identificación de factores que amenacen su oportuna intervención de forma sistemática, con estrategias orientadas primordialmente al desarrollo de habilidades y competencias de adaptación, así como información y calidad en la atención de salud.

MODULO I: ADAPTACIÓN DEL NIÑO (0 A 4 MESES)

Objetivos de desarrollo del niño en esta etapa:

El niño organizará ciclos regulares de sueño-vigilia, ingesta-evacuación y expresiones diferenciales de respuesta a los estímulos y cuidados del entorno.

Acciones cotidianas de la madre/cuidador para promover el desarrollo:

La madre/cuidador establecerá rutinas en las acciones de cuidado del niño relacionadas a la alimentación, actividades de interacción y juego.

Estrategia central del programa para favorecer el desarrollo:

Promover en la madre/cuidador el establecimiento de la regularidad de las acciones y ritmos del cuidado, la capacidad de observación y responsividad materna para favorecer a través del vínculo, el desarrollo del niño con su medio externo.

Condiciones finales del niño para continuar al siguiente modulo del programa:

Organización de los automatismos (A): El niño organiza los periodos de sueño-vigilia, duerme más tiempo, su respiración es rítmica.

Control postural (CP): El niño mantiene la cabeza estable, es capaz de sentarse con apoyo, tolera el decúbito prono, levanta la cabeza y mira al frente, intenta rodar de boca abajo a boca arriba quedándose boca arriba.

Manipulación (M): El niño lleva los objetos a la boca, mira y juega con sus manos, es capaz de quitarse los objetos frente a él.

Respuesta a estímulos visuales y auditivos (R): El niño sigue un objeto de un lado hacia otro, busca con la mirada.

Interacción con el medio ambiente (I): El niño responde socialmente a los estímulos de la madre, balbuceo.

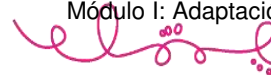
Actividades propuestas para el Módulo I

Pág.	*Clave	Actividad
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Control de Automatismos</i>		
38	I 1.4	Usando horarios para mi sueño-vigilia, alimentación e higiene
44	I 1.6	Arrullándome en la hamaca
53	I 2.6	Relajándome en la hamaca
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Control Postural</i>		
37	I 1.2	Alineando mis segmentos
43	I 1.5	Rodando y recibiendo masaje en mi espalda
48	I 2.1	Sigo la sonaja boca abajo
51	I 2.4	Masajito en mis brazos y piernas
53	I 2.5	Giro con mayor facilidad
57	I 3.2	Masaje en 8
59	I 3.5	Ruedo con mayor independencia
59	I 3.6	Suavemente boca abajo me balanceo en pelota
65	I 4.5	Me deslizo en cuña
66	I 4.6	Me preparan mi huacal

Actividades propuestas para el Módulo I

Pág.	*Clave	Actividad
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Manipulación</i>		
49	I 2.2	Tomo una sonaja
56	I 3.1	Llevo mis manos a línea media
62	I 4.1	Dirijo mis manos a un móvil
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Respuesta a estímulos sensoriales (visuales y auditivos)</i>		
35	I 1.1	Sigo objetos con la mirada
50	I 2.3	Canción: El pato Renato no sabe cantar (Anexo 1.4)
57	I 3.3	Canción: Las llantas del camión (Anexo 1.5)
58	I 3.4	Reacciono a diferentes sonidos
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Interacción con el ambiente</i>		
38	I 1.3	Interactuando con mi cuidador ¿Quién es ese nene? (Anexo 1.2)
63	I 4.2	Canción: El gato Pancho no sabe cantar (Anexo 1.4)
64	I 4.3	Sonrío al ver a mi cuidador
65	I 4.4	Canción: Benito el Payaso (Anexo 1.7)

*Clave de la actividad: Se compone del módulo, número de sesión y número de la actividad según el orden de la sesión.

**SESIÓN NO. 1****“CONOCIÉNDONOS EN EL GRUPO”**

Se pretende que el Cuidador:

- Reconozca las señales del niño y responde a ellas con oportunidad para atender necesidades básicas.
- Organice rutinas estables en las actividades de cuidado: alimentación, higiene, sueño y actividades de vigilia en el día; el descanso y silencio en la noche que favorezcan los procesos de regulación del niño y las actividades del cuidador.
- Favorezca en el niño mediante la interacción cara a cara, la estimulación vocal y el uso de objetos el seguimiento visual y la orientación hacia la fuente de estímulos auditivos.
- Adquiera habilidades orientadas al adecuado posicionamiento del niño para favorecer el control postural y el tono.

Se pretende favorecer en el Niño:

- La regulación de los ciclos de sueño-vigilia con periodos de sueño más prolongados durante la noche y horarios regulares en la demanda de alimento y excretas.
- La regulación del tono muscular y el control cefálico para la organización de los cambios posturales e
- La fijación y el seguimiento visual y auditivo, orientados a las primeras interacciones con las personas en el entorno inmediato.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 1	Actividad	A	C
Presentación del personal, cuidadores y niños			
Canción de bienvenida	Bienvenido aquí (Anexo 1.1)		
Actividad: I 1.1	Sigo objetos con la mirada		
Actividad: I 1.2	Alineando mis segmentos		
Actividad: I 1.3	Interactuando con mi cuidador ¿Quién es ese nene? (Anexo 1.2)		
Actividad: I 1.4	Usando horarios para mi sueño-vigilia, alimentación e higiene.	X	
Actividad: I 1.5	Rodando y recibiendo masaje en mi espalda		
Actividad: I 1.6	Arrullándome en la hamaca	X	
Canción de despedida	Carita de arroz (Anexo 1.3)		

Se resalta en color el funcionamiento principal. A=Organización de automatismos; CP=Control postural; M=Ma
estímulos sensoriales (visuales y auditivos); I=Interacción con el ambiente

Presentación del personal, cuidadores y niños.

Material: Ninguno.

Desarrollo de la actividad:

Preséntate con los cuidadores que conformarán el grupo, si hay más personal también, brevemente menciónalo del programa y cómo se estructura la sesión, luego invita a que cada cuidador se presente diciendo su nombre y el nombre del niño.

Canción de bienvenida. Bienvenido aquí (Anexo 1.1).

Material: Cuña.

Desarrollo de la actividad:

Colocar al niño acostado boca arriba (decúbito supino) sobre la cuña. Solicita al cuidador que se coloque a una distancia de 25 a 30 cm de su rostro. Indica al cuidador que observe si el niño tiene la cara hacia el frente suavemente hacia el frente (alineándolo) para que pueda tener contacto visual con él, también si se encuentra sobre la cuña lo coloque en una posición adecuada. Por ser la primera vez que se entona esta canción, cántala tú, después aprenda, después invítalo a que la cante expresivamente y de forma lenta, al mismo tiempo con todos los niños.

Actividad I 1.1. Sigo objetos con la mirada.

Material: Cuña y objeto llamativo (sonaja o paleta de contrastes blanco y negro).

Desarrollo de la actividad:

Con el niño acostado boca arriba sobre una cuña, indica al cuidador que acerque su rostro a la cara del niño y hable para llamar su atención, una vez que el niño haya fijado su mirada en él, mueva su rostro lentamente comenzando del centro hacia la derecha, regresar al centro y luego a la izquierda (90°). Otra forma de hacerlo es utilizar un objeto llamativo, haciéndolo sonar e incluso hablarle al mismo tiempo, sólo con el fin de llamar la atención del objeto, y una vez que lo haga realice el movimiento en silencio sin distractores auditivos; si el niño no lo realiza realice el arco completo (a 180°), de izquierda a derecha y viceversa.

Recomendaciones para el cuidador:

- En estos primeros meses de vida, al colocar al niño boca arriba, hágalo sobre un cuña o similar, respiratorio, disminuir el reflujo y permitir un mejor contacto visual con su cuidador.
- Aproveche los momentos en que el niño se encuentre despierto para jugar con él; hablele para mantener el contacto visual y estimúlelo a seguir el movimiento, eso le ayudará a organizar su atención e identificar y reconocer objetos y personas de su entorno.
- Evite realizar los movimientos del rostro u objetos de forma muy rápida, los juguetes no deben ser muy ruidosos.
- Si utiliza objetos sonoros procure que no sean muy ruidosos para evitar sobresaltar al niño; use la atención, pero no mientras estimula el seguimiento hacia los lados, esto con el fin de asegurar que el niño se enfoque en el objeto y no por el sonido que escucha.

Qué observar en el niño:

● Responde al estímulo del cuidador y fija la mirada en el rostro o juguete	■ Fija la mirada y sigue el objeto de un solo lado con dificultad.	▲ No fija la mirada en el rostro del cuidador o juguete
● Sigue el movimiento del rostro o juguete hacia ambos lados.	■ Intenta seguir de un lado a otro sin obtenerlo.	▲ Presenta movimientos anormales de la cabeza, estrabismo, mirada desviada, manchas blancas en la retina, de cataratas, etc.
	■ Se encuentre irritable y con llanto.	

Actividad I 1.2. Alineando mis segmentos.

Material: Cobija y sábana.

Desarrollo de la actividad:

Muestra a los cuidadores la forma correcta de cómo cargar al niño (utiliza un muñeco o niño): coloca su posición flexora sobre tu brazo con sus glúteos en la palma de tu mano, cuidando que sus brazos queden sus manos cerca de su boca y piernas flexionadas; después realiza un capullo utilizando una cobija: en la herradura y posiciona a un niño o muñeco en una postura flexora, poniendo sus manos cerca de su boca si es necesario, debajo de las rodillas para flexionarlas. Da tiempo para que los cuidadores carguen a su hijo la forma correcta, realicen el capullo y coloquen a sus niños.

Recomendaciones para el cuidador:

- Vigile que al cargar o colocar al niño en el capullo su cabeza quede apoyada de forma alineada al cuerpo, no flexionar el cuello porque podría dificultarle la respiración; sus brazos y piernas se encuentren en posición flexionada, relajada, en flexión. Esto le ayudará a regular el tono de los músculos evitando reacciones de hipertonía de las piernas.
- Cambie de posición varias veces durante el día (de lado, boca arriba o boca abajo, ésta última sólo por breves momentos según tolere la posición).

Qué observar en el niño:

● Tolera la postura flexora por algunos minutos (entre 15 a 20 minutos).	■ Irritabilidad persistente en el niño a la postura en capullo.	▲ Presenta reacciones de tronco o extremidades.
● Se relaja y disminuye su llanto.		
● Inhibe reflejos de hiperextensión de tronco o extremidades (en caso de existir).		

Actividad I 1.3. Interactuando con mi cuidador ¿Quién es ese nene?

Material: Cuña o capullo y canción: ¿Quién es ese nene? (Anexo 1.2).

Desarrollo de la actividad:

Con el niño acostado boca arriba sobre una cuña o capullo, pide al cuidador acerque su rostro a una distancia de 10 cm de la cara del niño, invítale a ser expresivo y afectivo con él para entonar la canción “¿Quién es ese nene?”. El cuidador mencione el nombre de su niño y le haga una caricia al darle un beso o un abrazo.

Recomendaciones para el cuidador:

- Cante de manera lenta para que el niño observe mejor sus movimientos y gesticulación.
- Llame la atención visual del niño utilizando cambios de tono en la voz y observe sus respuestas.

Qué observar en el niño:

● Fija la mirada en su cuidador y realiza cualquier forma de respuesta durante el canto: • Aumenta o disminuye el movimiento en brazos y piernas. • Tiene expresión en la mirada.	■ Se irrita con facilidad. ■ No logra fijar la mirada o está dispersa.	▲ No tiene mirada o expresión.

Actividad I 1.4. Usando horarios para mi sueño-vigilia, alimentación e higiene.

Material: Demostración utilizando un muñeco, cuña, sábana y mini pancartas, cada una con una imagen: lámpara de buró, ropa abrigadora, ropa ligera, hamaca, persona hablando fuerte, niños gritando, coque, estéreo, reloj de pared, seno materno, tina, toalla de bebé, esponja, jabón de aroma y manos con jabón.

Desarrollo de la actividad:

Da una breve plática a los cuidadores acerca de la importancia de establecer horarios para el sueño-vigilia, alimentación e higiene, ejemplificando acciones de forma muy práctica, haciendo participar también a los padres con su experiencia.



Sueño-vigilia:

Mediante la organización de horarios estables y el uso de patrones de orientación a los estímulos y ayudar al niño a incrementar poco a poco los periodos de sueño durante la noche y los tiempos en los que duerme durante el día.

En la noche:

- Para dormir abríguelo usando ropa adecuada de acuerdo a la temperatura ambiental, colocándole ropa que no sienta frío si se destapa y ligera para ambientes cálidos para evitar que sude mucho y se deshidrate.
- No tape su cara, tampoco use cobertores pesados, de lana, sucios, polvosos o que el resto de la familia use.
- Mueva lo menos posible al niño, a fin de que logre dormir más en la noche, para alimentarlo utilice un biberón para vigilar que come bien, si no hay cambios en la coloración de su piel, si respira adecuadamente o si llora.
- Evite hablarle: al cambiar su pañal, muévelo delicadamente y al terminar de comer para acostarlo, arrúllelo meciéndolo suavemente.
- Si el niño está despierto, no lo cargue ni le hable, solo vigílelo hasta que se duerma.
- Si tiene muchas dificultades para dormir en la noche, puede optar antes de que se acerque la hora de dormir, mismo que le relajará y favorecerá el sueño.
- Otra recomendación es mantenerlo despierto unas horas antes de que se vaya a dormir, distrayéndolo con juguetes, cuando acueste se duerma.
- Evite las fuentes de sonido como televisión en el cuarto donde el niño duerme.

En el día:

- Al dormir en el día, procure disminuir ligeramente la iluminación de la habitación y los ruidos de la casa, radio o televisión, no azotar las puertas o ventanas, ya que además de sobresaltarlo y despertarlo, alterando su audición y los ruidos intensos y cortos.
- Indique al resto de la familia incluyendo a los niños, que respeten el sueño del niño procurando no hacer ruidos fuertes.

- Puede utilizar una hamaca segura, sin utilizar aquellas con tejidos muy abiertos y donde el niño padece a través de ellos. La hamaca induce el sueño, al mecerlo lentamente para tranquilizarlo, ésta puede utilizarse sobre la cama, cerca del colchón con una manta limpia, sostenida de forma que no se vaya a desprender.
- Para salir ya sea por paseo, visitas al médico o familiares, trata de respetar sus horarios de sueño, brazos, carriola o rebozo.
- Al estar despierto puede hablarle, cantarle y jugar con él (sin brusquedad como aventarlo hacia adelante o atrás, rápidas e intensas). También es un buen momento para expresarle su amor, al besarlo, acariciarlo y jugar.

Alimentación.

- Establezca horarios para la alimentación, de esta manera favorecerá la organización de hábitos en el niño.
- A menos que esté contraindicado por su médico, la lactancia materna es una forma de dar y recibir amor, fuertes lazos de seguridad, afecto y comunicación entre madre e hijo.
- Realice la técnica adecuada de amamantamiento y la observación de posibles signos (escurrete, regurgitación, cambio de color de piel a azulado).
- Durante la alimentación mantenga la cara del niño descubierta y busque el contacto visual: hablele, mantenerlo despierto mientras come. Si a pesar de esto empieza a quedarse dormido, despiértelo suavemente.
- Procure la ingesta de leche hasta que el niño se muestre satisfecho, lo que evitará que se despierte constantemente. Ofrezca alimento cada tres horas; durante el día hay que despertarlo para ofrecerle, haga por sí mismo, mientras que por la noche es recomendable respetar sus horarios de sueño y evitar interrupción.
- Asegúrese de que al terminar de alimentarlo logre expulsar el aire y lo acueste en una posición cómoda, alternando en ambos lados y acostado sobre una cuña o almohadita pequeña.
- Observe la frecuencia con que orina, deben ser de cuatro a seis pañales diarios, de lo contrario puede indicar una hidratación insuficiente, así mismo la consistencia de las evacuaciones no muy líquidas tampoco duras, si presenta evacuaciones duras puede indicar una hidratación insuficiente.

inmediatamente con su médico y si presenta estreñimiento evite colocar supositorios, ya que ocasionar que el niño dependa de ellos, es mejor realizarle un masaje abdominal, colocando un primero en las palmas de sus manos para luego colocarle en el abdomen del niño), enseguida coloque sobre su piel justo arriba de la ingle derecha sin ejercer presión y, sin separarlos de su piel, dibujando arriba hasta sentir las costillas, luego cambia de dirección en línea recta hasta la otra costilla izquierda, los dedos hasta llegar a la ingle izquierda, repitiendo este recorrido varias veces hasta que el niño se alivia, si persiste el estreñimiento consulte al médico.

- Identifique las necesidades del niño a partir de la variación en las señales (cuando está incómodo, tiende a llorar, etc.), tal modo que evite consolarlo indistintamente ofreciéndole el pecho o el alimento.

Higiene:

- Mantenga un horario estable para el baño, a la vez que le ayudará al niño poco a poco a anticiparlo.
- En las primeras semanas se recomienda bañar al niño al medio día en el que la temperatura ambiente es adecuada. Si el baño lo realiza por la noche antes de dormir, deberá realizarse en una habitación cerrada.
- Evite bañar al niño inmediatamente después de comer, ya que puede provocar una broncoespasmo o manipulación, lo más recomendable es hacerlo antes de comer o dejar pasar una hora después de alimentarlo.
- Tenga confianza de bañar al niño, sin miedo, pues cuando se manifiesta temor el niño también lo siente, llorará, en un principio puede apoyarse de alguna persona con experiencia como su mamá o alguien que le enseñen y estén presentes en lo que adquiere experiencia y confianza para bañarlo sola.
- Es conveniente bañarlo en tina con agua tibia y no tardarlo mucho en el agua para evitar enfriamiento prematuro, no se recomienda regadera porque puede incrementar el tono muscular y si el niño tiene hipertono afecta su regulación muscular.
- No es necesario que utilice esponja, frotarlo con la mano es suficiente, tampoco jabón, pero si quiere usar uno, que sea sin aroma o el que el médico indique. Evite mover al niño con las manos enjabonadas, enjuáguelo bien y séquelo en posición.

- Al terminar de bañar al niño, seque con una toalla o manta limpia, exclusivamente para su uso, te secar bien los pliegues en cuello, axilas, ingle, piernas, etc., vístalo, péinelo y déjelo cómodo, porque tranquiliza y es muy probable que se quede dormido.

Qué observar en el niño:

- Regula sus ciclos circadianos de sueño-vigilia, y horarios para la alimentación e higiene:
 - Durante el primer y segundo mes de vida, permanece dormido la mayor parte del tiempo (día y noche), duerme por periodos de hasta 2 horas sin interrupción, incluso más tiempo, despierta o llora al tener hambre, frío, calor o estar mojado.
 - A partir del tercer mes sus periodos de sueño durante el día son más cortos, permanece un poco más tiempo despierto y alerta, en la noche despierta entre una o dos ocasiones para comer.
- Lloro de forma constante y es difícil consolarlo, aunque se hayan satisfecho sus necesidades como el alimento, cambio de pañal, baño, etc.
- ▲ No muestra diferenciación de los periodos de sueño y vigilia. Duerme por periodos cortos y hay que despertarlo para los periodos de vigilia. Despierta y muestra molestia al cambiar de pañal o al bañarse.
- ▲ Al cambiar de pañal muestra molestia o escurremier de heces o cianosis.
- ▲ Presenta estreñimiento o diarrea abdominal líquidas.

Actividad I 1.5. Rodando y recibiendo masaje en mi espalda.

Material: Colchoneta y juguete sonoro.

Desarrollo de la actividad:

El niño debe estar acostado sobre la colchoneta en posición boca arriba (decúbito supino) y el cuidador, Enseña al cuidador como facilitar el rodamiento del niño para pasar a la posición boca abajo (decúbito prono) acción:

Toma con una mano la pierna del niño, colocando el dedo índice debajo de la rodilla, el pulgar en la parte interna del pie, los dedos anular y meñique extendidos para sostener la cadera, flexiónala ligeramente.

Llama la atención del niño mediante un estímulo visual-auditivo hacia el lado contrario a la pierna flexionada. Cuando la cabeza siguiendo el estímulo, se debe aprovechar el movimiento y ayudarlo a colocarse de lado; al estar en posición cómoda para el niño tendrá que hacer el esfuerzo de completar el rodamiento por sí mismo. Una vez que el niño está en posición boca abajo esperará unos segundos a que libere los brazos y los lleve al frente, si sus brazos están extendidos de su cuerpo, levanta ligeramente la cadera para que los libere y para que los lleve hacia arriba realiza un movimiento en forma ascendente y anima a que los suba, para finalizar masajea su espalda colocando las palmas de las manos horizontal, deslizándolas lenta y alternadamente de arriba hacia abajo, el masaje le permitirá al niño relajarse. Esta actividad de rodamiento se realiza hacia ambos lados del niño, derecha e izquierda (de 2 a 3 veces por sesión). Si el niño en un lado que se le dificulte más, se debe comenzar por ese.

Para regresar al niño de posición decúbito prono a decúbito supino, del lado al que va a girar, posiciona el brazo extendido lateralmente junto su cuerpo, para que al realizar el movimiento su brazo quede bajo su cuerpo. Con la mano izquierda en el hombro contrario (el que queda libre) y con la mano derecha la espalda del niño, realiza un movimiento de rotación de forma lenta y delicada, hasta colocarlo en posición decúbito supino, espera a que el niño realice el rodamiento del otro lado.

Recomendaciones para el cuidador:

- De tiempo al niño para que coordine el seguimiento con los intentos de movimiento, el niño es quien completa el movimiento de rodamiento, para posteriormente realizarlo sin ayuda.
- Evite realizar esta actividad cuando el niño haya comido, puede esperar 30 minutos a una 1 hora para que no vaya a vomitarse.
- Aproveche el momento en los cambios de pañal para realizar estos rodamientos.

Qué observar en el niño:

● Voltea hacia el estímulo visual-auditivo y realiza el rodamiento con apoyo; al estar en posición decúbito prono libera los brazos y los lleva al frente.	■ No tolera la posición decúbito prono.	▲ El niño gira de forma disociación pélvica.

Actividad I 1.6. Arrullándome en la hamaca.

Material: Cobija o sábana de algodón y canción: Carita de arroz (Anexo 1.3).

Desarrollo de la actividad:

Para esta actividad se necesita la participación del cuidador y un ayudante. Coloquen al niño boca arriba sobre la cobija o sábana preferentemente de algodón; el ayudante debe tomar los extremos de la cobija del lado de la cabeza y el cuidador tomará los bordes del lado de los pies, cuidando de no ampliarla mucho ni tampoco cerrarla. El ayudante levantará primero la sábana (lado de la cabeza) y después el cuidador (lado de los pies), quedando la sábana elevada que los pies (en una posición semisentado), levanten unos 15 cm de la colchoneta pero conservando la posición descrita, para hacer movimientos lentos de un lado y hacia el otro, simultáneamente cantando una canción de arroz con un tono suave.

Recomendaciones para el cuidador:

- Busque la mirada del niño, tenga cuidado de no realizar la actividad de forma rápida y brusca, al momento de cantar una canción de arrullo en tono modulado.
- Tenga cuidado que los brazos y brazos estén alineadas al tronco con la cabeza más elevada que los brazos.

Qué observar en el niño:

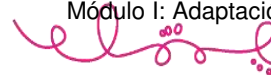
● Fija la mirada en su cuidador.	■ No logra consolarse y continúa llorando.	▲ Presenta movimientos bruscos en las extremidades.
● Se relaja y regula cuando se encuentra irritable o con dificultades para conciliar el sueño.		

Canción de despedida. Carita de arroz (Anexo 1.3)

Material: Cobija o sábana de bebé.

Desarrollo de la actividad:

Esta canción se canta para arrullar al niño en hamaca o en los brazos, para que se relaje y en caso de que no se pueda autorregularse.

**SESIÓN NO. 2****“DISFRUTO LAS ACTIVIDADES SENSORIOMOTRICES”****Se pretende que el Cuidador:**

- Adquiera habilidades para facilitar en el niño el incremento gradual del control cefálico, la tolerancia (decúbito prono) y cambios de postura mediante giros asistidos.
- Provea al niño de estímulos visuales y auditivos, en la distancia adecuada para la fijación y el seguimiento.
- Implemente técnicas de masaje para facilitar la apertura de manos y liberación de la prensión plantar y agarre de objetos.
- Refuerce el vínculo emocional con el niño mediante el contacto físico (masajes) y los intercambios (canciones).

Se pretende favorecer en el Niño:

- El fortalecimiento del control cefálico, incremente la tolerancia a la posición decúbito prono y completar los giros asistidos.
- La fijación de la mirada y el seguimiento del rostro de su cuidador y de objetos hacia ambos lados.
- Libere la presión palmar y plantar y tome una sonaja con o sin estímulo dorsal.
- Integre información sensorial a través del contacto físico (masajes) y responda a los intercambios con el cuidador.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 2	Actividades	A	C
Logros y obstáculos			
Canción de bienvenida	Bienvenido aquí (Anexo 1.1)		
Actividad: I 2.1	Sigo la sonaja boca abajo		
Actividad: I 2.2	Tomo una sonaja		
Actividad: I 2.3	Canción: El pato Renato no sabe cantar (Anexo 1.4)		
Actividad: I 2.4	Masajito en mis brazos y piernas		
Actividad: I 2.5	Giro con mayor facilidad		
Actividad: I 2.6	Relajándome en la hamaca	X	
Canción de despedida	Carita de arroz (Anexo 1.3)		

Se resalta en color el funcionamiento principal. A=Organización de automatismos; CP=Control postural; M=Manipulación; S=Estímulos sensoriales (visuales y auditivos); I=Interacción

Logros y obstáculos.

Material: Ninguno.

Desarrollo de la actividad:

Busca indagar sobre los obstáculos y logros a los que se enfrentaron cada uno de los cuidadores con su hijo en la sesión grupal, ante la pregunta ¿Cuáles son los logros que ha visto en el niño? ¿Cuáles son los obstáculos que ha observado usted como su cuidador? ¿Qué le han comentado en la cita de pediatría?. Recomienda a los cuidadores que sean concretas y si observas que empiezan a comentar otras cosas, reorientalos.

Canción de bienvenida. Bienvenido aquí (Anexo 1.1).

Actividad I 2.1. Sigo la sonaja boca abajo.

Material: Cuña y juguete sonoro.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que acueste al niño sobre una cuña pequeña boca abajo, cuidando que mantenga la cabeza en la línea media, si el niño ya tiene más control de su cabeza o más de 3 meses, coloque al niño con los brazos extendidos de tal forma que se apoye únicamente con el pecho. Primero, llame la atención con la cara y voz del cuidador, luego la sonaja con sonido suave y agradable, póngala en línea media de 25 a 30 cm de distancia de sus ojos, cuando observe la cara o el objeto, háblele con voz firme pero suave, mueva el juguete lentamente hacia un lado (hasta 60°) y regresar a línea media, después repetir hacia el otro lado.

Recomendaciones para el cuidador:

- Coloque diariamente boca abajo al niño para ir prolongando sus periodos de tolerancia a la posición boca abajo, sean de agrado del niño, para que trate de tomarlos.
- La superficie donde se coloque al niño debe estar libre de caídas, evite poner cobijas gruesas que dificulten la respiración del niño, así podrá tener un mejor apoyo y movimientos de la cabeza.

Qué observar en el niño:

● Tolera la posición decúbito prono, levanta su cabeza por algunos segundos y después la rota para liberar su cara. ● Observa el rostro del cuidador o algún objeto llamativo.	■ Rechaza la posición decúbito prono, presenta irritabilidad persistente. ■ Fija la mirada y sigue el objeto de un solo lado con dificultad. ■ Intenta seguir de un lado a otro sin obtenerlo	▲ No reacciona, no se despierta, no aumenta o disminuye el llanto. ▲ A los tres meses no sostiene ni la cabeza ni el cuerpo para liberar la cabeza, tal vez por el entorpecimiento del rostro de la cabeza. ▲ Se dificulta el seguimiento por hipotonía o hipertonía.

Actividad I 2.2. Tomo la sonaja.*Material:* Sonaja.*Desarrollo de la actividad:*

El cuidador haga sonar y muestre una sonaja ligera al niño que pueda tomar con sus manos, ofreciéndosela. Si no toma el objeto, estimule el dorso de esa mano con la misma sonaja o con la mano del cuidador por la parte superior de la sonaja, al hacerlo permítale que explore, toque y la lleve a su boca. Realice esta misma actividad con la otra mano.

Recomendaciones para el cuidador:

- Evite proporcionar al niño objetos o sonajas pesadas que lo puedan golpear o lastimar y se asegure perfectamente limpios.

Qué observar en el niño:

● Pone atención a la sonaja que le están ofreciendo.	■ Toma la sonaja con estímulo en dorso de la mano.	▲ No fija la mirada y busca.
● Extiende los dedos y libera el pulgar, tomando la sonaja de manera voluntaria, la sostiene o bien la lleva a su boca.	■ Sostiene la sonaja unos segundos y la deja caer.	▲ No intenta agarrarla con estímulo.
		▲ Atrapamiento de la sonaja empuñada.

Actividad I 2.3. Canción: El pato Renato no sabe cantar (Anexo 1.4).

Material: Canción por escrito y papelitos con nombres de animales domésticos.

Desarrollo de la actividad:

El niño acostado boca arriba sobre una cuña con el cuidador enfrente de él, dentro de su campo visual, mirada en él, entone la canción al unísono con los demás cuidadores; invítale a que lo haga de forma exagerada, con gestos exagerados al abrir la boca, mover los ojos, la cabeza, y las manos. Cada cuidador le pone un papelito con el nombre del animal doméstico que tomó al azar (perro, gato, pato, vaca, cerdo, borrego) y en cada ronda cante con un tono diferente (susurro (para no asustar al niño), luego agudo y grave).

Recomendaciones para el cuidador:

- Cuando le hable al niño utilice frases cortas y claras, al cantarle o hablarle juegue con diferentes tonos (susurro y más alto) para que el niño no se acostumbre a un solo timbre y llame su atención.
- Observe las diferentes respuestas del niño, con el fin de que desarrolle la sensibilidad para percibirlas.

Qué observar en el niño:

● Emite alguna respuesta durante el canto: fija la mirada, aumenta o disminuye el movimiento de brazos y piernas, hay cambios faciales. A partir de los tres meses sonríe.	■ Se encuentra somnoliento o inquieto.	▲ No logra ningún tipo de cambios faciales. ▲ Irritabilidad.

Actividad I 2.4. Masajito en mis brazos y piernas.

Material: Aceite o crema para bebé.

Desarrollo de la actividad:

Pide a los cuidadores que coloquen a su niño sobre una cuña o una cobija boca arriba, de tal forma que esté relajado para recibir un masaje en los brazos y piernas, acompaña con una música relajante y a volumen bajo. Se hace una demostración primero en brazo y permite que los cuidadores efectúen la actividad, después en la pierna para que lo lleven a cabo y así consecutivamente, con diez repeticiones para cada parte del cuerpo.

Antes de comenzar a dar masaje, toma su aceite o crema que frotes las palmas de las manos para que sea placentero para el niño, de lo contrario, con manos frías pueden irritarlo.

En brazos: Toma el brazo del niño y alternando ambas manos de forma consecutiva, masajea desde el hombro hasta la muñeca con ligeras presiones, descendiendo poco a poco, al terminar vuelve a iniciar el procedimiento sin masajear la muñeca. Luego tómalolo de la muñeca y da masaje en el dorso de forma ascendente (dirección de dedos a mano) con la apertura de manos y liberación de pulgar, evita tocar y/o masajear la palma de la mano. En casos de contractura encontrada, puede ayudar a realizar movilización pasiva de abducción y aducción del pulgar y la mano.

En piernas: Desde la cadera hasta el tobillo masajea en forma descendente con ligeras presiones, al llegar al tobillo, toma la pierna desde la cadera hacia el tobillo sin regresar masajeando en dirección ascendente. Enseguida toma su pie y da masaje (dirección de dedos a tobillo) solo en el dorso para disminuir la presión plantar, sin dar masaje en la planta.

Este masaje es recomendable para un niño con tono muscular normal o hipertono, pero en el caso de dirección cambiará y será ascendente: en brazos, de la muñeca hacia los hombros y en las piernas cadera.

Recomendaciones para el cuidador:

- Introduzca en la rutina del niño un espacio para el masaje, donde tanto niño como el cuidador se disfruten el momento.
- Si desea puede poner música, ésta debe ser suave y tranquila para que ambos se relajen.
- No de masaje si el niño presenta alguna dermatopatía, ya que podría exacerbarla, tampoco en caso encuentra irritable o enfermo.
- Lávese las manos antes de comenzar el masaje para evitar alguna infección, no olvide frotar sus manos con manos frías e irritarlo.
- Mida la fuerza en las presiones para que no lastimen al niño.
- Evite masajear la planta de los pies y manos, tampoco bese las plantas de sus pies, porque estimula plantar.
- Ponga sus calcetines al revés, para evitar el estímulo de los hilos en las plantas del pie y que sus dedos

Qué observar en el niño:

● Disfruta los masajes de su cuidador, mostrando una actitud relajada y placentera.	■ Tiene mano empuñada, pulgar aducido y/o prensión plantar, sin embargo abre los dedos ante el estímulo en dorso.	▲ Presenta severo que
● Ante el masaje dorsal en manos y pies, abre los dedos y libera pulgar.		▲ Tiene poca abrir la ma como aper pies.

Actividad I 2.5. Giro con mayor facilidad.

Material: Colchoneta y juguete llamativo.

Desarrollo de la actividad:

Actividad descrita en este Módulo I: Adaptación del niño (Edad de 0 a 4 meses), Sesión No. 1: “Con

Actividad I 1.5: Rodando y recibiendo masaje en mi espalda. Incluida en esta sesión con la finalidad de r

Actividad I 2.6. Relajándome en la hamaca

Material: Cobija o sábana de algodón y canción: Carita de arroz (Anexo 1.3).

Desarrollo de la actividad:

Actividad descrita en este Módulo I: Adaptación del niño (edad de 0 a 4 meses), Sesión No. 1: “Con

Actividad I 1.6. Arrullándome en la hamaca. Para continuar favoreciendo la interacción cuidador-niño, l
sensorial (auditiva y visual).

Canción de despedida. Carita de arroz (Anexo 1.3).

SESIÓN NO. 3**“LLEVO MIS MANOS A LÍNEA MEDIA”****Se pretende que el Cuidador:**

- Mediante situaciones de juego, facilite los cambios posturales del niño, mediante rodamientos de su
- Mediante situaciones de juego, implemente técnicas de masaje en ∞ y movimientos pasivos de liberación escapular y motive al niño a llevar las manos a línea media para alcanzar un juguete que
- Mediante situaciones de juego mediadas por objetos, favorezca la respuesta de orientación a los estímulos
- Adquiera estrategias para facilitar la relajación del niño cuando está irritable o con dificultad para conciliar el sueño.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El control cefálico, la tolerancia a la posición decúbito prono y participación activa para completar los movimientos
- La liberación escapular y el movimiento de sus manos de manera voluntaria a la línea media para alcanzar los objetos que llamen su atención para explorarlos.
- Reaccione a estímulos auditivos, manifestado a través de los movimientos de su cuerpo al escuchar
- Se autorregule y se relaje ante la irritabilidad o dificultad para conciliar el sueño.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 3	Actividad	A	C
Logros y obstáculos			
Canción de bienvenida	Bienvenido aquí (Anexo 1.1)		
Actividad: I 3.1	Llevo mis manos a línea media		
Actividad: I 3.2	Masaje en 8		
Actividad: I 3.3	Canción: Las llantas del camión (Anexo 1.5)		
Actividad: I 3.4	Reacciono a diferentes sonidos		
Actividad: I 3.5	Ruedo con mayor independencia		
Actividad: I 3.6	Suavemente boca abajo me balanceo en pelota	X	
Canción de despedida	Carita de arroz (Anexo 1.3)		

Se resalta en color el funcionamiento principal. A=Organización de automatismos; CP=Control postural; M=Manipulación de estímulos sensoriales (visuales y auditivos); I=Interacción

Canción de bienvenida. Bienvenido aquí (Anexo 1.1).

Actividad I 3.1. Llevo mis manos a línea media.

Material: sonaja ligera.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que coloque al niño boca arriba, entrégale una sonaja ligera al cuidador y pídele haciéndola sonar en su línea media. Si no lleva las manos a línea media para tomarla, roce el dorso ascendente con el objeto para que lo tome y lo lleve a la línea media con ambas manos. Una vez que lo tome para que lo explore o lleve a su boca.

Recomendaciones para el cuidador:

- Evite proporcionar una sonaja sucia, grande y pesada con la que se pueda lastimar o golpear, de modo que el niño pueda sostenerla y llevarla a la línea media.
- De tiempo a que el niño explore el objeto y lo lleve a su boca.
- Con esta actividad al integrar las manos a la línea media, le facilitarán posteriormente las habilidades de escritura.

Qué observar en el niño:

● Pone atención a la sonaja que le están ofreciendo.	■ Toma la sonaja con estímulo en el dorso de la mano, pero no lleva las manos a línea media.	▲ No fija la mirada al objeto que busca.
● Extiende los dedos y libera el pulgar, realizando la actividad de manera voluntaria, lleva la sonaja a línea media o a su boca.	■ Sostiene la sonaja unos segundos y la deja caer.	▲ No intenta llevarla a la línea media con estímulo.
		▲ Atrapamiento de la sonaja con la empuñadura.

Actividad I 3.2. Masaje en 8

Material: Colchoneta y un juguete de su interés.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que coloque al niño sentado de espalda y entre sus piernas, rodee los hombros con esta posición realice el masaje con movimientos suaves y alternos (derecha-izquierda) de los hombros atrás como si formará un ocho de manera horizontal ∞ . El niño se puede incomodar con este movimiento puede darle un juguete que le agrade o un objeto que le llame su atención; el movimiento debe ser lento hacia abajo. Si el niño se desespera puede darle un tiempo de descanso y nuevamente volver a insistir realice el masaje de forma adecuada, puedes pasar con cada uno de ellos y hacerles el masaje por replicarlo en el niño.

Recomendaciones para el cuidador:

- Promueva la regulación del tono muscular en el niño, por medio de su habilidad en la manipulación.
- Realizar la actividad varias veces al día, pudiendo ser en el cambio de cada pañal.

Qué observar en el niño:

● Acepta el masaje, a través del movimiento y se adapta a la posición sedente por un breve tiempo mientras dura la actividad.	■ No tolera el masaje ni la posición sedente.	▲ Presenta h movimiento

Actividad I 3.3. Canción: Las llantas del camión (Anexo 1.5.).

Material: Canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

El cuidador se debe colocar en el campo visual del niño, con el niño acostado boca arriba sobre una colchoneta, las muñecas para realizar los movimientos pasivos de adentro-afuera, arriba-abajo, siguiendo la letra de

Recomendaciones para el cuidador:

- Aproveche los momentos en que el niño está tranquilo para cantarle, favoreciendo el lenguaje y la comunicación.

Qué observar en el niño:

● Se encuentra tranquilo durante los movimientos en los brazos del niño (abrir-cerrar, arriba-abajo) que su cuidador le realiza.	■ No tolera que se le realicen movimientos pasivos. ■ No pone atención a la actividad.	▲ Se encuentra inquieto durante los movimientos.

Actividad I 3.4. Reacciona a diferentes sonidos

Material: Papel crepé, lluvia, campana, bolsa de frituras, llaves.

Desarrollo de la actividad:

Fuera del campo visual del niño, a la altura del oído, el cuidador suena cada uno de los materiales de una de las diadas, al realizar el estímulo sonoro se debe dejar de sonar un tiempo breve y observar la respuesta del niño, con la finalidad de evitar la habituación al sonido, en los materiales como la campana se debe regular el sonido para que no sea demasiado fuerte.

Recomendaciones para el cuidador:

- Evite estimular demasiado fuerte los materiales y dejar un tiempo breve sin sonar para que el niño observe la respuesta del niño, ya sea por aumentar los movimientos de sus piernas y brazos, disminuir los movimientos o expresiones faciales o balbuceos.
- Puede realizar la actividad con objetos que tenga en casa, por ejemplo una botella con semillas, un plato de plástico o incluso hablarle hacia un lado de su oído sin que lo vea, motivándolo a que lo voltee a ver.

Qué observar en el niño:

● Al escuchar el sonido se queda quieto o se inquieta aumentando el movimiento de sus brazos o piernas, no es necesario que se oriente a la fuente del sonido.	■ Lloro al escuchar el estímulo auditivo. ■ Presenta respuestas inconsistentes ante la presencia del sonido.	▲ No reacciona al estímulo de sonido, no muestra interés por la actividad.

Actividad I 3.5. Ruedo con mayor independencia

Material: Colchoneta y juguete llamativo.

Desarrollo de la actividad:

Actividad descrita en este Módulo I: Adaptación del niño (edad de 0 a 4 meses), Sesión No. 1: “Conociendo a mi hijo”.

Actividad I 1.5: Rodando y recibiendo masaje en mi espalda. Incluida en esta sesión con la finalidad de reconocer el cuerpo del niño.

Actividad I 3.6. Suavemente boca abajo me balanceo en pelota.

Material: Pelota y canción: “Barquito, barquito” (Anexo 1.6).

Desarrollo de la actividad:

Indica al cuidador que coloque al niño boca abajo sobre una pelota grande (si es posible para yoga), mecerlo suavemente con un movimiento rítmico y continuo de adelante y atrás, izquierda a derecha. Mientras lo mece, el cuidador le canta una canción de arrullo como “Barquito, barquito navegas despacito”. Al terminar la actividad, el cuidador levanta al niño suavemente y retira la pelota, cuidando que no sea brusco el movimiento.

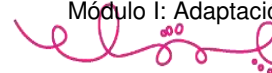
Recomendaciones para el cuidador:

- Evite realizar movimientos bruscos al mecer al niño en la pelota.
- Procure cantarle una canción de cuna, de forma lenta.
- Esta actividad puede realizarla para calmar al niño cuando esté irritable o con dificultades para conciliar el sueño.

Qué observar en el niño:

● Disfruta y se relaja con la actividad. Si se encuentra irritable se relaja y regula.	■ Se irrita, no tolera la posición decúbito prono y el movimiento.	▲ Presenta hinchazón en la posición en la que se encuentra.

Canción de despedida. Carita de arroz (Anexo 1.3).

**SESIÓN NO. 4****“JUEGO A APARECER Y DESAPARECER”**

Se pretende que el Cuidador:

- Implemente aditamentos para favorecer en el niño, el control de la postura en posición sedente.
- Facilite en el niño, el inicio de los desplazamientos en posición decúbito prono.
- Mediante el juego, motive al niño a llevar las manos a línea media para intentar alcanzar y explorar el objeto de atención.
- Implemente estrategias de interacción cara a cara para favorecer la sonrisa social y la imitación vocal.
- Implemente estrategias de juego de “*esconder*” y “*aparecer*” el rostro tanto del cuidador como del niño para el desarrollo de la noción de permanencia del objeto.

Se pretende favorecer en el niño:

- Tolerar la posición decúbito prono para el ejercicio de nuevos desplazamientos.
- Liberar la cintura escapular y regular su tono muscular para llevar las manos a línea media al explorar el objeto.
- Sonreír de forma social al ver el rostro de su cuidador, buscar la cara de su cuidador retirando el cuerpo.
- Responder con vocalizaciones, sonidos, balbuceos o gestos en la interacción con su cuidador.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 4	Actividad	A	C
Logros y obstáculos			
Canción de bienvenida	Bienvenido aquí (Anexo 1.1)		
Actividad: I 4.1	Dirijo mis manos a un móvil		
Actividad: I 4.2	Canción: El gato Pancho no sabe cantar (Anexo 1.4)		
Actividad: I 4.3	Sonrío al ver a mi cuidador		
Actividad: I 4.4	Canción: Benito el Payaso (Anexo 1.7)		
Actividad: I 4.5	Me deslizo en cuña		
Actividad: I 4.6	Me preparan mi huacal		
Canción de despedida	Carita de arroz (Anexo 1.3)		

Se resalta en color el funcionamiento principal. A=Organización de automatismos; CP=Control postural; M=Manipulación; S=Estímulos sensoriales (visuales y auditivos); I=Interacción

Canción de bienvenida. Bienvenido aquí (Anexo 1.1).

Actividad I 4.1. Dirijo mis manos a un móvil.

Material: Móvil.

Desarrollo de la actividad:

Pide al cuidador que coloque al niño sobre la colchoneta o cuña, entrégale un móvil para que lo sostenga a las manos del niño, y lo motive a tocarlo, a través de un ligero movimiento al móvil o a una de las piezas, cuando el niño agarre una figura, deje que lo manipule y lo explore.

Recomendaciones para el cuidador:

- Coloque adecuadamente la altura del móvil para que el niño pueda manipularlo, sugiriéndole que generalmente descansa, pero cuando esté despierto como cama, cuna, portabebé, etc.
- De tiempo al niño para que explore las figuras del móvil, una vez que ha extendido los brazos para tocarlo.
- Elabore un móvil en casa, utilizando materiales sencillos sin gastar mucho, como fieltro, foami o cartón grandes para que puedan colgarse en un aro o gancho, atado por cordones, etc.
- Al integrar las manos a la línea media, le facilitarán posteriormente las habilidades manuales.

Qué observar en el niño:

● Pone atención al móvil que le están presentando.	■ Aún no toma las figuras en la línea media, pero extiende sus brazos con la intención de alcanzar el móvil e incluso ocasionalmente logra tocar alguna pieza.	▲ No fija la mirada en las piezas.
● Extiende sus brazos para alcanzar las figuras y las manipula, reteniendo alguna pieza entre sus manos o intentando llevárselo a la boca.		▲ Atrapamuevas o empuñadas.

Actividad I 4.2. Canción: El gato Pancho no sabe cantar (Anexo 1.4).

Material: Títeres de animales domésticos.

Desarrollo de la actividad:

Con el niño acostado sobre una cuña (boca arriba) y el cuidador enfrente de él, dentro de su campo visual, mirada en él, invítalo a que haga cambios en el tono de voz, sea expresivo en sus gestos y movimientos. Cada cuidador ponga un nombre al títere de animal doméstico que eligió (perro, gato, pato, vaca, cerdo). Cada cuidador iniciará la canción por ejemplo “El gato Pancho no sabe cantar y todos los días se pone a cantar”. Todos cantarán imitando el sonido del animal “miau, miau, miau, miau, miau”, al mismo tiempo que mueven el títere de la canción.

Recomendaciones para el cuidador:

- Identifique el momento cuando el niño esté tranquilo para poder cantarle y jugar con él, aprovechando los animales que tenga en casa, poniéndoles nombre y haciendo las onomatopeyas.

Qué observar en el niño:

● Pone atención a su cuidador y se muestra contento.	■ Se inquieta al escuchar la canción, pero logra calmarse.	▲ No logra cantar, se observa inquietud (aumentar los movimientos o cambios de canto).
● A partir de los tres meses sonríe.		▲ Irritabilidad.

Actividad I 4.3. Sonríe al ver a mi cuidador.

Material: Cuña, pañuelo o manta.

Desarrollo de la actividad:

Acostado el niño sobre la cuña, entrega al cuidador un pañuelo o manta de aproximadamente 20 x 20 cm. En el juego cubra su cara, escondiéndose detrás de un pañuelo ligero, al mismo tiempo que le pregunta con voz suave: “¿Quién es mamá (o papá)?”, recomiéndale que al quitarse el pañuelo se muestre expresivo y alegre, contestando con voz clara: “¡Yo soy mamá (o papá)!” El niño debe encontrarse tranquilo y seguro con la voz de su cuidador.

Después el cuidador ponga su mano con delicadeza sobre el pecho del niño para darle confianza y paz. Después, solo, cubra el rostro del niño y espere unos segundos para que él se descubra la cara con movimientos lentos, quitándoselo con la mano; si el niño no intenta retirarse el pañuelo, el cuidador puede tomar su brazo con suavidad y en forma suave y lento al pañuelo a fin de que lo agarre y se lo quite de la cara, al mismo tiempo que le dice: “¿Quién es mamá (o papá)?” y tocando al niño suavemente responda: “Aquí está”.

Recomendaciones para el cuidador:

- Esta actividad está centrada en el juego, debe realizarse de esta forma para no causar estrés.
- El juego permitirá que el tiempo que pasen juntos sea más placentero.
- Esta actividad es crucial para su desarrollo social, emocional, físico, cognitivo y del lenguaje.
- Si no funciona a la primera vez, no desista y repita la actividad, con esfuerzo el niño empezará a sonreír.

Qué observar en el niño:

● Sonríe espontáneamente al ver a su cuidador.	■ Se abruma con facilidad, comienza a llorar durante el tiempo de juego. ■ Presta atención y fija la mirada en su cuidador pero no le sonríe.	▲ Falta de atención, no reacciona a la persona que realiza la actividad, no se quita el pañuelo.

Actividad I 4.4. Canción: Benito el Payaso (Anexo 1.7).

Material: Cuña, pañuelo o manta y canción escrita.

Desarrollo de la actividad:

Con un pañuelo de 20 x 20 cm aproximadamente pide al cuidador se esconda detrás de éste para cubrir la primera parte de la canción “Benito el Payaso”, jugará a aparecer y desaparecer con una sonrisa, en la segunda parte le ayudará al niño a llevar las manos a línea media para aplaudir.

Recomendaciones para el cuidador:

- Esta actividad está centrada en el juego, module el tono de su voz para no causar estrés.
- El juego permitirá que el tiempo que pasen juntos sea más placentero.
- Esta actividad es crucial para su desarrollo social, emocional, físico, cognitivo y del lenguaje.
- Si no funciona a la primera vez, no desista y repita la actividad, con esfuerzo el niño empezará a sonreír.

Qué observar en el niño:

● Sonríe espontáneamente al ver a su cuidador.	■ Se abruma con facilidad, comienza a llorar durante la canción.	▲ Falta de atención, no reacciona.
	■ Presta atención y fija la mirada en su cuidador pero no le sonríe.	■ No se fija en la persona que le habla.

Actividad I 4.5. Me deslizo en cuña.

Material: Cuña y juguete sonoro.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que coloque al niño acostado boca abajo sobre la cuña, con la cabeza hacia arriba y los pies hacia abajo; se le muestra un juguete sonoro en línea media, el cual debe hacerse sonar para llamar la atención del niño. Se le muestra el juguete unos segundos sin apoyo, permitiendo que con el movimiento de su cuerpo se deslice por gravedad hacia abajo, se le muestra el juguete, se invierte la posición, la cabeza hacia abajo y los pies hacia arriba para que se deslice hacia arriba, mostrando el juguete.

para evitar que se irrite. Si al desplazarse se va hacia un lado, el cuidador lo puede apoyar tomándole sin hacerle ningún movimiento, sólo para la alineación y evitar que se salga de la cuña.

Recomendaciones para el cuidador:

- Promueva los primeros desplazamientos en el niño, al igual que la tolerancia de estar boca abajo. Los primeros desplazamientos son predictores del arrastre y gateo.
- Si el niño llora al colocarlo en esta posición, no se dé por vencido, cálmelo y posteriormente vuelva a intentarlo. Cuando el niño encuentre tranquilo y satisfecho de sus necesidades. Háblale y muéstrale un juguete para que tolere estar boca abajo.
- Evite hacer esta actividad cuando haya acabado de comer, se debe esperar entre media a una hora antes de volver a comer o vomite.

Qué observar en el niño:

● Aumenta la tolerancia a la posición prona e inicia los primeros desplazamientos como predictores del arrastre.	■ No tolera la posición decúbito prono.	▲ Hipertono en las extremidades.

Actividad I 4.6. Me preparan mi huacal.

Material: Huacal forrado.

Desarrollo de la actividad:

Muestra a los cuidadores un huacal para que lo vean mientras les explicas cómo realizarlo en casa: utilízalo para forrarlo por dentro y por fuera con relleno de hule de espuma y tela, evitando forrarlo en la parte de abajo para que no toque con el piso. Coloca a un niño sentado dentro del huacal, con la espalda bien pegada a la pared del huacal, con una cobija doblada o una almohada adelante (altura de su abdomen), de tal forma que el niño quede bien protegido y liberados al frente, dale una sonaja para que la explore mientras les compartes a los padres el uso correcto y los beneficios. Se debe colocar al niño aproximadamente entre los 4 ½ - 5 meses de edad en niños de término.

acuerdo a su desarrollo para mantener su espalda recta con apoyo, talvés al principio no tolere más que suficientes para que empiece a acostumbrarse, esto debe ser en sus periodos de vigilia.

Recomendaciones para el cuidador:

- Con este aditamento el niño empezará a fortalecer su espalda para prepararlo para sentarse de forma independiente, le da una nueva vista al niño sobre el entorno que lo rodea y le permite la libre manipulación de sus manos.
- Ponga mucha atención en las reacciones del niño, póngalo en el huacal el tiempo que aguante varias veces, coloquen, su tolerancia irá aumentando.
- No se debe dejar solo al niño dentro del huacal ni colocarlo en la mesa o en lugares elevados pues podría voltearse y caerse.
- No forre la parte de abajo del huacal, porque puede resbalarse.

Qué observar en el niño:

● Permanece sentado durante unos minutos, explorando algún juguete o bien observando su entorno.	■ Se cansa rápidamente en el huacal y se inquieta.	▲ Hipertono tronco que no se mantiene sentado en el huacal.
		▲ Hipotono no puede mantenerse sentado en el huacal.

Canción de despedida. Carita de arroz (Anexo 1.3).



MODULO II: REGULACIÓN DE LOS PRIMEROS COMPORTAMIENTOS INTENCIONALES (EDAD DE 4 A 8 MESES)



En esta etapa el niño presenta diversos cambios en relación a la organización de los ciclos de sueño-vigilia, en que permanece despierto con periodos de atención más largos al interactuar con sus cuidadores, puede asir objetos con ambas manos, se percata de estímulos sonoros y luminosos provenientes del medio.

El niño consolida determinados hábitos motores a través de la repetición, lo que produce en el mundo interesantes para él, muestra una clase particular de comportamiento que es llevar a cabo procesos de repetición de espectáculos interesantes, como es al escuchar el sonido de un objeto tras haberlo agitado, golpearlo, mecerlo, entre otros, interesándose mucho más en las consecuencias ambientales de sus actos; ahora el



mira y escucha como en la etapa anterior, sino que ahora agita, golpea, frota objetos con gran interés por los sonidos que sus acciones generan en los objetos, constituyendo los primeros pasos a la intención de metas, Piaget supone que en esta etapa existe una cognición elemental de los hechos y objetos externos y primeras exploraciones del ambiente.

En este módulo se continuará promoviendo la organización de su desarrollo, siendo los hitos a trabajar: estabilidad de tronco para la sedestación independiente, aumento de periodos de atención para alcanzar objetos hacia ellos, mejorar la precisión para tomar objetos cada vez más pequeños, cerrar la mano con mayor fuerza, tolerancia a la posición prono como predictor del arrastre, construir el reconocimiento funcional entre medios y fines en la vida cotidiana como es tomar su biberón, así también la imitación de sonidos, gestos, palabras, lo que es imprescindible para el desarrollo de lenguaje y pensamiento.

El niño tendrá la capacidad de utilizar su cuerpo como herramienta y medio para conseguir lo que le interesa (con sus pies, etc.), podrá mantenerse sentado sin apoyo y dirigirse hacia las cosas, personas o juguetes que están fuera del movimiento para alcanzarlos, como es rodarse o girarse de la cama, arrastrarse, jalar, empujar, etc., para encontrarles nuevas y más complejas habilidades, por lo que se deberá tener mucho cuidado en los límites de sus movimientos.



MODULO II. REGULACIÓN DE LOS PRIMEROS COMPORTAMIENTOS INTENCIONALES (4 A 8 ME

Objetivos de desarrollo del niño en esta etapa:

El niño organizará movimientos voluntarios y dirigidos con intencionalidad para interactuar con los consolidando hábitos tempranos.

Acciones cotidianas de la madre/cuidador para promover el desarrollo:

La madre/cuidador intensificará interacciones comunicativas y afectivas mediadas por el lenguaje verbal que despierten el interés del niño durante las rutinas de cuidado.

Estrategia central del programa para favorecer el desarrollo:

Promover en la madre el reconocimiento de actividades de exploración del niño, hacia los objetos, pe cotidianos.

Condiciones finales del niño para continuar al siguiente modulo del programa:

Control postural (CP): El niño se mantiene sentado, cambia de posición libremente.

Manipulación (M): El niño usa las manos y la boca para explorar objetos.

Interacciones comunicativas y lenguaje (IL): El niño responde socialmente a los estímulos de la madre n y el balbuceo. El niño entiende órdenes sencillas, se comunica con sonidos vocálicos, gestos o señal juegos.

Cognitivo (C). El niño entre 7 a 8 meses mira, encuentra y toma objetos parcial o totalmente escondidos.



Actividades propuestas para el Módulo II		
Pág.	*Clave	Actividad
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Control Postural</i>		
75	II 1.1	Aprendo a sentarme con puntos de apoyo
76	II 1.2	Sentado, giro el cuerpo para tomar un objeto
78	II 1.5	Descargas de peso en mis piernas, hombros y cadera
83	II 2.3	Sigo la luz sentado en la pelota
84	II 2.4	Cargas de peso sobre pelota
85	II 2.5	Me arrastro para alcanzar un juguete
90	II 3.3	Sentado alcanzo un objeto de mi interés
91	II 3.4	Burbujas en el aire sentado en mi pelota
92	II 3.5	Reacciones de defensa y equilibrio
93	II 3.6	Me arrastro en patrón cruzado
99	II 4.5	Practico en cuatro puntos y transfiero peso
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Manipulación</i>		
82	II 2.1	Conozco texturas
89	II 3.1	Juego con dos cubos
96	II 4.1	Inserto aros grandes en poste



Actividades propuestas para el Módulo II		
Pág.	*Clave	Actividad
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Interacción comunicativa y lenguaje</i>		
77	II 1.3	Canción: El perro Toto se molestó (Anexo 2.2)
78	II 1.4	Escucho una historia corta de animales
82	II 2.2	Escucho un cuento con sonido de animales
90	II 3.2	Canción: Pin-pon, Versión corta (Anexo 2.4)
97	II 4.2	Juego con sílabas y sonidos
98	II 4.3	Canción: Si tus labios se juntan (Anexo 2.5)
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Cognitivo</i>		
98	II 4.4	Descubro un juguete escondido

*Clave de la actividad: Se compone del módulo, número de sesión y número de la actividad según el orden de la sesión.



SESIÓN NO. 1

“APRENDO A SENTARME”

Se pretende que el Cuidador:

- Incremente los tiempos de juego e interacción con el niño sentado con apoyo, facilitando el control postural del tronco hacia ambos lados y la habilidad del niño para alcanzar y explorar los objetos con las dos manos.
- Favorezca en el niño el control del tono y la fuerza muscular en cintura escapular, pélvica y miembros inferiores, lo que permitirá mayor control de la posición sedente.
- Favorezca en el niño la imitación gestual y vocal mediante interacciones mediadas por el canto y el juego.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El control postural, realizando giros del tronco hacia ambos lados para alcanzar objetos y tolerar la sedestación con apoyo durante el juego e interacción con su cuidador.
- El tono y fuerza muscular en tronco y miembros inferiores para el control en la sedestación.
- Responda con vocalizaciones, sonidos, balbuceos o gestos en la interacción con su cuidador, el canto y el juego.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 1	Actividad
Logros y obstáculos	
Canción de bienvenida	¿Quién es un robot? (Anexo 2.1)
Actividad: II 1.1	Aprendo a sentarme con puntos de apoyo
Actividad: II 1.2	Sentado, giro el cuerpo para tomar un objeto
Actividad: II 1.3	Canción: El perro Toto se molestó (Anexo 2.2)
Actividad: II 1.4	Escucho una historia corta de animales
Actividad: II 1.5	Descargas de peso en mis piernas, hombros y cadera
Canción de despedida	Adiós, adiós (Anexo 2.3)

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa

**Canción de Bienvenida.** ¿Quién es un robot? (Anexo 2.1).

Material: Canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que acueste al niño boca arriba, sobre una cuña, acercando su rostro dentro de su su atención durante el canto. Primero enseña a los cuidadores cómo hacer gestos con la cara y realiza amplios con las manos y la cabeza, de acuerdo a la letra de la canción para invitarlos después a cantar. mencionen el nombre de cada niño. Pide a los cuidadores que observen detenidamente la reacción cuando escuchan su nombre y discute la necesidad de que los niños reconozcan su nombre cuando se hace referencia. En la siguiente sesión la posición del niño para esta canción será de sentado con apoyo, utilizando un h para mantenerse sentado, hasta que se siente sin apoyo.

Actividad II 1.1. Aprendo a sentarme con puntos de apoyo.

Material: Colchoneta.

Desarrollo de la actividad:

Primero ejemplifica la actividad con un niño acostado sobre la colchoneta: toma con una mano el hombro y mueve el cuerpo hacia el lado contrario, a fin de que su peso se encuentre sobre su codo, empújalo suavemente con su mano hasta que logre sentarse, después realiza la estrategia pero viceversa, de sentado llévalo a acostado con su peso con una mano, luego codo hasta que llegue a la posición de acostado. Después pide a los cuidadores que realicen la actividad con el niño. Esta actividad la debe realizar el cuidador de forma muy lenta, para que el niño no se sienta en agresión.

Recomendaciones para el cuidador:

- Realice esta actividad en casa solo cuando el niño esté tranquilo, hacerlo lento y delicadamente, dándole apoyo y no emplee su fuerza corporal en el movimiento.
- Aproveche los momentos en que el niño esté acostado y el cuidador pretenda levantarlo para sentarlo y luego sentarse.



- Explícale que el intento del niño para controlar el tronco al llevarlo a sentado, ayuda al fortalecimiento del tronco y otras estructuras del cuerpo, preparándolo para que logre mantenerse sentado y cuando independiente realice este movimiento de rotación.

Qué observar en el niño:

● Con ayuda se apoya en codo-mano para incorporarse a sentarse, y para volver a la posición de acostado en mano-codo.	■ El niño se inquieta con la actividad. ■ No aguanta su peso en los puntos de apoyo (codo y mano).	▲ No puede mantenerse sentado ni ▲ Presenta h

Actividad II 1.2. Sentado, giro el cuerpo para tomar un objeto.

Material: Colchoneta y objetos pequeños como aro, cubo, bloque.

Desarrollo de la actividad:

Con el niño sentado sobre la colchoneta, el cuidador debe darle apoyo tomándolo de la cadera sólo para mantener el equilibrio, cuidando que el dedo del pulgar no presione la espalda y así evitar que se aviente para atrás. Poner un objeto como un aro y lo ponga sobre la colchoneta hacia su lado derecho, para que intente girar para mantener el equilibrio en la posición sentado a fin de tomar el objeto, una vez que lo haya alcanzado permítanle que lo tome. Después coloquen el aro del lado izquierdo para que gire su cuerpo de ese lado y utilice la otra mano.

Recomendaciones para el cuidador:

- Evita obligarlo a sentarse si él está molesto o irritable, encuentra el momento adecuado para realizar la actividad.
- Al realizar esta actividad el niño aprenderá a alcanzar mejor los objetos cercanos, utilizar y manipularlos, explorar lo que hay a su alrededor, mejorando su desarrollo cognitivo como es memoria, atención, lenguaje, etc.



Qué observar en el niño:

● Gira el cuerpo para alcanzar objetos que se encuentran a su lado derecho o izquierdo, con apoyo del cuidador para controlar el equilibrio.	■ Con dificultad gira el cuerpo y toma objetos en cualquiera de los lados (izquierdo y derecho). ■ Usa predominantemente una sola mano para tomar objetos. ■ Se irrita en la actividad.	▲ No puede estar sentado ni...

Actividad II 1.3. Canción: El perro Toto se molestó (Anexo 2.2).

Material: Canción por escrito y títeres de animales.

Desarrollo de la actividad:

A cada cuidador dale un títere de algún animal doméstico que ellos escojan (perro, gato, vaca, cerdo, bo... ponga un nombre. El niño debe estar sentado frente a su cuidador para que todos los cuidadores ca... canción, mencionando por cada ronda el nombre de cada animal y su onomatopeya correspondiente. que sean expresivos al cantar, exagerando la gesticulación y movimiento del títere.

Recomendaciones para el cuidador:

- Identifique el momento cuando el niño esté tranquilo para poder cantarle y jugar con él, aprove... animales que tenga en casa, poniéndoles nombre e imitando los sonidos de animales.

Qué observar en el niño:

● Pone atención a su cuidador y se muestra contento. ● Se fija en el títere y extiende sus manos para tocarlo.	■ Se inquieta al escuchar la canción, pero logra calmarse.	▲ No logra... se observa... como cam... canto. ▲ Irritabilidad

**Actividad II 1.4. Escucho una historia corta de animales.**

Material: Títeres de animales domésticos.

Desarrollo de la actividad:

Proporciónale un títere de animal a los cuidadores, indicándoles que le cuenten al niño una historia breve que le tocó, incluyendo la onomatopeya. La historia debe ser corta y contenga un inicio, desarrollo y conclusión para que pueda entenderla. Invita al cuidador a que realice expresiones faciales y variaciones en el tono de voz de acuerdo al contenido de la historia para mantener la atención del niño. Al terminar los cuidadores contarán la historia y cuando lo haya hecho proporcione el títere al niño para que lo explore y manipule.

Recomendaciones para el cuidador:

- Cuente historias cortas al niño cuando esté tranquilo, en un lugar iluminado y sin distracciones para que pueda concentrarse.
- Puede utilizar otros juguetes de animales como de peluche o plástico.
- Se esfuerce por ser expresivo y maneje diferentes tonos de voz, en la medida que lo practique se le hará más fácil.
- Explícale que las historias cortas ayudan a que el niño tenga periodos de atención más amplios, con lo que se favorece el desarrollo del lenguaje y mejora la interacción cuidador-hijo.

Qué observar en el niño:

● Presta atención a su cuidador y observa al títere.	■ Tiene periodos de atención cortos, se distrae fácilmente con su entorno.	▲ Falta de atención al cuidador.

Actividad II 1.5. Descargas de peso en mis piernas, hombros y cadera.

Material: Colchoneta, cuña y juguete.

Desarrollo de la actividad:

En piernas: Sobre la cuña en posición supina, el cuidador proporcione un juguete al niño, para que cuando esté quieto, flexione las piernas realizando un ángulo de 90° con las plantas colocadas sobre la cuña. Inicie con una pierna y después la otra; ponga una mano en el dorso del pie para fijar el pie y asegurando su alineación para que no se deslice.

otra mano sobre la rodilla donde se realizará una presión o descarga de peso por tres segundos, repitiendo según tolere el niño. Esta actividad la puede realizar después de cada cambio de pañal.

En hombro y cadera: El cuidador siente al niño entre sus piernas, coloque una mano en el hombro de la izquierda y con el dedo pulgar la espalda del niño y la otra mano a la altura de la cadera izquierda. La presión se realiza por tres segundos, repitiendo de 7 a 10 veces, según tolerancia del niño de arriba hacia abajo (dirección a la izquierda). Se realízalo en hombro izquierdo y cadera derecha. Para ayudar al niño a mantener la cabeza erguida, el cuidador ayudante, puede colocarse enfrente del niño para llamar su atención con un juguete mientras le realiza la actividad. La velocidad de las cargas de peso varía dependiendo del niño, si tiene hipotono las cargas deben ser más lentas, si es hipertono debe ser más lentas.

Recomendaciones para el cuidador:

- Realice correctamente la técnica, mida la fuerza con la que lleva a cabo las cargas de peso, evite aplicar demasiada fuerza con el niño.
- Si el niño se encuentra irritable no realizar las descargas de peso.

Qué observar en el niño:

● Se encuentra tranquilo durante las descargas de peso.	■ No tolera la posición de sentado y se irrita mientras le realizan las cargas de peso.	▲ Pobre coordinación motora, hipotono o hipertono.

Canción de despedida. Adiós, adiós (Anexo 2.3).

Material: Ninguno.

Desarrollo de la actividad:

Fomenta en el niño que aprenda a saludar moviendo la mano para despedirse de su grupo, por lo que se realiza la actividad de despedida moviendo la mano, para que el niño lo haga por imitación.



SESIÓN NO. 2

“EMPIEZO A ARRASTRARME”

Se pretende que el cuidador:

- Motive en el niño los cambios de postura de sedente a prono para iniciar desplazamientos mediante libre y seguro.
- Favorezca la conducta exploratoria del niño poniendo a su alcance, bajo vigilancia, variados juguetes (ropa, esponja, entre otros) con distintas características y texturas, con el propósito de facilitar en el niño distintos estímulos sensoriales táctiles y que identifique preferencias o posibles manifestaciones de interés.
- Favorezca en el niño la atención sostenida a distintos estímulos visuales y auditivos y el aumento de la interacción con el cuidador mediante intercambios gestuales y vocales.

Se pretende favorecer en el niño.

- Inicie el libre desplazamiento con el arrastre y cambios de postura de sedente a prono para alcanzar la atención.
- Manipule diversos juguetes y materiales con características y texturas distintas, manifestando preferencia o rechazo.
- Ponga atención a estímulos visuales y auditivos, y a las expresiones gestuales de su cuidador respondiendo con vocalizaciones, sonidos, balbuceos o gestos.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 2	Actividad
Logros y obstáculos	
Canción de bienvenida	¿Quién es un robot? (Anexo 2.1)
Actividad: II 2.1	Conozco texturas
Actividad: II 2.2	Escucho un cuento con sonido de animales
Actividad: II 2.3	Sigo la luz sentado en la pelota
Actividad: II 2.4	Cargas de peso sobre pelota
Actividad: II 2.5	Me arrastro para alcanzar un juguete
Canción de despedida	Adiós, adiós (Anexo 2.3)

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa



Canción de Bienvenida. ¿Quién es un robot? (Anexo 2.1).

Actividad II 2.1. Conozco texturas.

Material: Diversos recipientes, cada uno de ellos con un contenido diferente: arroz, frijol, lenteja, sopas u

Desarrollo de la actividad:

Coloca una textura diferente en cada uno de los recipientes (arroz, frijol, lentejas, sopas, etc.), p
recipiente, para que lo acerque al niño, quien debe estar sentado. El cuidador introduzca sus manos f
cómo agarrar y jugar con la textura, si el niño no se anima a tocar, guíe sus manos delicadamente al re
del contenido sobre el dorso de la mano para que la sienta. Cada uno de los recipientes, pasa por turno
oportunidad de sentir todas las texturas, cuidando que no se lo lleve a la boca, indica al cuidador que o
niño e identifique sus preferencias o rechazos.

Recomendaciones para el cuidador:

- Cuide que el niño no se lleve algún producto a la boca, no lo deje solo mientras realiza la actividad, d
- Es necesario que aprenda a observar al niño e identifique que es lo que le gusta y que le desagrada.

Qué observar en el niño:

● Disfruta la experiencia sintiendo nuevas texturas, juega con ellas utilizando las dos manos.	■ Pierde el interés, perdiendo la atención a la actividad.	▲ Se niega actividad, s
	■ Al manipular las texturas, tiene predominio de una mano.	

Actividad II 2.2. Escucho un cuento con sonido de animales.

Material: Cuento con imágenes grandes de animales.

Desarrollo de la actividad:

Con el niño sentado frente a su cuidador, proporciona un cuento con imágenes grandes de animales, cuente una historia breve acerca de lo que están viendo en cada página del cuento, pídele que exa



variaciones en el tono de su voz, enseñe al niño cómo hojearlo y le permita intentarlo. Al terminar la historia, muestre el libro al niño para que lo explore y manipule el material.

Recomendaciones para el cuidador:

- Ofrezca libros de cuentos con páginas muy gruesas o de tela, de lo contrario podría romper las hojas.
- Puede ofrecerle cuentos con un contenido diferente de animales, como frutas o partes del cuerpo, con imágenes grandes.

Qué observar en el niño:

● Intenta hojear las páginas del cuento y presta atención a los dibujos.	■ Se irrita al querer totalmente el cuento, le cuesta trabajo compartirlo con su cuidador.	▲ Falta de observación al manipular el material.

Actividad II 2.3. Sigo la luz sentado en la pelota.

Material: Pelota grande y lamparita.

Desarrollo de la actividad:

Sentado el niño sobre una pelota grande, el cuidador lo sostenga de la cadera, cuidando que el dedo índice esté sobre la espalda, ya que puede aventarse hacia atrás, haga movimientos hacia adelante y hacia atrás. Al mismo tiempo proyecta una luz con una lamparita en la pared para llamar la atención de los niños o una colchoneta y las sigan en sus diferentes direcciones.

Recomendaciones para el cuidador:

- Evite dirigir la luz directamente a sus ojos.
- Los movimientos de la luz dirigida a la pared o piso, no deben ser tan rápidos, para darle tiempo al niño de seguirlos.



Qué observar en el niño:

● Mantiene el equilibrio sobre la pelota y sigue el estímulo visual.	■ Pierde la atención con los distractores de su entorno. ■ Tiene dificultades para mantener el equilibrio ante el movimiento en la pelota y seguir la luz.	▲ No sigue el movimiento. ▲ Presenta inestabilidad en el tronco y equilibrio que se sienta.

Actividad II 2.4. Cargas de peso sobre la pelota.

Material: Pelota grande y juguete sonoro.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que sienta al niño sobre una pelota grande, ponga las manos en la cadera del niño y presione hacia abajo, sosteniendo la presión aproximadamente por 3 segundos y relajando lentamente, con respiración. Utiliza un juguete sonoro para captar su atención a la altura de sus ojos, a fin de que el niño levante la cabeza y el tronco para mantenerse recto en posición sedente. Para retirar la pelota el cuidador acerque al niño la pelota y levante un poquito para poder retirar la pelota, esto con el fin de evitar que vaya a marearse.

Recomendaciones para el cuidador:

- Realice correctamente la actividad, mida la fuerza con la que lleva a cabo las cargas de peso, evita presiones excesivas con el niño.

Qué observar en el niño:

● Mantiene la espalda recta y se encuentra atento al juguete que está frente de él durante las cargas de peso.	■ No tolera la posición de sentado en la pelota y se irrita con facilidad mientras le realizan las cargas de peso.	▲ Presenta inestabilidad en el tronco y equilibrio que se sienta.



Actividad II 2.5. Me arrastro para alcanzar un juguete.

Material: Colchoneta y juguete llamativo.

Desarrollo de la actividad:

Pide al cuidador que ponga cómodo al niño, si tiene un pantalón de mezclilla o ropa que le impidan moverse solamente con su pañal y una playera, dejándole libre los codos, antebrazos, rodillas y pies. El cuidador llega a la posición boca abajo, tome un juguete llamativo y se lo ofrezca retirado del alcance de sus manos para alcanzarlo, con distancias cortas, simultáneamente puede llamarlo verbalmente para motivar a que se impulse al cuidador como dar el apoyo al niño para que se arrastre, colocando las manos en las plantas de los pies para dar apoyo e intente arrastrarse, cuidando de seguir el ritmo del niño, permitiendo que se impulse al sentir el apoyo, enseguida apoyar la otra pierna y dejar que él se impulse moviendo también sus brazos para alcanzar el juguete favoreciendo con ello el arrastre en patrón cruzado. Después cambia de lugar con el cuidador y él sea quien se arrastre y tu u otra persona muestre el juguete al niño. Entiza la importancia de promover el patrón cruzado de coordinación entre los dos hemisferios cerebrales, favoreciendo el desarrollo intelectual y como predictor de la marcha.

Recomendaciones para el cuidador:

- Antes de comenzar a practicar el arrastre, póngale ropa cómoda que facilite el movimiento, como pañal y playera, dejándole libre codos, antebrazos, rodillas y pies.
- Coloque el juguete a distancias cortas, pero cuidando que no esté al alcance de sus manos, sino que lo necesite para alcanzarlo.
- Si el niño llegó al juguete dele el juguete para recompensar su esfuerzo.
- Si el niño se irrita con facilidad, se puede recomendar que en casa primero se recueste boca abajo y se le ofrezca un juguete para que lo explore y de esta forma empezará a tolerar la posición. Posteriormente puede comenzar a trabajar el arrastre.
- No importa si es solo una o dos veces que intenta a arrastrarse, y posteriormente se inquieta, sobre todo con la paciencia y más tarde vuelva a intentarlo, siempre y cuando el niño se encuentre tranquilo y satisfecho (sin sueño, limpio del pañal, sin hambre, éste último después de una hora de haber comido).



- Es necesario ponerlo constantemente sobre una colchoneta en el piso y no en la cama porque puede arrastrarse.

Qué observar en el niño:

● Empieza a moverse en su entorno, reconoce su espacio, mueve sus extremidades para desplazarse, fija la mirada y calcula distancias con más precisión al querer alcanzar un objeto.	■ No tolera la posición decúbito prono para el arrastre, llora y se niega a esforzarse para alcanzar el juguete.	▲ Problemas de extremidades

Canción de despedida. Adiós, adiós (Anexo 2.3).



SESIÓN NO. 3

“EXPLORO EL MEDIO ARRASTRÁNDOME”

Se pretende que el Cuidador:

- Facilite en el niño la organización de las respuestas de equilibrio y defensa mediante actividades de juego.
- Adquiera estrategias para facilitar en el niño el arrastre en patrón cruzado y motive al niño en caminar y desplazarse y explorar su entorno.
- Inicie actividades de juego de “toma” y “pon” para favorecer en el niño la habilidad de tomar y soltar con una mano a otra.
- Favorezca en el niño la atención sostenida a distintos estímulos visuales y el aumento de ciclos de interacción mediante intercambios gestuales y vocales.

Se pretende favorecer en el Niño.

- Adquiera reacciones de defensa y equilibrio a través del juego.
- El arrastre en patrón cruzado para alcanzar el objeto de su interés y la exploración del medio.
- La habilidad para tomar y soltar objetos y pasar objetos de una mano a otra, en el juego de “toma” y “pon”.
- Ponga atención a estímulos visuales y a las expresiones gestuales de su cuidador en la interacción mediante vocalizaciones, sonidos, balbuceos o gestos.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 3	Actividad
Logros y obstáculos	
Canción de bienvenida	¿Quién es un robot? (Anexo 2.1)
Actividad: II 3.1	Juego con dos cubos
Actividad: II 3.2	Canción: Pin-pon, versión corta (Anexo 2.4)
Actividad: II 3.3	Sentado alcanzo un objeto de mi interés
Actividad: II 3.4	Burbujas en el aire sentado en mi pelota
Actividad: II 3.5	Reacciones de defensa y equilibrio
Actividad: II 3.6	Me arrastro en patrón cruzado
Canción de despedida	Adiós, adiós (Anexo 2.3)

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP =Control postural; M=Manipulación; I=Interacción comunicativa



Canción de Bienvenida. ¿Quién es un robot? (Anexo 2.1).

Actividad II 3.1. Juego con dos cubos.

Material: Recipiente y cubos de madera.

Desarrollo de la actividad:

Entrega al cuidador un recipiente con 2 cubos iguales no muy grandes, para que le ofrezca al niño una mano diciéndole “ten”, o bien puede ponerlo en la colchoneta y decirle “toma”, observando cómo posteriormente ofrezca el otro cubo en la mano que tenga libre el niño, es necesario darle tiempo para verlo solo los observa, el cuidador puede invitarlo a chocarlos entre sí (esta demostración con otros dos cubos aparte), le indique al niño que los ponga en el recipiente con la palabra “pon”. Cada acción debe realizarse con tiempo al niño para que responda y realice la acción.

Recomendaciones para el cuidador:

- Procure que los cubos que proporcione sean de un tamaño no muy grande para que el niño pueda agarrarlos.
- De oportunidad al niño a que explore primero uno, antes del segundo.

Qué observar en el niño:

● Toma los cubos, uno en cada mano y hace diferentes actividades con ellos.	■ Tiene periodos cortos de atención, no tiene interés en la actividad.	▲ No puede agarrar los cubos.
	■ Toma los objetos con una sola mano, no puede sostener dos cubos al mismo tiempo, en el proceso para tomar otro suelta el primero o ignora el segundo cubo.	▲ Tiene manos muy pequeñas para agarrarlos atrapado.
		▲ Presenta temblores o sacudidas al agarrar a los cubos.



Actividad II 3.2. Canción: Pin-pon. Versión corta (Anexo 2.4).

Material: Canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

Primero realiza una demostración al cuidador de cómo hacer los gestos y ademanes de la letra de la canción que se esfuerce a ser expresivo facialmente y haga los movimientos muy amplios con las manos, estando él.

Recomendaciones para el cuidador:

- Identifique el momento cuando el niño esté tranquilo para poder cantarle y jugar con él.
- Sea muy expresivo gestualmente al cantarle para llamar su atención.

Qué observar en el niño:

● Pone atención a su cuidador y se muestra contento.	■ Se inquieta al escuchar la canción, pero logra calmarse.	▲ No logra calmarse, se observa como camina y canta. ▲ Irritabilidad.

Actividad II 3.3. Sentado alcanzo un objeto de mi interés.

Material: Listón con cascabeles o campanitas.

Desarrollo de la actividad:

Con el niño sentado, el cuidador muestre unos listones con cascabeles o campanita un poco más arriba de los hombros, primero comenzando hacia el frente, dándole tiempo al niño de que se esfuerce por alcanzarlo. Una vez que alcance el objeto se lo deje por un rato, antes de continuar con la actividad hacia su lado derecho e izquierdo.

Recomendaciones para el cuidador:

- Evite levantar mucho más arriba de la altura de los hombros el objeto, porque el niño pueden caerse fácilmente y caerse, a medida que él pueda tener control puede ir elevando la altura del objeto.

-

Actividad II 3.4. Burbujas en el aire sentado en mi pelota.

Material: Pelota grande y burbujas.

Desarrollo de la actividad:

Apoya al cuidador para que siente al niño sobre la pelota, acercándole una pelota grande, pídele que lo sostenga con las manos, que mantengan la posición, manteniendo el equilibrio. Lanza burbujas de jabón hacia arriba esperando a que el niño se levante a ver, invita al cuidador a que motive al niño a atraparlas y mantengan la atención en ellas.

Recomendaciones para el cuidador:

- Motive al niño a que vea las burbujas, haciendo cara de sorpresa, señalando y motivando a que intente hacerlas.
- En casa puede realizar esta actividad estando sentado sobre una colchoneta, no necesariamente sobre el piso.



Qué observar en el niño:

● Mantiene el equilibrio sentado en la pelota, voltea a ver las burbujas de jabón hacia arriba y las sigue mientras caen, las señala o extiende brazo con la intención de tocarlas.	■ Durante la actividad pierde la atención en las burbujas. ■ No señala ni extiende el brazo con la intención de tocar las burbujas. ■ Usa una sola mano al intentar tocarlas.	▲ No puede ▲ Tiene m pulgares a ▲ Presenta intentar toc

Actividad II 3.5. Reacciones de defensa y equilibrio.

Material: Pelota grande y canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

Sobre una pelota grande, el cuidador tome al niño de la cadera, cuidando que el dedo pulgar no haga para evitar se aviente hacia atrás, hará movimientos hacia adelante, a un lado y al otro, haciendo los amplios en todas las direcciones, con la finalidad de que el niño al sentir que pierde el equilibrio meta la estar realizando esta actividad se canta la canción “Barquito, barquito”.

Recomendaciones para el cuidador:

- Tome al niño adecuadamente, cantando la canción para hacer de la actividad un juego y el niño agresión.
- Tenga cuidado que sus pulgares no hagan presión sobre la espalda del niño, porque puede aventars

Qué observar en el niño:

● Mete las manos y se detiene de la pelota cuando pierde el equilibrio y/o hace contrapeso con el tronco para evitar caerse.	■ Aún no presenta reacciones de defensa.	▲ Pobre con



Actividad II 3.6. Me arrastro en patrón cruzado.

Esta actividad descrita en este Módulo II: Regulación de los primeros comportamientos (edad de 4 a 5 años) “Empiezo a arrastrarme”, Actividad II 2.5: Me arrastro para alcanzar un juguete. Incluida en esta sesión por el tema de la actividad.

Canción de despedida. Adiós, adiós (Anexo 2.3).

**SESIÓN NO. 4****“PRACTICO EN CUATRO PUNTOS”**

Se pretende que el Cuidador:

- Favorezca en el niño el control del tono y la fuerza muscular en cintura escapular, pélvica y miembros inferiores que le permitirán mayor control de la posición en cuatro puntos.
- Inicie juegos de “dame” “toma” y “pon” que favorezcan en el niño la comprensión de órdenes simples dirigidos de las manos y la manipulación coordinada de dos objetos.
- Promueva en el niño la producción intencionada de gestos y vocalizaciones orientados al inicio de la interacción con el cuidador y otros miembros de la familia (besos, trompetillas, vocalizaciones silábicas).
- Implemente estrategias de juego de “esconder” y “aparecer” parcialmente los juguetes u otros objetos para el desarrollo de la noción de permanencia del objeto.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El control en la posición de cuatro puntos, mediante el tono y fuerza muscular en cintura escapular y miembros superiores e inferiores.
- Coordine los movimientos dirigidos de sus manos para la manipulación de dos objetos, en los juegos de “dame”, “toma” y “pon”.
- Produzca de manera intencionada gestos y vocalizaciones (besos, trompetillas, vocalizaciones silábicas) dirigidos a su cuidador y otros miembros de la familia.
- Construya la noción de permanencia del objeto, a través de juegos de “aparecer” y “desaparecer” de objetos escondidos.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 4	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	¿Quién es un robot? (Anexo 2.1)	
Actividad: II 4.1	Inserto aros grandes en poste	
Actividad: II 4.2	Juego con sílabas y sonidos	
Actividad: II 4.3	Canción: Si tus labios se juntan (Anexo 2.5)	
Actividad: II 4.4	Descubro un juguete escondido	
Actividad: II 4.5	Practico en cuatro puntos y transfiero peso	
Canción de despedida	Adiós, adiós (Anexo 2.3)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP =Control postural; M = Manipulación; IL = Interacción comunicativa



Canción de Bienvenida. ¿Quién es un robot? (Anexo 2.1).

Actividad II 4.1. Inserto aros grandes en poste.

Material: Poste y aros grandes.

Desarrollo de la actividad:

Proporciona al cuidador un poste con aros, solicítale que ofrezca el material al niño, quien se encuentra que saque uno a uno los aros mediante la instrucción corta del cuidador “dame” enseñándole también abierta para que le entregue un aro. Para evitar distracciones en el niño, una vez que saque el aro y se debe esconderlo y volver a repetir la orden, hasta que el niño haya sacado todos los aros; para posteriormente diciéndole “ten”, así como la orden para que los ponga nuevamente en el poste “pon”, además señalarle caso necesario, el cuidador puede mover el poste para que entre el aro, de tal forma que el niño imite el movimiento, también puede hacerle una demostración de cómo realizar la actividad.

Recomendaciones para el cuidador:

- Evite darle el poste al niño porque puede distraerse, golpearse o lastimarse; al hacer esta actividad conservar este material y darle instrucciones para que ponga y saque los aros.

Qué observar en el niño:

● Saca los aros y los pone nuevamente en el poste cuando se le indica: • A los 5 a 6 meses el niño logra sacar los aros pero no es capaz de ponerlos. • A los 7 a 8 meses saca los aros con fluidez e intenta ponerlos en el poste, lográndolo con errores.	■ No intenta colocar los objetos en el poste, los avienta o se los lleva a la boca. ■ Se le dificulta seguir instrucciones sencillas.	▲ Aún no lo hace de forma independiente. ▲ Tiene manos pequeñas. ▲ Presenta dificultad para sacar los aros. ▲ Predomina la mano derecha. ▲ No intenta sacar los aros.



Actividad II 4.2. Juego con sílabas y sonidos.

Material: Papelitos con sílabas, palabras o acciones más comunes para el niño.

Desarrollo de la actividad:

Entrega al cuidador un papelito, mismo que contendrá cierta sílaba, palabra o acción (dadá, agua, agua, agua, trompetillas, besos), indica a los cuidadores del grupo a que pasen por turno a hacer todos los niños sentados en media luna. Recomienda al cuidador que marque la gesticulación, así como en grave, agudo o modo ópera al pronunciar las sílabas o palabras, con la finalidad de llamar la atención la mirada en el cuidador que está al frente de ellos haciendo los sonidos e intenten imitarlo.

Recomendaciones para el cuidador:

- Evite saturar al niño con demasiadas repeticiones, no gritar, o forzar la posición de la cara a cara.
- Identifique el mejor momento durante el día para realizar esta actividad, en el que el niño se encuentre dispuesto.

Qué observar en el niño:

● Sus periodos de atención son más amplios.	■ Los periodos de atención son cortos y se distrae con facilidad.	▲ Falta de atención a los sonidos.
● De 4 a 6 meses produce una serie de ruidos acompañados por sonidos similares a las vocales, aumentando paulatinamente el número de vocalizaciones generadas.	■ Solo tiene respuestas gestuales.	▲ No logra la imitación.
● De 7 a 8 meses comienza los sonidos semejantes a consonantes y la forma de estas vocalizaciones va ir cambiando produciendo repetición de cadenas silábicas o balbuceo canónico.		



Actividad II 4.3. Canción: Si tus labios se juntan (Anexo 2.5).

Material: Canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

Invita al cuidador a que entone esta canción abriendo exageradamente la boca, al entonar la canción p niño.

Recomendaciones para el cuidador:

- Identifique el momento cuando el niño esté tranquilo para poder cantarle y jugar con él.
- Sea muy expresivo abriendo exageradamente su boca para llamar la atención del niño.

Qué observar en el niño:

● Pone atención a su cuidador y se muestra contento.	■ Se inquieta al escuchar la canción, pero logra calmarse.	▲ No logra calmarse, se observa como cam como canto. ▲ Irritabilidad

Actividad II 4.4. Descubro un juguete escondido.

Material: Juguete no redondo como muñeco o animal de plástico, etc. y pañuelo.

Desarrollo de la actividad:

Entrega al cuidador un juguete y un pañuelo, con el niño sentado frente a él llame su atención con el juguete observe y explore por un momento, luego esconda la mitad del juguete en un pañuelo previamente extendido encuentre. Cuando el juguete sea descubierto, sea expresivo ante la sorpresa y felicite al niño por encontrarlo. Cuando esconder el juguete el niño pierde la atención, muéstrole que el juguete está debajo del pañuelo y vuelva a encontrarlo. Si el niño logra la acción, repítala pero ahora cubriéndolo totalmente con el pañuelo.



Recomendaciones para el cuidador:

- Practique esta actividad en casa con uno de sus juguetes parcialmente descubierto, recordando que la atención en la actividad, le muestre rápidamente el juguete para que lo vuelva a ver y comprenda lo que lo logre, inténtelo con el juguete totalmente cubierto.

Qué observar en el niño:

● Está atento al juguete que le presenta su cuidador, obtiene el juguete o retira el pañuelo del juguete para descubrirlo, mismo que se encuentra parcial o completamente escondido.	■ Mira pero no encuentra ni toma el juguete.	▲ Falta de juguete, no obtiene el juguete.
	■ Retira el pañuelo pero ignora el juguete.	

Actividad II 4.5. Practico en cuatro puntos y transfiero peso.

Material: Colchoneta y juguete sonoro.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que coloque al niño en cuatro puntos, sosteniendo las extremidades inferiores con las manos para darle más apoyo, si no se puede sostener ponga un rollo debajo del abdomen para que mantenga la posición. Utilice un juguete sonoro para mostrárselo al frente a la altura de su cara y distraerlo; tome de la cadera y mueva moviéndolo hacia adelante y atrás, derecha e izquierda, después realice las transferencias de peso en las caderas de forma alternada, sitúe el cuidador sus manos en los hombros del niño, presione hacia abajo (hacia la colchoneta) y espere unos tres segundos y suelte lentamente, repitiendo las cargas de peso si el niño lo permite. Si el niño no tolera la posición y se levanta quedando de rodillas en dos puntos, también puede aprovechar esta posición para la transferencia de peso en los hombros y cadera.



Recomendaciones para el cuidador:

- Asegúrese que al realizar las transferencias de peso, los brazos y piernas estén alineados.
- Si el cuidador cuenta con alguien que le ayude, puede colocarse enfrente del niño y llamar su atención mientras le realizan la actividad, en caso de que el niño se encuentre en dos puntos hincado puede distraerse en lo que llevan a cabo las transferencias de peso en cadera y hombros.
- Mida la fuerza y la velocidad con que se realiza las transferencias de peso, pero con movimientos firmes.

Qué observar en el niño:

● Se sostiene en cuatro puntos apoyado en sus brazos y piernas, manteniendo el equilibrio.	■ Se irrita con facilidad.	▲ Pobre control postural, no logra mantenerse en cuatro puntos, al intentar levantarse de la almohada.
● Levanta la cabeza al mostrarle un juguete sonoro a la altura de su cara.	■ No tolera la posición de cuatro puntos, tampoco las transferencias de peso.	▲ No levanta la cabeza al intentar pasar de cuatro puntos a dos, presenta rigidez en los miembros superiores.
● Se mantiene tranquilo durante las transferencias de peso.		

Canción de despedida. Adiós, adiós (Anexo 2.3)

.



MODULO III: EXTENSIÓN Y EXPLORACIÓN DEL MEDIO (EDAD DE 8 A 12 MESES)



A finales del primer año el niño muestra nuevas conquistas intelectuales, comienzan a presentarse la anticipación de hechos independientes de la acción, por ejemplo: cuando el niño ve que su madre se va, entonces llora al anticipar su próxima partida, el padre toma las llaves del carro y debido a que en el momento de la partida siguió su partida, llora también; ahora el niño no solo mira los objetos durante mucho más tiempo, sino que realiza un conjunto de movimientos exploratorios relativos al objeto y no a sí mismo. En esta etapa comienzan dos principales coordinaciones: primero, es apartar un obstáculo para alcanzar un objeto.



que en un principio ignoraba el objetivo, ahora puede golpear el obstáculo molesto como un medio. Segundo, en lugar de alejar los objetos que impiden alcanzar una meta, los utiliza como instrumentos que observándose en él un comportamiento inequívocamente intencional.

Este módulo en particular presenta un mayor contenido psicomotriz, la práctica en comportamientos motores, el reto, los movimientos del cuerpo se orientan bajo una atención e interés selectivo, la exploración; se establecimiento de actividades independientes (de acostado se sienta y de sentado se desplaza), despliegue de habilidades manuales que se observan en la manipulación de objetos pequeños y el uso de ambas manos a la situación: abraza, avienta, toma y deja a su gusto. La fuerza muscular ha aumentado, el equilibrio y protección se están organizando en patrones complejos como el gateo, a partir del rodamiento, construcción espacial y dominio del ambiente físico no sólo el inmediato al niño. Uno de los logros es la bipedestación, al empezar a dar los primeros pasos será necesario utilizar el calzado adecuado que le proporcione estabilidad que servirán para aumentar su fuerza en miembros superiores, mejorar su equilibrio en bipedestación y facilitar su medio y de esta forma obtener nuevas experiencias.

Respecto a la construcción del lenguaje se inicia con palabras cortas de petición: “dame”, “ten”, “pon” que favorecen la comprensión de los actos de habla o la necesidad comunicativa; el significado de las prohibiciones, la organizadora de situaciones de adaptación social y los inicios del establecimiento (regulación) de límites. Se establecen juegos que favorezcan esta actividad exploratoria, pero también ofrecerle momentos de tranquilidad, actividades de atención, concentración y órdenes simples, que lo vayan preparando para las complejas de comunicación de una complejidad creciente que se le presentarán en edades siguientes: “ven”, “hola”, “duérmete”, o imitaciones a partir de lo familiar: “cómo llora el bebé”, “como hace el perro”, etc. Se inicia en los extremos por lo que será necesario tener precaución y evitar los accidentes con objetos pequeños y accesorios propios del hogar que resulten ser inapropiados o estar mal ubicados, los cuales se puede llegar a



MODULO III. EXTENSIÓN Y EXPLORACIÓN DEL MEDIO (8 A 12 MESES)

Objetivos de desarrollo del niño en esta etapa:

El niño organizará desplazamientos en su actividad motora, manipulativa y sensorial orientados a la exploración de su entorno.

Acciones cotidianas de la madre/cuidador para promover el desarrollo:

La madre/cuidador ofrecerá al niño espacios seguros de oportunidad para explorar.

Estrategia central del programa para favorecer el desarrollo:

Orientar a la madre/cuidador respecto a actividades que promuevan la intención exploratoria del niño, las medidas de seguridad requeridas para garantizar un entorno seguro.

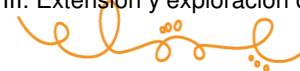
Condiciones finales del niño para continuar al siguiente modulo del programa:

Control postural (CP): El niño se erguido y se desplaza gateando o caminando detenido de los muebles.

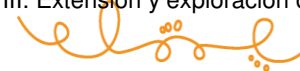
Manipulación (M): El niño puede tomar objetos pequeños.

Interacción comunicativa y lenguaje (IL): El niño expresa necesidades e intención de realizar una rutina diaria, mamá, papá y tres palabras familiares en un contexto.

Cognitivo (C): El niño comprende indicaciones verbales o gestuales sencillas e imita juegos.

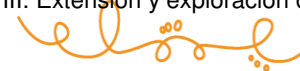


Actividades propuestas para el Módulo III		
Pág.	*Clave	Actividad
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Control Postural</i>		
111	III 1.4	Gateo por el juguete
117	III 2.5	Gateo por circuito de texturas y me hacen cargas de peso en pies
124	III 3.5	Gateo dentro del túnel para lograr una meta
130	III 4.4	Camino lateralmente para alcanzar una pelota
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Manipulación</i>		
108	III 1.1	Tomo cereal con mis dedos
112	III 1.5	Como yo solo... uso mis manos
115	III 2.1	Soy un artista del garabateo
121	III 3.1	Juego con la masa
129	III 4.2	Juego con texturas



Actividades propuestas para el Módulo III		
Pág.	*Clave	Actividad
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Interacción comunicativa y lenguaje</i>		
110	III 1.3	Canción: Benito el payaso (Anexo 1.7)
122	III 3.3	Canción: El gato en el espejo (Anexo 3.3)
129	III 4.3	Canción: Pin-pon, versión corta (Anexo 2.4)
115	III 2.2	Canción: Si tus labios se juntan (Anexo 2.5)
117	III 2.4	Aprendo a soplar plumas y pompones
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Cognitivo</i>		
109	III 1.2	Descubro a mamá
116	III 2.3	Jalo el papel que se encuentra dentro de la caja
121	III 3.2	Me conozco en el espejo
123	III 3.4	Aprendo partes de mi cuerpo
128	III 4.1	Jalo para alcanzar el juguete

*Clave de la actividad: Se compone del módulo, número de sesión y número de la actividad según el orden de la sesión.

**SESIÓN NO. 1****“GATEO POR EL JUGUETE”****Se pretende que el Cuidador:**

- Adquiera la habilidad para facilitar en el niño, el desplazamiento en cuatro puntos (gateo en patrón cruzado) en un ambiente seguro y libre de riesgos en el hogar motivando al niño a desplazarse para explorar su entorno.
- Mediante juegos de “*dame*” “*toma*” y “*pon*” favorezca en el niño la habilidad de tomar objetos pequeños con la palma de la mano y la manipulación coordinada de los objetos para introducir en un recipiente (ejemplo: *contenido*).
- Permita al niño, durante la alimentación, el uso de sus manos para llevar la comida o el vaso a la boca y el uso de la cuchara aunque derrame o se ensucie.
- Mediante los juegos de “*esconder*” y “*aparecer*” favorecer en el niño un apego seguro que le permita explorar su entorno.
- Favorecer en el niño la comprensión de gestos sociales de saludo y despedida (decir “*hola-adiós*” mediante el movimiento de la mano).

Se pretende favorecer en el Niño:

- El gateo en patrón cruzado para alcanzar objetos de su interés y exploración de su entorno.
- La coordinación de los movimientos dirigidos de sus manos para la manipulación de dos objetos y los movimientos de introducción y extracción de un objeto en un recipiente, en los juegos de “*dame*”, “*toma*” y “*pon*”.
- El uso de sus manos para llevar alimento o vaso a su boca y el uso de la cuchara aunque derrame el alimento.
- El apego seguro al tolerar la separación de su cuidador en los juegos de “*aparecer*” y “*desaparecer*”.
- El saludo y despedida con el movimiento de la mano al decir “*hola*” y “*adiós*”.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 1	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Buenos días (Anexo 3.1)	
Actividad: III 1.1	Tomo cereal con mis dedos	
Actividad: III 1.2	Descubro a mamá	
Actividad: III 1.3	Canción: Benito el payaso (Anexo 1.7)	
Actividad: III 1.4	Gateo por el juguete	
Actividad: III 1.5	Como yo solo... uso mis manos	
Canción de despedida	Llegó la hora de partir (Anexo 3.2)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa

Con los niños sentados a espaldas de su cuidador, para que puedan interactuar con los demás, lo canción mencionando el nombre de cada niño “Buenos días Paco ¿Cómo estás?” y su cuidador responde nuevamente todo el grupo le pregunta “¿Y tus familiares cómo están?”, para contestar otra vez “Muy bien” terminan la canción.

Actividad III 1.1. Tomo cereal con mis dedos.

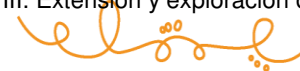
Material: Colchoneta, vaso y cereales.

Desarrollo de la actividad:

Proporciona al cuidador un vaso con algunos cereales de frut lups, previniendo por si el niño se los ningún problema. El cuidador sentado frente al niño, vacíe el cereal en la colchoneta y le pida al niño o indicación “toma” y lo ponga dentro del vaso con la instrucción “pon”, enseñándole cómo hacerlo usando Si el niño toma varios cereales con toda la mano, deje solo uno en la colchoneta y retire los demás, es Cuando el niño logre poner el primero, felicítelo y anímelo para que realice lo mismo con el resto de cer primero cerca de una mano, luego de la otra, para que alterne el uso de ambas manos. Es importan pruebe el cereal, porque si le gusta perderá el interés para hacer la actividad y sólo va a querer comer el

Recomendaciones para el cuidador:

- Utilice de preferencia cereal o algún alimento que no represente un peligro en caso de que el niño haga este tipo de actividad.
- En casa cuando el niño coma, póngale pedacitos de alimento para que pueda tomar con sus dedos, como pedacitos de huevo, unas bolitas de frijol cocidos, etc.
- Es importante que en el hogar se tenga mucho cuidado con los objetos pequeños como botones, monedas, etc., para que el niño pueda tomar, ya que en esta edad sigue llevándose las cosas a la boca y puede provocar una intoxicación.



Qué observar en el niño:

● Sigue indicaciones y se encuentra atento para tomar el cereal con su dedo pulgar alineado al resto de sus dedos, aun cuando se le dificulte y llegue a tomarlos con toda la mano. ● Utiliza ambas manos para tomar el cereal.	■ No sigue instrucciones y avienta los cereales o bien se irrita si no le dejan llevárselos a la boca. ■ Toma los objetos con toda la mano, con los dedos extendidos y separados, extendiendo los dedos, los separa y después los flexiona.	▲ Falta de mirada en ▲ Se aproxima extendida

Actividad III 1.2. Descubro a mamá.

Material: Hoja de papel periódico o manta.

Desarrollo de la actividad:

Reparte una hoja de papel periódico o manta a cada uno cuidador, con la finalidad de que se escondan haciéndolo a la vista del niño dos o tres veces para que lo vea, una vez que permanece con la cara y tiempo todos los presentes dirán de forma estridente “mamá”, tratando de motivar al niño a que descubra jalando el periódico o aproximándose a él. Pregunta posteriormente si alguno de los niños utiliza un “papá” u otra palabra en la vida cotidiana como medio de lenguaje para comunicar y satisfacer sus necesidades.

Recomendaciones para el cuidador:

- Puede reforzar esta actividad en casa, jugando a esconderse detrás de una cortina, detrás de una alfombra, u otros miembros en la familia, pedirles que digan “mamá” o “papá” al mismo tiempo y ayuden al niño a descubrir en un tiempo breve para que el niño no se inquiete y comience a llorar.
- Para favorecer el lenguaje, es necesario que cuando el niño emita una palabra, su cuidador y el resto de los presentes estén juntos con él para que se motive a continuar pronunciándola.



Qué observar en el niño:

● Observa a su cuidador esconderse detrás del periódico o manta y va hacia él para quitárselo.	■ Lloro al no ver el rostro de su cuidador.	▲ Falta de no partici

Actividad III 1.3. Canción: Benito el payaso (Anexo 1.7).

Material: Hoja de papel periódico o manta.

Desarrollo de la actividad:

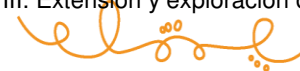
Colocados todos los niños en forma semicircular los cuidadores situados frente a los niños, no delante o se esconden al mismo tiempo detrás del periódico de acuerdo a la letra de la canción y posteriormente los niños los vean e intenten imitarlos.

Recomendaciones para el cuidador:

- Identifique el momento cuando el niño esté tranquilo para poder cantar y jugar con él.
- Module el tono de su voz para no causar estrés en el niño.
- Sea muy expresivo gestualmente para llamar la atención del niño.

Qué observar en el niño:

● Pone atención a su cuidador y se muestra contento.	■ Se inquieta al escuchar la canción, pero logra calmarse.	▲ No logra se obs respuesta faciales c
		▲ Irritabilidad



Actividad III 1.4. Gateo por el juguete.

Material: Colchoneta y juguete llamativo.

Desarrollo de la actividad:

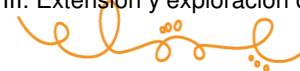
Solicita al cuidador que siente al niño en el extremo de la colchoneta, para mostrarle un juguete llamativo a una distancia corta, pero fuera del alcance de sus manos y lo motive a desplazarse para ir por él. El niño debe cambiar de posición de sentado a cuatro puntos, una vez en los cuatro puntos, si no logra todavía mover sus piernas del niño (a la altura de los músculos gemelos) para que se impulse, respetando el ritmo del niño. Con una pierna espere a que avance también con la mano contraria, permitiendo el movimiento de coordinación cruzada (patrón cruzado), para alcanzar el juguete. Si el niño empieza a gatear con apoyo, aleje un poco el juguete impulsándolo para gatear, considere un tramo corto para que el niño se sienta recompensado con su esfuerzo deseado, felicite al niño por su logro, aun cuando sean dos o tres pasitos.

Recomendaciones para el cuidador:

- Si al niño todavía se le dificulta el gateo, apóyese con algún miembro de la familia para le muestre cómo que apoya al niño con las piernas.
- Si el niño no puede colocarse en cuatro puntos, continúe con el balanceo en cuatro puntos y cargue la cadera y continúe con el arrastre.
- Libere de obstáculos el lugar donde el niño practicará su gateo y levante las cosas pequeñas que se encuentren como monedas, cuentas, botones, u otros objetos pequeños que pueda llevarse a la boca.

Qué observar en el niño:

● Realiza el cambio de posición de sentado a los cuatro puntos.	■ Se irrita al estar en esta posición y trata de acostarse en supino o se deja caer.	▲ Hipertono y no se mantiene en la posición para avanzar hacia el juguete.
● Mueve alternadamente los brazos y piernas en patrón cruzado.	■ Se le dificulta mantener la posición de gateo, sosteniéndose unos 30 segundos.	▲ Hipotono y no se mantiene en la posición para avanzar hacia el juguete.
		▲ No presiona con las manos y piernas para avanzar hacia el juguete.



Actividad III1.5. Como yo solo... uso mis manos.

Material: Babero, arroz o papilla espesa de verduras y frutas, cuchara y plato de plástico.

Desarrollo de la actividad:

Dale a cada cuidador un plato pequeño con algún alimento para el niño (arroz o papilla espesa de verduras y frutas). Indicándole al cuidador que permita que el niño coma solo sin recibir ninguna o muy poca ayuda. El niño comience a explorar los alimentos con las manos y coma algo de alimento para posteriormente usar la cuchara, dejando que lleve este utensilio a su boca aunque contenga poca comida y la colocación en su boca sea la correcta.

Recomendaciones para el cuidador:

- Permita al niño que toque la comida con sus manos, promoviendo la integración sensorial que percibe la textura de sus dedos con los alimentos, accediendo a que el niño empiece a comer por sí solo con sus dedos. Si el niño que coma un poco, le ofrezca una cuchara, dejando que practique con ella.
- No se preocupe si el niño se ensucia, evite estar limpiándole sus manos, boca o ropa constantemente. Permita que se concentre en realizar la actividad de forma independiente.

Qué observar en el niño:

● Explora la comida con sus manos y come de forma independiente utilizando sus dedos, sin o con muy poca ayuda de su cuidador.	■ No tolera tocar con sus manos la textura de la comida y se molesta.	▲ No intenta comer solo.
● Toma la cuchara para llevarla a su boca y chuparla, aunque no pueda mantener la comida en el utensilio.		▲ A los 8 meses no toma sólidos.

Canción de despedida. Llegó la hora de partir (Anexo 3.2).

Material: Ninguno

Desarrollo de la actividad:

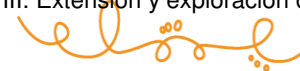
Indica a los cuidadores que coloquen al niño de tal forma que puedan verse entre sí, y al cantar, todos mimen y se despiden, sin forzar al niño para que lo haga, sino que lo motive por medio de la imitación.

**SESIÓN NO. 2****“SOY UN ARTISTA DEL GARABATEO”****Se pretende que el Cuidador:**

- Mediante situaciones de juego favorezca el cambio postural de la posición en cuatro puntos a la posición bípeda.
- Favorezca en el niño el tono y la fuerza muscular en miembros inferiores que le permitirán mayor estabilidad bípeda.
- Mediante situaciones de juego, favorezca la tolerancia del niño a las sensaciones producidas en manos al tocar distintas texturas de superficies para el desplazamiento.
- Incorpore en las actividades de juego con el niño, el ejercicio del garabateo para facilitar movimientos amplios del brazo.
- Inicie actividades de juego en las que se requiere la acción del niño para producir un efecto interesante: hacer aparecer un objeto, apretar para producir un sonido, destapar un recipiente, soplar una pluma para sacarla, etc.

Se pretende favorecer en el Niño:

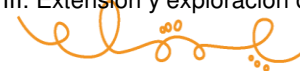
- El cambio postural de la posición de cuatro puntos a la posición bípeda con apoyo.
- Tono y fuerza muscular en miembros inferiores para el control de la posición bípeda.
- La tolerancia a las distintas texturas al contacto con manos, piernas y pies durante el gateo.
- Los movimientos amplios y coordinados del brazo al llevar a cabo el garabateo.
- Participe en juegos donde jale para hacer aparecer un objeto, destape recipiente, sople una pluma para sacarla, etc.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 2	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Buenos días (Anexo 3.1)	
Actividad: III 2.1	Soy un artista del garabateo	
Actividad: III 2.2	Canción: Si tus labios se juntan (Anexo 2.5)	
Actividad: III 2.3	Jalo el papel que se encuentra dentro de la caja	
Actividad: III 2.4	Aprendo a soplar plumas y pompones	
Actividad: III 2.5	Gateo por circuito de texturas y me hacen cargas de peso en pies	
Canción de despedida	Llegó la hora de partir (Anexo 3.2)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa



Canción de bienvenida. Buenos días (Anexo 3.1).

Actividad III 2.1. Soy un artista del garabateo.

Material: 3 pliegos de papel bond, cinta adhesiva y crayones.

Desarrollo de la actividad:

Fija 3 o más pliegos de papel bond en el piso con cinta adhesiva, para que no se mueva, pide al cuidador como hacer trazos, poniéndose en posición de gatico sobre el papel bond y motive al niño entregándole “pinta”, después le ofrezca el crayón en la otra mano.

Recomendaciones para el cuidador:

- Motive al niño a utilizar las dos manos para el garabateo, en esta edad todavía no está definida la necesidad de que se use ambas manos para las conexiones de los dos hemisferios cerebrales.
- Fije dos o tres pliegos de papel bond en el suelo para que los niños puedan libremente hacer movimientos de brazos sin que el material se mueva.
- Utilice crayones gruesos para que se le facilite tomarlos.

Qué observar en el niño:

● Pone atención a lo que realiza su cuidador e imita la acción.	■ Utiliza los crayones para golpear la mesa y no hace ningún trazo.	▲ No pone a
● Realiza movimientos amplios en brazos al realizar el garabateo.		▲ Manos en
● Utiliza las dos manos en la actividad.		mano y/o
		tomar los c

Actividad III 2.2. Canción: Si tus labios se juntan (Anexo 2.5).

Material: Canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

Invita al cuidador a que entone esta canción abriendo exageradamente la boca al entonar la canción, pidiendo al niño.



Recomendaciones para el cuidador:

- Identifique el momento cuando el niño esté tranquilo para poder cantar y jugar con él.
- Sea muy expresivo abriendo exageradamente su boca para llamar la atención del niño.

Qué observar en el niño:

● Pone atención a su cuidador y se muestra contento.	■ Presenta periodos de atención cortos.	▲ No logra fijar la mirada, se observa al cambiar como cambio de canto. Irritabilidad extrema.

Actividad III 2.3. Jalo el papel que se encuentra dentro de la caja.

Material: Caja de kleenex y papel crepé de colores fuertes.

Desarrollo de la actividad:

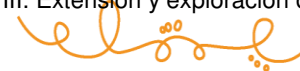
Entrega al cuidador una caja de kleenex, estando sentado el niño de forma cómoda frente a él. Muestra el papel crepé que se encuentra dentro y por medio de un ejemplo enseñe como jalar la punta del rollo a una vez que el niño lo intente, guíe la mano que no utilice al papel para que use las dos manos.

Recomendaciones para el cuidador:

- Motive al niño a utilizar las dos manos para jalar el papel de la caja, en esta edad todavía no está desarrollado el uso de las dos manos es necesario que se use ambas manos para las conexiones de los dos hemisferios cerebrales.
- Realice esta actividad cuando el niño se encuentre tranquilo y atento.

Qué observar en el niño:

● Pone atención al papel crepé que se encuentra en la caja y lo jala para sacarlo, usando las dos manos.	■ No sigue instrucciones, solo quiere jugar con la caja. ■ Utiliza predominantemente una mano para jalar el rollo de papel.	▲ Falta de atención durante la actividad.



Actividad III 2.4. Aprendo a soplar plumas y pompones.

Material: Pluma y pompón.

Desarrollo de la actividad:

Entrega al cuidador una pluma o pompón, pide que tome la mano del niño y le sople, poniendo cara de asustado del niño y le pregunte “¿Qué fue eso?” y vuelva a soplarle, dependiendo de la respuesta del niño tome varias veces lo repite. Después el cuidador enseñe el material colocado en la palma de su mano, soplando exageradamente las mejillas, haciendo más ruido del necesario para que el niño vea como sale volando sorprendido y anime al niño a que lo intente, realice esta misma actividad con el otro material.

Recomendaciones para el cuidador:

- Haga movimientos exagerados y más ruido al soplar los diferentes materiales, llamando la atención del niño que también sople.
- El cuidador es quien debe tener el material en la palma de su mano, no dárselo al niño porque se lo puede perder.
- Puede realizar esta actividad con diferentes materiales que no sean pesados y sean fáciles de volar como: papel, bolita de algodón.

Qué observar en el niño:

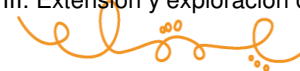
● Observa al cuidador cuando le pone el ejemplo de soplar y lo imita, intentando soplar para hacer volar la pluma o pompones.	■ No atiende a instrucciones, le interesa el material pero no intenta soplar.	▲ Falta de atención durante la actividad, difícil conseguir que participe.

Actividad III 2.5. Gateo por circuito de texturas y me hacen cargas de peso en pies.

Material: Tapetes de texturas, aditamento para que se pare el niño y juguete llamativo.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que ponga cómodo al niño, de preferencia dejarlo con su pañal y una playera, lo sienta en el tapete con textura; quédate con el niño mientras el cuidador se coloca del otro lado del circuito, para cuando el niño gataqueo que llame su atención y verbalmente lo motive para que el niño cambie de posición solo, de sentado a gateo.



desplace gateando para llegar donde se encuentra el juguete y su cuidador. Al llegar a la meta final, el niño se apoya encima de un aditamento firme para motivar al niño a que se pare solo o con ayuda, sosteniéndose de la parte superior del juguete. Si el niño todavía no se para solo y se hinca (dos puntos), enséñale al cuidador como llevar una pierna hacia adelante, dejándola flexionada, formando un ángulo de 90° debajo de esa rodilla, con la planta del pie sobre el piso. El cuidador se apoya en la rodilla o tobillo de esa pierna flexionada, para que pueda impulsarse y levantarse. Cuando el niño esté en posición de gateo, muestra al cuidador como hacer las cargas de peso en pies, de la siguiente manera: coloca las manos sobre los tobillos del niño y realiza una presión hacia abajo sosteniendo 3 segundos y suelta lentamente, demuéstrale cómo hacer peso y dale el turno al cuidador para que termine las diez.

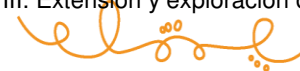
Recomendaciones para el cuidador:

- Ponga ropa cómoda al niño para que pueda gatear sobre las texturas y tenga el contacto con ellas, como alfombra, gatear en el suelo, pasto, arena, etc., cuidando que el área esté libre de cables u objetos peligrosos que puedan llevarse a la boca como monedas, piedritas o basura.
- Cuando el niño empiece a pararse solo y a dar pasitos apoyado de muebles o tomado de las manos, asegure un piso adecuado, tipo botín, con suela antiderrapante y gruesa para darle soporte y fuerza a sus tobillos y pies.

Qué observar en el niño:

● A los 9 meses gatea pero puede tambalearse de un lado a otro durante el desplazamiento de cada miembro. ● De 10 a 12 meses se perfecciona la posición de cuatro puntos, se desliza rápido y no hay desequilibrio.	■ Adopta otras posiciones para gatear que no son en cuatro puntos, por ejemplo en tres puntos, desplazamiento con los glúteos o en cuatro puntos pero con las extremidades extendidas (elefante), etc.	▲ Utiliza la parte superior del cuerpo para desplazarse, como en posición de asimetría, con exceso de peso en las extremidades.

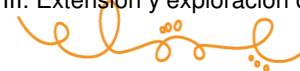
Canción de despedida. Llegó la hora de partir (Anexo 3.2).

**SESIÓN NO. 3****“APRENDO PARTES DE MI CUERPO”****Se pretende que el Cuidador:**

- Facilite el control corporal y la actividad exploratoria del niño, motivándolo a sortear obstáculos en la trayectoria de desplazamiento (rodear, pasar por debajo de, o por encima de).
- Favorezca las habilidades manipulativas del niño mediante acciones como pellizcar, estrujar, arrancar, amasar distintos materiales.
- Durante las actividades de cuidado (baño, cambio de ropa) y el juego, promueva en el niño la identificación de partes del cuerpo (sobre el cuidador, sobre un muñeco, sobre sí mismo), nombrándolas y estimulándolo a que señale).
- Favorezca en el niño el reconocimiento de sí mismo llamándole por su nombre para centrar su atención en actividades orientadas al juego.
- Adquiera habilidades para incrementar el tiempo de atención del niño sobre una actividad, identificando y introduciendo variaciones con el fin de recuperar su interés.

Se pretende favorecer en el Niño:

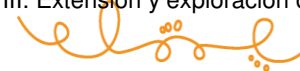
- El control corporal y su actividad exploratoria, liberando obstáculos que se presenten en la trayectoria de desplazamiento.
- Las habilidades manuales en diversas acciones como pellizcar, estrujar, arrancar, amasar distintos materiales.
- Identifique partes del cuerpo en el baño, cambio de ropa, y durante el juego, nombrando y respondiendo a las preguntas de tocar, mover o señalar en su cuidador, en un muñeco o sobre sí mismo.
- Se reconozca a sí mismo al escuchar su nombre, poniendo atención e iniciando interacciones de juego.
- Prolongue sus periodos atencionales, al enfocar, prolongar y mantener su atención hasta finalizar una actividad.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 3	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Buenos días (Anexo 3.1)	
Actividad: III 3.1	Juego con la masa	
Actividad: III 3.2	Me conozco en el espejo	
Actividad: III 3.3	Canción: El gato en el espejo (Anexo 3.3)	
Actividad: III 3.4	Aprendo partes de mi cuerpo	
Actividad: III 3.5	Gateo dentro del túnel para lograr una meta	
Canción de despedida	Llegó la hora de partir (Anexo 3.2)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; I=Interacción comunicativa y



Canción de bienvenida. Buenos días (Anexo 3.1).

Actividad III 3.1. Juego con la masa.

Material: Masa play doh.

Desarrollo de la actividad:

Pide al cuidador que siente al niño frente a un banco pequeño y entrégale un trozo de masa play doh o que con esta masa toque suavemente y a manera de juego diferentes partes del cuerpo del niño: dorso o u otra parte, al mismo tiempo que hace cara de sorpresa, una vez familiarizados con la masa empieza un pedazo para que el niño la juegue, muestre como hacer una bolita, una tira larga, pellizcos o amasar o hace con la masa.

Recomendaciones para el cuidador:

- Ponga atención en el niño cuidando que no se lleve la masa o plastilina a la boca.
- En casa puede utilizar otros materiales como la masa de maíz o de harina para jugar con el niño.

Qué observar en el niño:

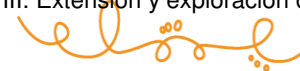
● Se encuentra atento y juega con la masa.	■ Rechaza la masa, no juega con ella.	▲ Falta de interés
● Si es la primera vez que el niño explora la masa, se muestra sorprendido al tocarla.		▲ No tolera la masa

Actividad III 3.2. Me conozco en el espejo.

Material: Espejo.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que siente al niño frente al espejo para que él pueda tocar su imagen, le hable acerca de cómo se llama, señale al niño al nombrarle, mencione sus características físicas y partes del cuerpo como los ojos, nariz, boca, manos, pies, cabellos, después realice actividades como aplaudir, decir adiós, levantar las manos, mover la cabeza.



negativa, cuidando que el niño mantenga la atención y animarlo a que imite las expresiones como sonreír y fruncir el ceño. Explícale al cuidador que es importante que el niño identifique su imagen y su nombre, ya que son parte de su identidad y su capacidad de ser consciente de sí mismo.

Recomendaciones para el cuidador:

- Tome precauciones de que el niño no toque el espejo ni lo golpee porque puede quebrarlo.
- A los niños generalmente les gusta verse en el espejo, aproveche la oportunidad para el aprendizaje y aprenda a reconocer diferentes expresiones faciales y corporales.

Qué observar en el niño:

● Logra reconocerse, reconoce a su cuidador diciendo mamá o papá, e imita un par de gestos.	■ Presta atención por breves periodos de tiempo, puede ser al inicio o final de la actividad.	▲ No logra reconocer su imagen en el espejo, no presta atención.

Actividad III 3.3. Canción: El gato en el espejo (Anexo 3.3).

Material: Canción por escrito y espejo.

Desarrollo de la actividad:

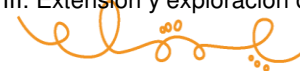
Enseña al cuidador los gestos faciales y movimientos corporales de esta canción, solicita al cuidador que se ponga frente a él y que se esfuerce para cantar de forma muy expresiva, exagere más los movimientos de abrir y cerrar la boca, mover la nariz, despeinar y peinar, así como las expresiones de contento y enojado.

Recomendaciones para el cuidador:

- Identifique el momento cuando el niño esté tranquilo para poder cantarle y jugar con él.
- Sea muy expresivo gestualmente para llamar la atención del niño.

Qué observar en el niño:

● Logra reconocerse, reconoce a su cuidador diciendo mamá o papá, e imita un par de gestos.	■ Presta atención por breves periodos de tiempo, puede ser al inicio o final de la actividad.	▲ No logra reconocer su imagen en el espejo, no presta atención.



Actividad III 3.4. Aprendo partes de mi cuerpo.

Material: Colchoneta y nenuco.

Desarrollo de la actividad:

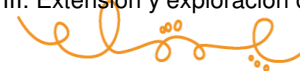
El cuidador sentado sobre la colchoneta, siente al niño en sus piernas, entrega un muñeco para propio niño-cuidador. El cuidador nombra cada una de las partes del cuerpo del nenuco, tratando de interesar al niño. Puede decir frases como: “mira su boca”, “mira su nariz”, “¿dónde está su mano?”, “¿dónde está su pie?”. Las partes del cuerpo, señale también, si el niño toca bruscamente al nenuco, guíe su mano en cada una de las partes del nenuco, diciéndole “suave”, “tócalo con cariño, despacio”, estas nociones le irán señalando al niño a grandes movimientos. Después pregunte al niño partes del cuerpo para señalar en su cuidador “¿Dónde está mi mano?”, “¿Dónde está tu mano?”.

Recomendaciones para el cuidador:

- Aproveche los momentos de la vida cotidiana en que puede propiciar al aprendizaje de las partes del cuerpo: al bañarse o ponerse crema.
- Si el niño tiende a ser muy brusco con sus movimientos y lastimar a otras personas o mascotas, puede emplear la misma técnica con ellos para tratar de regular su intensidad: tomar su mano y guiarla suavemente al mismo tiempo que se le dice “suave”, “tócalo con cariño, despacio”.
- Si el niño acostumbra golpearle la cara o alguna otra parte del cuerpo como brazo o pie, puede emplear las recomendaciones: no reírse cada vez que lo haga, decirle a toda la familia que no se rían ni festejen; guiar el movimiento de su mano y bajarla suavemente: a la vez que le dice “no me pegues”, “me duele” y “suave”, un poco, no importa si el niño se pone triste, sea firme; invítelo a darle un besito o sobarle la mano o el pie. Estas mismas acciones puede emplear cuando el niño empieza a morder.

Qué observar en el niño:

● Toca más de tres partes del cuerpo del nenuco, en el cuidador y en sí mismo.	■ Toca o señala una o dos partes del cuerpo del nenuco, del cuidador o en sí mismo.	▲ No toca partes del cuerpo del nenuco, del cuidador o en sí mismo.



Actividad III 3.5. Gateo dentro del túnel para lograr una meta.

Material: Túnel, tapetes de texturas, bandeja con pelotas de colores pequeñas y caja de cartón con orificio.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que ponga cómodo al niño, de preferencia dejarlo con su pañal y una playera, lo sienta sobre tapetes de texturas; quédate con el niño mientras el cuidador se coloca del otro lado, para mostrarle un juguete. Verbalmente también lo motive para que el niño cambie de posición solo, de sentado pase a cuadrupedia. El niño gateando atravesando el túnel para llegar a donde se encuentra el juguete y su cuidador. Al llegar a la meta, enseñarle a pararse, si el niño todavía no se para solo y se hinca (dos puntos), enseña al cuidador como llevar una pierna hacia adelante, dejándola flexionada formando un ángulo de 90° debajo de esa rodilla, con la planta del pie sobre el suelo. El cuidador da soporte a la rodilla o tobillo de la pierna que tiene flexionada para que pueda pararse. Cuando el niño es capaz de pararse, toma una pelota pequeña de una bandeja, atendiendo a la indicación “toma” y la introduzca en una caja con orificios, con la intención de que el niño la introduzca.

Recomendaciones para el cuidador:

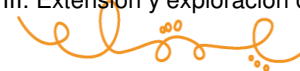
- Es importante que refuerce el gateo hasta su consolidación, no forzarlo a caminar pronto, entre más tiempo gatee, más fuerza en piernas y brazos.
- Libere de obstáculos el lugar donde el niño practicará su gateo en casa y levante las cosas pequeñas del suelo como monedas, cuentas, botones, u otros objetos pequeños que pueda llevarse a la boca.
- Vigile al niño en su gateo, tenga precaución de que no se acerque a cables, contactos, no vaya cerca de estufas, preparando alimentos o cuando esté planchando, no permita que suba escaleras estando solo y no permita tampoco que se acerque a jugar el agua contenido en cubetas o tinas, etc.



Qué observar en el niño:

- Gatea por el túnel y circuito de texturas en cuatro puntos, se desliza y no hay desequilibrio.
- Se para con apoyo o sin ayuda, y se mantiene de pie.
- Inserta una pelota pequeña en la caja de orificios.
- Adopta otras posiciones para gatear que no son en cuatro puntos, por ejemplo en tres puntos, desplazamiento con los glúteos o en cuatro puntos pero con las extremidades extendidas (elefante), etc.
- Intenta pararse pero no controla su cuerpo, por lo que abandona rápidamente la posición.
- Tiene temor de pasar el túnel.
- Se frustra fácilmente al no poder introducir la pelota en la caja con orificios.
- ▲ Utiliza un desplazamiento asimétrico a causa de un exceso de fuerza en una extremidad.
- ▲ No realiza desplazamiento gatea y no se para.

Canción de despedida. Llegó la hora de partir (Anexo 3.2).

**SESIÓN NO. 4****“CAMINO LATERALMENTE PARA ALCANZAR UN JUGUETE”****Se pretende que el Cuidador:**

- Facilite en el niño mayor estabilidad en la posición bípeda y el inicio de la marcha en desplazamiento lateralmente mediante el uso de juguetes de su interés.
- Favorezca en el niño, el reconocimiento de los alimentos que se le ofrecen, nombrándolos, permitiendo que los toque con las manos y enfatizando características mediante expresiones como “qué rico”, “qué frío”, e identificando al niño que expresan preferencias relacionadas con los alimentos que se van introduciendo a su dieta.
- Proponga al niño actividades de juego en las que se requiere del uso de un medio para obtener un objeto (jalar la cobija para obtener un juguete, jalar el cordón para accionar el móvil, entre otros).

Se pretende favorecer en el Niño:

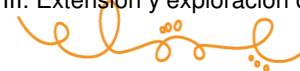
- El control de la posición bípeda y el desplazamiento lateral, para alcanzar los juguetes que le interesan.
- La manipulación de alimentos con las manos y el reconocimiento de alimentos (nombre y características) que le ofrece el cuidador, manifestando sus preferencias y rechazos.
- Durante el juego, use los medios para obtener objetos y resultados deseados como jalar un cordón para accionar un móvil, jalar un trapo para obtener un objeto, etc.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 4	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Buenos días (Anexo 3.1)	
Actividad: III 4.1	Jalo para alcanzar el juguete	
Actividad: III 4.2	Juego con texturas	
Actividad: III 4.3	Canción: Pin-pon, versión corta (Anexo 2.4)	
Actividad: III 4.4	Camino lateralmente para alcanzar una pelota	
Canción de despedida	Llegó la hora de partir (Anexo 3.2)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP =Control postural; M = Manipulación; IL = Interacción comunicat



Canción de bienvenida. Buenos días (Anexo 3.1).

Actividad III 4.1. Jalo para alcanzar el juguete.

Material: Carrito con llantas y cordón/pañuelo y pato de plástico.

Desarrollo de la actividad:

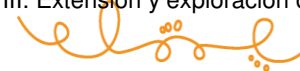
Primeramente proporciona al cuidador un carrito para que se lo preste al niño unos segundos a fin de que quiera volver a tenerlo, luego amarre un cordón al carrito y lo ponga frente a él, a una distancia que esté a su alcance; enseñe al niño como jalar el cordón para que el juguete avance hacia él diciéndole “ven” y pidiéndole que se desplace. Retira el material y ahora entrega al cuidador un pañuelo para que lo extienda de frente al niño y coloque encima del pañuelo un pato (en la esquina contraria, la que está más lejos de él), le pida que lo alcance. Si no hay respuesta del niño, haga una demostración de cómo jalar el pañuelo para obtenerlo y permítale que lo haga de manera intencionada para alcanzar el juguete.

Recomendaciones para el cuidador:

- Anime al niño a alcanzar el juguete a través del cordón o pañuelo.
- Practique la actividad las veces que sea necesario hasta que el niño obtenga el juguete jalando el cordón o pañuelo yendo directamente por el objeto.

Qué observar en el niño:

● Jala la cuerda para obtener el carrito con llantas.	■ Va gateando para obtener los juguetes deseados: carrito y juguete, sin hacer uso de los medios (cordón y pañuelo).	▲ No pone el juguete a una distancia que esté a su alcance.
● Tira del pañuelo para tomar el juguete que se encuentra encima. Es válido aun con demostración.		▲ No se interesa por el juguete o no realiza la actividad para obtenerlo.



Actividad III 4.2. Juego con texturas.

Material: Recipientes, arroz con leche, nutella, gelatina, yogurt, cápsup, etc.

Desarrollo de la actividad:

Con los niños sentados alrededor de una mesa, proporcione al cuidador un recipiente con un ingrediente como nutella, gelatina, yogurt, cátsup, etc., para ofrecerle al niño a que experimente diciéndole “toca” y nombrando el alimento. Si el niño quiere probarlo, no hay problema, al mismo tiempo que el cuidador explica las características como temperatura o textura, al final limpie sus manos con una toalla y pase otro recipiente con diferente contenido. Observe las preferencias del niño, indiferencia o rechazo en las texturas (tolerancia).

Recomendaciones para el cuidador:

- Mencione las características de los alimentos al darle de comer al niño “está caliente”, “está frío”, “es dulce”, etc.
- Observe en el niño las reacciones de aceptación o rechazo a ciertas texturas o alimentos.
- Sea tolerante con el niño para que pueda explorar texturas con sus manos aunque se ensucie la ropa. Esta actividad favorece la integración sensorial a través de las diferentes texturas.

Qué observar en el niño:



Explora las texturas con sus dos manos.



Predomina el uso de una mano.



No tolera texturas.



Se irrita y muestra rechazo a la actividad.

Actividad III 4.3. Canción: pin-pon (Anexo 2.4).

Material: Canción escrita.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que se coloque frente al niño y al cantar, realice de forma expresiva las acciones de la canción: mover las manos, desenredarse el pelo, dar la mano, comer, llorar, etc.

Recomendaciones para el cuidador:

- Realiza la actividad cuando el niño esté tranquilo para poder cantarle y jugar con él.
- Sea muy expresivo gestualmente al cantarle para llamar su atención.



Qué observar en el niño:

● Pone atención a su cuidador y se muestra interesado.	■ Presenta periodos cortos de atención.	▲ No logra mantenerse en un lugar, se observa como camina, se e...

Actividad III 4.5. Camino lateralmente para alcanzar una pelota.

Material: Aditamentos para la marcha, pelota y pinos (del boliche).

Desarrollo de la actividad:

Coloca aditamentos en una línea recta corta, donde el niño pueda agarrarse y caminar lateralmente hacia el otro extremo, si todavía no lo hace por sí solo, el cuidador puede apoyarlo tomándolo de los costados, que camine hacia el objetivo y además acerquen más la pelota para que no le queda tan lejos, una vez que el niño camine y el cuidador le ayude a sostenerla entre sus manos, en lo que haces la demostración con otra pelota de los pinos, para que el niño lo intente, diciendo: “avienta la pelota”.

Recomendaciones para el cuidador:

- Si el niño ya se mantiene en pie, motívalo a que camine lateralmente apoyado de algún mueble para mantener su interés.
- Tenga cuidado de los muebles donde se sostiene, deben ser firmes y seguros, porque pueden caer, ejemplo sillas de plásticos o estantes.

Qué observar en el niño:

● Camina lateralmente con apoyo o de forma independiente para alcanzar la pelota.	■ Da dos o tres pasos y suspende, aun cuando se le cambie con otro más interesante.	▲ No realiza desplazamiento, gatea y no...
● Avienta la pelota o hace el intento para tirar los pinos.	■ No quiere desprenderse de la pelota para aventarla a los pinos.	▲ Falta de indicaciones...

Canción de despedida. Llegó la hora de partir (Anexo 3.2).

MÓDULO IV: EXPERIMENTACIÓN SOBRE EL ENTORNO**(EDAD DE 12 A 18 MESES)**

Los esquemas cognitivos se basan ahora, en comportamientos “experimentales”. Los niños se vuelven perseverantes, manifestando indicadores de los llamados procesos mentales superiores: memoria, atención, causa-efecto y consolidación del uso de objetos como herramientas facilitadoras del juego y nuevas ubicaciones. Los juegos que propicien prolongación de tiempos de atención como tapar y destapar, vaciar recipientes, a los juegos con orientación de mirar (arriba, abajo, el grande, el chico) serán de gran ayuda. Se inician las imitaciones pero novedosas como: “tira la bolsa de basura en el cesto”, “péinate como yo”, “recoge tus juguetes”, “...”. Las imitaciones familiares se vuelven vocalizaciones congruentes.

En esta etapa una de las conquistas principales es la repetición de actos pero en un nivel superior, es efectiva de explorar en los objetos sus propiedades, el niño descubre nuevos medios para usarlos en dirigidas hacia metas, Piaget lo denomina “descubrimiento de nuevos medios a través de la experimentación de la etapa anterior donde parece que el niño percibe una vaga vinculación entre su comportamiento y haciendo repeticiones en forma mecánica y estereotipada, ahora la repetición está orientada al problema solo “para ver”, se presenta una repetición con variaciones: explora las potencialidades del objeto, varía cómo esta variación afecta el objeto, tratará de provocar resultados experimentando para ver, con resultado buscado por sí mismo, el cual exige ser reproducido. El niño inaugura una serie exitosa de medios-fines problemas que requieren nuevos medios y nada familiares, a través de un activo proceso de exploración encontrando nuevas técnicas instrumentales efectivas que son nuevas para él; lleva a cabo una variedad de ejemplo aprende que un objeto atado a un hilo puede ser atraído con solo tirar del hilo, puede acercarse deliberadas manipulaciones de un bastón, inclina objetos largos para hacerlos pasar por los barrotes de

La noción de identidad tanto propia, como a la pertenencia a un grupo y de “sus” cosas, será fuerte en este período: se enoja si le piden compartir, se molesta si su cuidador carga a otro niño, si tiene sueño va a dormir, la formación de nuevos hábitos, reglas y límites en situaciones y contextos tanto familiares como nuevos “no saques la cabeza por la ventana”, “no toques la plancha puedes quemarte”, por lo tanto el lenguaje será también importante en esta etapa.

MODULO IV. EXPERIMENTACIÓN SOBRE EL ENTORNO (12 A 18 MESES)

Objetivos de desarrollo del niño en esta etapa:

El niño podrá efectuar acciones nuevas por sí mismo para explorar el espacio y los objetos. Consolidará el control postural y control corporal; desarrollará la capacidad de regular sus emociones y expresar necesidades y deseos.

Acciones cotidianas de la madre/cuidador para promover el desarrollo:

La madre/cuidador proporcionará un ambiente seguro y libre de riesgos y realizará un monitoreo constante de las expresiones y necesidades del niño; fomentará nuevas experiencias que pongan en juego la capacidad de interactuar por sí mismo con los adultos y pares; favorecerá el juego libre ofreciendo variedad de actividades y situaciones cotidianas.

Estrategia central del programa para favorecer el desarrollo:

Favorecer en la madre/cuidador la capacidad de direccionar la actividad de experimentación del niño mediante actividades variadas de exploración de su entorno que le faciliten la consolidación de patrones de movimiento y control postural; la madre actitudes que favorezcan en el niño el reconocimiento y expresión de necesidades y emociones; promover la autorregulación en la relación con adultos y pares.

Condiciones finales del niño para continuar al siguiente modulo del programa:

Control postural (CP): El niño se desplaza libremente para explorar el medio de un punto a otro con estabilidad.

Interacción comunicativa y lenguaje (IL): El niño muestra interés por los objetos de su entorno, control postural y lingüístico para expresar necesidades e indica con señas o verbalmente lo que quiere y lo que no quiere.

Manipulación (M): El niño comienza a tomar alimentos por sí mismo.

Cognitivo (C): El niño comprende instrucciones sencillas y es capaz de iniciar o detener la actividad verbalmente.

Actividades propuestas para el Módulo IV		
Pág.	*Clave	Actividad
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Control Postural</i>		
141	IV 1.4	Espero hincado las burbujas
142	IV 1.5	Tren de huacales
147	IV 2.4	Levanto pelotas y las meto en una caja
148	IV 2.5	Camino por un circuito de texturas y coloco aro en poste
154	IV 3.5	Me desplazo en diferentes planos
158	IV 4.2	Encuentro bloques de madera
160	IV 4.4	Camino en recipientes con diferentes texturas.
168	IV 5.5	Subo y bajo bancos
173	IV 6.3	Arriba y abajo busco huevos
174	IV 6.4	Canción: La rana (Anexo 4.5)

Actividades propuestas para el Módulo IV		
Pág.	*Clave	Actividad
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Manipulación</i>		
139	IV 1.1	Saco y meto aros en pijas
146	IV 2.2	Imito diferentes trazos
152	IV 3.2	Pinto con diferentes texturas
153	IV 3.3	Pinto mis manos
153	IV 3.4	Me lavo y seco las manos
157	IV 4.1	Coloco monedas de plástico en la alcancía
160	IV 4.5	Uno para ti, uno para mi
166	IV 5.2	Tiro la basura en su lugar
172	IV 6.1	Dibujo mi mano
173	IV 6.2	Paso las páginas de un cuento

Actividades propuestas para el Módulo IV		
Pág.	*Clave	Actividad
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Interacción comunicativa y lenguaje</i>		
147	IV 2.3	Aprendo a soplar burbujas
159	IV 4.3	Comparto mis juguetes
167	IV 5.3	Escucho animales sonoros
167	IV 5.4	Canción: La vaca Lola se molestó (Anexo 2.2)
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Cognitivo</i>		
140	IV 1.2	Reconozco objetos cotidianos
140	IV 1.3	Grande y chico
145	IV 2.1	Me reconozco en una fotografía
165	IV 5.1	Identifico mi ropa
151	IV 3.1	Juego a darle de comer al bebé
175	IV 6.5	Cielo y tierra

*Clave de la actividad: Se compone del módulo, número de sesión y número de la actividad según el orden de la sesión.



SESIÓN NO. 1

“RECONOZCO OBJETOS COTIDIANOS”

Se pretende que el Cuidador:

- Facilite objetos con los que el niño se motive a empujar como una silla, un banquito, una muñeca en desplazamiento cada vez más autónomo.
- Mediante situaciones de juego favorezca el cambio postural con apoyo de la posición de hincarse para recoger objetos del suelo, sentado y levantarse, con el fin de favorecer el control postural.
- Cuando el niño se encuentre en posición “W” al realizar alguna actividad (al jugar con objetos de televisión, etc.) corrija esta postura, colocando sus piernas debajo de sus glúteos o bien llevar las piernas adelante.
- Mediante juegos de “dame”, “toma” y “pon”, favorezca en el niño los movimientos dirigidos usando oposición de pulgar para la manipulación coordinada de objetos pequeños (pasas, dulces, chochito inflado, cereal, etc.) para introducirlos en algún recipiente con boca angosta.
- En la higiene y la alimentación propicie el reconocimiento de objetos de uso común, diciéndole mostrándole su uso (peine, crema, jabón, cuchara, vaso, silla, etc.), así como favorecer la comprensión.
- Favorecer en el niño el saludo de mano con pares.

Se pretende favorecer en el Niño:

- Empuje objetos como una silla, banco, entre otros, autorregulando su fuerza al empujarlos para el desarrollo de la autonomía.
- El cambio postural de hincado a la posición bípeda, con el control del equilibrio.
- Se siente con las piernas al frente o hincado colocando las piernas debajo de los glúteos.
- Use dos o tres dedos y oposición de pulgar para manipular objetos pequeños como pasas, dulces, galleta, arroz inflado, cereal, e introducirlos en recipientes de boca angosta, en los juegos de “dame”, etc.
- Reconozca objetos de uso común como el plato, cepillo, tenedor, jabón, etc., conocer su nombre y la diferencia entre grande y chico.
- Salude de mano a pares, cuidadores y otros miembros de la familia.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 1	Actividad
Logros y obstáculos	
Canción de bienvenida	Hola, hola (Anexo 4.1)
Actividad: IV 1.1	Saco y meto aros en pijas
Actividad: IV 1.2	Reconozco objetos cotidianos
Actividad: IV 1.3	Grande y chico
Actividad: IV 1.4	Espero hincado las burbujas
Actividad: IV 1.5	Tren de huacales
Canción de despedida	Naranja dulce (Anexo 4.2)

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa

Canción de bienvenida. Hola, hola (Anexo 4.1).

Material: Canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

Todas las diadas colocadas en círculo y sentados en sillas pequeñas, con el niño de espalda a su cuidador, pueden ver a los demás miembros del grupo, entonen la canción modificando la letra con el nombre de cada niño. Karla te decimos hola ¿Cómo estás?”, al terminar la canción su cuidador lo guíe para que salude a sus compañeros y cuidadores (dependiendo del tamaño del grupo, si es pequeño a todos).

Actividad IV 1.1. Saco y meto aros en pijas.

Material: Pijas de madera y aros de plástico.

Desarrollo de la actividad:

Proporciona al cuidador una pija de madera con 6 aros de plástico, explica al cuidador que la pija de madera no la deben soltar y que el objetivo de la actividad es que el niño saque y meta los aros de plástico siguiendo instrucciones claras y sencillas “pon”, “saca”, “dame”, “ten”. Cuida que los niños realicen la actividad con ambas manos. Cuando realicen la actividad, el cuidador puede darle un ejemplo y guiar el movimiento del niño, después dejarlo solo por imitación y verbalización simultánea de la instrucción sencilla.

Recomendaciones para el cuidador:

- Evite darle la pija al niño, ya que se podría golpear con ella al intentar explorarla y además perder el tiempo.
- En casa proporcione al niño pasas, dulces, chochitos, migas de galleta, cereal, arroz inflado, chícharos, etc. los tome para introducirlos en algún recipiente.

Qué observar en el niño:

● Es capaz de sacar y meter los aros de la pija.	■ Solo saca los aros, se le dificulta meterlos.	▲ Falta de atención y agresividad.
	■ Periodos de atención cortos, no termina la actividad.	

Actividad IV 1.2. Reconozco objetos cotidianos.

Material: Colchoneta, vaso, peine y cuchara.

Desarrollo de la actividad:

Entrega tres objetos de uso diario (vaso, peine y cuchara) en una bandeja a los cuidadores, vacía la colchoneta y den instrucciones sencillas al niño: “dame el vaso”, extendiendo su mano para que le entregue el vaso, después que le otorgue el objeto lo volverá a colocar en su lugar para que estén los tres y le pida al niño tome otro objeto que no sea el que le pidió, el cuidador no debe recibirlo y decirle “ese no es el peine”, “ese es un vaso, dame el peine” porque el niño se puede confundir al escuchar el nombre de los dos objetos.

Recomendaciones para el cuidador:

- Llame la atención del niño, hable con seguridad y utilice un tono de voz clara al pedir los objetos, adicione la mano extendida para que el niño le entregue el objeto.
- Procure no hacer la actividad con juguetes porque ellos tomarán el que más les guste, perdiendo el objetivo de la actividad.

Qué observar en el niño:

● Reconoce los objetos y entrega al cuidador el objeto que le pide.	■ Periodos de atención cortos.	▲ Irritabilidad
	■ Acierta una vez.	▲ No atiende

Actividad IV 1.3. Grande y chico.

Material: Pares de objetos cotidianos iguales pero de diferente tamaño, grande y chico (platos, tazas, etc.) y colchoneta.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que siente al niño en la colchoneta frente a él, ejemplifica la acción con una cuchara, coloca ambas cucharas en la colchoneta a la vista de todos, muestra a los niños la cuchara grande diciendo “esta es la cuchara graaaaande”, colócala a lado de la otra cuchara chica, después toma ésta última para enseñárselos diciendo “esta es la cuchara chica” y colócala un lado de la grande. Después entrega al cuidador otros dos objetos de diferente tamaño, para que le pida al niño uno de los dos objetos que le hayan tocado “dame el graaaaande”, después póngalo nuevamente en su lugar el objeto y pida ahora el objeto chico (o viceversa). Si el niño se equivoca dígame “ese no es el grande, dame el grande”, después repite la acción pidiendo el chico y festeje sus logros.

Recomendaciones para el cuidador:

- Las instrucciones deben ser claras y cortas para mejor comprensión.
- Si el niño le entrega el objeto equivocado, no se lo reciba, recuerde no confundir al niño diciéndole la misma frase como “esa no es taza chica, dame la taza grande”, para evitar confusiones dígame “dame la taza grande”.
- No se desespere si el niño se equivoca, a medida que practiquen esta actividad logrará hacerlo correctamente.
- En casa utilice objetos de uso común y haga el comparativo entre grande y chico, siempre y cuando las características, excepto el tamaño.

Qué observar en el niño:

 Mantiene la atención en las actividades aunque puede cometer errores.	 Periodos de atención cortos, se distrae con facilidad en su entorno.	 Falta de atención que se le solicita.

Actividad IV 1.4. Espero hincado las burbujas.

Material: Colchoneta y burbujas.

Desarrollo de la actividad:

Pide al cuidador que coloque al niño hincado en la colchoneta, teniendo cuidado que no se sienten en el piso y las piernas a los lados), el cuidador pueden dar apoyo en la cadera para que el niño mantenga las burbujas de jabón para que el niño al querer alcanzarlas se levante de la posición de hincado a pie, si el niño dice al cuidador que lo puede ayudar sacando una pierna quedando con una pierna flexionada al frente (90° debajo de la rodilla), con la planta del pie sobre el suelo y otra hincada, de esta forma pasa a la posición de apoyo en rodilla o tobillo de la pierna que tiene flexionada al frente para que se levante. Los cuidadores deben mantener la atención en las burbujas, preguntarles dónde están y animarles a que las toquen.

Recomendaciones para el cuidador:

Corrija la posición de “W”, sin regañarlo, dígame “siéntate bien” al mismo tiempo que corrige la postura, y con las piernas extendidas hacia el frente o bien hincado con las piernas debajo de la pelvis, para mantener el equilibrio, debilidad en los músculos de la cadera, abdomen y espalda, afectándole para caminar.

Qué observar en el niño:

● Se hinka correctamente y permanece atento a las burbujas.	■ Sentado se coloca en W y llora al corregirlo.	▲ Dificultad posición de
● Realiza la transición de hincado a parado con la técnica adecuada, apoyado de su cuidador.	■ No permite que lo apoyen para pasar de hincado a parado.	▲ No tiene fu ▲ Falta de at

Actividad IV 1.5. Tren de huacales.

Material: Huacal o silla pequeña.

Desarrollo de la actividad:

En un extremo de la colchoneta pide al cuidador que siente al niño, entrega un huacal a cada cuidador niño y motive a que pase de sentado a bipedestación agarrándose del extremo del huacal, des empujándolo y haciendo el sonido de un tren “chuchú.... chucuchucuchucuchucuchu”. Recomienda actividad y fuerza de las acciones del niño sobre el huacal para evitar accidentes. Si el huacal le queda n las manos del niño, puede cambiárselo por una silla pequeña.

Recomendaciones para el cuidador:

- Libere de todo obstáculo el camino donde va a pasar el niño para que no choque.
- Ayude a regular la fuerza que emplee el niño para empujar el huacal para prevenir accidentes.

Qué observar en el niño:

● Logra desplazarse con ayuda del huacal en línea recta.	■ Se niegue a participar en la actividad.	▲ No lo bipedestac

Canción de despedida. Naranja dulce (Anexo 4.2).

Material: Ninguno.

Desarrollo de la actividad:

Fomenta que el niño se despidiera de sus compañeros, dando la mano, si no lo hace indica al cuidador el brazo para dirigir el movimiento.



SESIÓN NO. 2

“CAMINO POR UN CIRCUITO DE TEXTURAS”

Se pretende que el Cuidador:

- Facilite en el niño la marcha cada vez más independiente, con cambios posturales durante la marcha bípedo, para agacharse y tomar del suelo objetos de su interés y pararse, en los juegos de “toma” y “saca”.
- Mediante el juego de “meter” y “sacar”, el niño establezca correspondencias de forma y tamaño (juguetes de resaca).
- Incorpore en las actividades de juego con el niño, el ejercicio del garabateo para facilitar movimiento de la punta del crayón sobre el papel, así como la imitación de línea, círculo y otros trazos.
- Realice actividades de juego en las que se requiere la acción del niño para producir un efecto interesante: hacer aparecer un objeto, apretar para producir un sonido, girar para abrir un recipiente, soplar para producir burbujas, etc.
- Favorezca en el niño el reconocimiento de sí mismo y de la familia a través de fotografías para la formación de la identidad.

Se pretende favorecer en el Niño:

- Los cambios posturales al estar en posición bípedo o en la marcha, para levantar objetos del suelo y moverlos voluntariamente y marcha autónoma para la exploración del ambiente, en los juegos de “toma” y “saca”.
- Establezca correspondencias de forma y tamaño (juguetes de resaca) en el juego de “meter” y “sacar”.
- Los movimientos de la mano en el garabateo, apoyando la punta del crayón sobre el papel e imitando trazos, desarrollando su creatividad.
- Use los medios para obtener objetos y resultados deseados como jalar para hacer aparecer un objeto, apretar para abrir un recipiente, soplar para producir burbujas, etc.
- Se reconozca así mismo, sus cuidadores y otros miembros de la familia en fotografías.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 2	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Hola, hola (Anexo 4.1)	
Actividad: IV 2.1	Me reconozco en una fotografía	
Actividad: IV 2.2	Imito diferentes trazos	
Actividad :IV 2.3	Aprendo a soplar burbujas	
Actividad: IV 2.4	Levanto pelotas y las meto en una caja	
Actividad: IV 2.5	Camino por un circuito de texturas y coloco aro en poste	
Canción de despedida	Naranja dulce (Anexo 4.2)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa

Canción de bienvenida. Hola, hola (Anexo 4.1).

Actividad IV 2.1. Me reconozco en una fotografía.

Material: Foto, listones y sábana.

Desarrollo de la actividad:

Indica al cuidador que coloque la foto del niño con un listón debajo de una sábana, dejando visible solo al niño de “jala” para que la descubra, al hacerlo le muestre la foto y pregunte señalando la imagen ¿Quién es este niño?, si el niño no responde, puede levantar su mano y decir: “yo”, para que el empiece a identificarse del niño al mirarse en la fotografía y ante la pregunta.

Recomendaciones para el cuidador:

- En el hogar muestre diversas fotos donde aparezca el niño solo, con sus padres, con sus hermanos o con otros familiares para que se empiece a identificar, preguntándole primero solo por él, dándole tiempo de respuesta, cuando aprenda a identificarse y pueda señalarse, puede empezar a preguntar por la demás familia como ¿Dónde está tu hermano Luis?, ¿Dónde está papá?, etc.
- Evite mostrarle fotos muy cargadas de imágenes o con muchas personas.

Qué observar en el niño:

● Jale los listones y descubre la fotografía.	■ Se le dificulta seguir indicaciones, presenta periodos cortos de atención.	▲ Falta de atención ▲ No realiza la actividad
● Pone atención a la fotografía, aunque todavía no sea capaz de responder ante la pregunta de “¿Quién es este niño?”.		

Actividad IV 2.2. Imito diferentes trazos.

Material: Mesa o banco, hoja y crayones.

Desarrollo de la actividad:

En una mesa o banco coloca una hoja pegada, entrega tres crayones al cuidador, para que muestre al niño motivando al niño a que observe, después ponga dos crayones sobre la mesa para que el niño los tome también círculos y diversos garabateos.

Recomendaciones para el cuidador:

- Preferentemente fije la hoja a la mesa o superficie firme y gruesa, para evitar que el niño se distraiga o se corte con el filo de la hoja.
- Utilice crayones gruesos para que se le facilite tomarlos.
- Motive al niño a utilizar las dos manos para el garabateo, en esta edad todavía no está definida la lateralidad que se utilicen ambas manos para las conexiones de los dos hemisferios cerebrales.

Qué observar en el niño:

● Toma un crayón en cada mano, pone atención a lo que realiza su cuidador y lo imita, hace garabateos o marcas claras sobre el papel.	■ Golpea la mesa con los crayones, no hace ningún trazo.	▲ No pone interés.
	■ Pone atención, toma el crayón pero no realiza movimientos de la mano para realizar trazo.	▲ No puede usar la mano.
	■ Realiza movimientos sin apoyar la punta del crayón sobre la hoja de papel.	

Actividad IV 2.3. Aprendo a soplar burbujas.

Material: Tubos para burbujas de jabón.

Desarrollo de la actividad:

Entrega a los cuidadores un tubo para hacer burbujas de jabón, pidiéndoles que enseñen al niño a soplar. Llaman la atención del niño en todo el proceso, inflen las mejillas exageradamente, hagan más ruido de forma que los niños vean cómo se forma la burbuja, haciendo cara de sorpresa y animando al niño para que los cuidadores detecten los logros parciales, los animen y festejen.

.Recomendaciones para el cuidador:

- Refuerce la actividad logrando llamar la atención del niño para que lo imite, exagere los movimientos

Qué observar en el niño:



Observa al cuidador y lo imita en su intento para hacer burbujas de jabón.



Observa pero no intenta soplar.



Irritación e



Falta de a
sin expresi

Actividad IV 2.4. Levanto pelotas y las meto en una caja.

Material: Pelotas pequeñas y caja con diferentes tamaños de orificios.

Desarrollo de la actividad:

Deja caer pelotas pequeñas en el salón para que los niños las levanten tomados de la mano de su cuidador. Agacharse y recoger una pelota del suelo diciéndoles “toma una pelota”, pidiéndole que la inserte en los orificios de diferentes tamaños a través de la instrucción “pon en la caja”, permítale explorar el contorno de los orificios para descubrir por cual orificio cabe la pelota.

Recomendaciones para el cuidador:

- En casa puede poner algún juguete u otros objetos en el suelo y pedirle que los meta en una caja o caja que esté colocado arriba sobre alguna mesa u otro mueble firme, para que tenga que agacharse y para que use su mano.

Qué observar en el niño:

● Atiende a las indicaciones de su cuidador.	■ Se sienta para tomar las pelotas, no acepta flexionar las rodillas para tomarlas.	▲ Falta de actividad.
● Se agacha poniéndose en cuclillas para recoger objetos del suelo con ayuda de su cuidador.	■ Parcialmente sigue indicaciones de su cuidador.	

Actividad IV 2.5. Camino por un circuito de texturas y colocó aro en poste.

Material: Colchonetas con texturas y poste con aros grandes.

Desarrollo de la actividad:

El niño descalzo pase por un circuito con colchonetas de diferentes texturas, dirigido por la mano de su cuidador. El cuidador comienza en la colchoneta más suave a la más áspera, señale o haga un golpeteo a la colchoneta por donde debe caminar motivándolo. Al llegar al final coloque un aro en el suelo para que se agache y lo tome, después se levante y lo coloque en el poste. El cuidador encuentre más arriba a la altura de sus hombros, con las instrucciones “toma” y “pon”. En la siguiente actividad el cuidador tomará al niño con la otra mano para que trabaje ambas partes de su cuerpo.

Recomendaciones para el cuidador:

- De un poco de apoyo al niño para conducirlo hasta la meta final y observe la conducta del niño en el camino.
- Lleve al niño a que camine en diferentes texturas descalzo en un piso de tierra, pasto, arena, verificando que no haya ningún objeto que pueda lastimarlo, como piedras, basura o algún vidrio.

Qué observar en el niño:

● Camina descalzo, dejándose guiar por su cuidador, aún con cierta falta de equilibrio en la marcha.	■ Ciertas texturas no las tolera.	▲ No tolera ciertas texturas.
● Sigue indicaciones.	■ No concluye la actividad, se regresa o sale del camino.	▲ Camina descalzo sin seguridad.
		▲ Falta de actividad.

Canción de despedida. Naranja dulce (Anexo 4.2).

SESIÓN NO. 3**“JUEGO A DARLE DE COMER AL BEBÉ”****Se pretende que el Cuidador:**

- Facilite el control corporal y la actividad exploratoria del niño a través de la marcha autónoma, motivando obstáculos que se presentan en la trayectoria de desplazamiento (rodear, pasar por debajo de, o por encima de).
- Favorezca las habilidades manuales en el niño, en las que se requiere de la acción del niño para abrir tapas de botellas y frascos para descubrir el contenido.
- Incorpore en las actividades de juego con el niño, el ejercicio del garabateo para facilitar movimientos de garabateo con el dedo índice de ambas manos para la imitación de líneas, círculos y otros trazos.
- Favorezca en el niño diferentes formas para el reconocimiento de las partes de su cuerpo (plasmar sus partes en plastilina, masa de maíz o harina, o pintar en papel sus manos untadas de mermelada, cajeta, pintura, etc.).
- Involucre al niño en actividades sencillas de autocuidado en la vida cotidiana como peinarse, lavarse las manos, untarse crema en cuerpo, tallarse durante el baño, vestirse.
- Inicie con juegos simbólicos que impliquen acciones de cuidado, higiene, alimentación, etc., para la imitación de los niños en el ambiente social.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El control corporal y su actividad exploratoria, liberando obstáculos que se presenten en la trayectoria de desplazamiento.
- Las habilidades manuales para abrir tapas de botellas y frascos con el fin de descubrir el contenido.
- Los movimientos de la mano en el garabateo, usando el dedo índice de ambas manos e imite líneas, círculos y otros trazos, tolerando ensuciarse las manos.
- Reconozca partes de su cuerpo plasmadas en diferentes materiales como plastilina, masa de maíz, harina, etc.
- Participe en actividades sencillas de autocuidado en la vida cotidiana, al untarse crema en el cuerpo, lavarse las manos, vestirse, etc.
- Juegue simbólicamente con acciones de cuidado, higiene, alimentación, etc., al darle de comer a un muñeco, arrullarlo, acostarlo, etc.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 3	Actividad	C
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Hola, hola (Anexo 4.1)	
Actividad: IV 3.1	Juego a darle de comer al bebé	
Actividad: IV 3.2	Pinto con diferentes texturas	
Actividad: IV 3.3	Pinto mis manos	
Actividad: IV 3.4	Me lavo y seco las manos	
Actividad: IV 3.5	Me desplazo en diferentes planos	
Canción de despedida	Naranja dulce (Anexo 4.2)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa

Canción de bienvenida. Hola, hola (Anexo 4.1).

Actividad IV 3.1. Juego a darle de comer al bebé.

Material: Recipientes, cucharas de colores, bloques de madera y muñeco.

Desarrollo de la actividad:

Coloca en un recipiente varias cucharas de colores junto con varios bloques de madera. Pide al cuidador que muestre la cuchara ante la expresión “mira la cuchara” y la deposite nuevamente en el interior del recipiente, ensayando la acción “toma una cuchara para darle de comer al bebé”, si el niño se equivoca no le reciba el bloque de madera, sino que dice: “Esa no es una cuchara, toma una cuchara”, cuando el niño tenga la cuchara, pida con una intención “darle de comer”, señalándole al muñeco que tiene en sus brazos el cuidador, esperando a que el niño ejecute la acción. El cuidador ejemplifique la acción. Pregunte posteriormente a los cuidadores si alguno de los niños ya sigue órdenes sencillas cotidianas, dándoles oportunidad de que digan algunas.

Recomendaciones para el cuidador:

- Ponga dos materiales diferentes en un recipiente, por ejemplo tapas con sopas o arroz y haga el juego de pasar las tapas.
- Haga participar al niño para realizar acciones de autocuidado, como darle al bebé su biberón, arrullarlo, etc.

Qué observar en el niño:

● Realiza la discriminación de objetos, aunque tiene errores.	■ Tiene dificultades para seguir indicaciones.	▲ Falta de atención.
● Presta atención a su cuidador y sigue indicaciones, imitando la acción de dar de comer.	■ Discrimina objetos, pero no realiza la acción de dar de comer al bebé.	▲ El niño no solicita, utiliza objetos ajenos a su experiencia.

Actividad IV 3.2. Pinto con diferentes texturas.

Material: Mesa forrada con papel bond, cajeta, miel, mermelada, capsup.

Desarrollo de la actividad:

Coloque los ingredientes sobre la mesa: una botella con cajeta, botella con miel, frasco de mermelada. niño a abrir tapas de botellas y frascos, abriéndolo previamente, dejándolo fácil de destapar y abrir pa ejecute la acción. Cada ingrediente, posterior a ser destapado se verterá un poco frente a cada niño, in motive al niño a pintar, dándole la instrucción de “pinta” y mostrándole cómo pintar con el dedo índice uso de ambas manos para manipular las texturas.

Recomendaciones para el cuidador:

- Practique esta actividad con alimentos que pueda consumir el niño, pues si lleva las manos a problema, al terminar la actividad lave o limpie sus manos.
- Deje que el niño explore las texturas, sea tolerante si ensucia su ropa.
- En la hora de la comida, permita que tome el alimento para llevárselo a la boca con sus manos introduzca la cuchara o tenedor. Intervenga si el niño comienza a jugar con la comida, evite regañar de comer usando los utensilios y a que participe en su manejo.

Qué observar en el niño:

● Está atento y sigue órdenes, explora las diferentes texturas que le ofrecen, aunque puede rechazar alguna.	■ Se limpia con frecuencia las manos en su ropa.	▲ Falta de at
● Usa el dedo índice para pintar sobre el papel, imitando a su cuidador.	■ Utiliza toda la mano para pintar con las texturas.	▲ No tolera ofrecidas.
		▲ Se irrita al

Actividad IV 3.3. Pinto mis manos.

Material: Mesa forrada con papel bond, cajeta, mermelada, capsup y hojas blancas.

Desarrollo de la actividad:

En continuidad con la actividad anteriormente descrita, en un hoja tamaño carta color blanca, el cuidador plasma la mano de cómo plasmarlas en una hoja de papel, para posteriormente darle la oportunidad al niño que ponga un ingrediente completamente en la palma de sus manos, luego plasme su mano en una hoja blanca. Después en la hoja al niño, después invítelo a que lo haga también, dándole instrucciones sencillas como “ponte mermelada en la palma de tu mano”, “pon tu mano aquí”. Limpia sus manos con una toalla húmeda.

Recomendaciones para el cuidador:

- Favorezca en el niño diferentes formas para el reconocimiento de las partes de su cuerpo (plasma la mano con mermelada, cajeta, pintura vegetal, barro, etc. en una hoja, plasmar sus manos en plastilina, o en un papel, o delinear el contorno de su mano en una hoja, entre otras.

Actividad IV 3.4. Me lavo y seco las manos.

Material: Cajas con jabón, toalla para manos, recipiente y jarra con agua.

Desarrollo de la actividad:

Proporciona a cada cuidador una cajita con jabón en su interior y una toalla. Después de una demostración, que avisen a los niños que se van a lavar las manos, que necesitan sacar el jabón de la caja y dárselo. Después de lavarse las manos y secarse con la toalla. Conforme se lavan y secan las manos observa la forma cómo lo hacen los niños por medio de órdenes o palabras de acción. Enfatiza la importancia de permitirle al niño la participación en la vida cotidiana.

Recomendaciones para el cuidador:

- Permita la participación del niño en actividades sencillas en la vida cotidiana, ponerse crema, peinarse, levantar o guardar cosas.

Qué observar en el niño:

● Imita la acción de lavarse y secarse las manos.	■ Se le dificulta seguir indicaciones.	▲ Falta de at
		▲ Se niega actividad.

Actividad IV 3.5. Me desplazo en diferentes planos.

Material: Aditamentos para la marcha.

Desarrollo de la actividad:

Realiza un circuito utilizando diferentes aditamentos con diferentes niveles, por ejemplo rampa, colchoneta plana, para que los niños lo recorran sin zapatos con la menor cantidad de ayuda posible de su cuidador. Los aditamentos son de plástico y resbalosos al pisar con calcetines o zapatos, así también para observar si se fijan por dónde camina señalando y haciendo un golpeteo a la colchoneta. Una vez realizado el recorrido, se observa el logro del niño.

Recomendaciones para el cuidador:

- Insista al niño a que se fije por donde va a pisar, señalando el piso y diciéndole que se fije por donde va.
- Con mínimo apoyo dirija al niño para desplazarse en diferentes planos, llevándolo a lugares inclinados que encuentran en parques, lugares de recreación o en casa.
- Dele apoyo a los pies del niño utilizando los zapatos adecuados, tipo botita, con suela flexible, gruesa y antideslizante.

Qué observar en el niño:

● Camina descalzo dejándose guiar por su cuidador, realizando ligeras compensaciones para no perder el equilibrio.	■ No concluye la actividad, se regresa o sale del camino.	▲ No tolera e
		▲ Camina de
		▲ Pierde el e camina de

Canción de despedida. Naranja dulce (Anexo 4.2).

SESIÓN NO. 4**“APRENDO A COMPARTIR”****Se pretende que el Cuidador:**

- Facilite el control corporal y a la actividad exploratoria del niño en la búsqueda de objetos a través de la marcha voluntaria, motivándolo a sortear obstáculos que se presentan en la trayectoria de desplazamiento (pasar adelante, por encima de, agacharse, levantarse) y la búsqueda de objetos.
- Mediante juegos de “dame”, “toma” y “pon”, favorezca en el niño los movimientos dirigidos con los dedos índice y pulgar para la manipulación coordinada de objetos pequeños (fichas, monedas de plástico o palillos) para introducirlos en una alcancía.
- Favorezca en el niño la acción de compartir y desprenderse de juguetes y objetos de su agrado, dándole otro a cambio “préstame tu juguete”, “mira te presto el mío”, de tal forma que el niño empiece a compartir un poco de los objetos de su preferencia y pueda autorregularse.
- Motive al niño a compartir alimento (fruta, dulces, galletas, etc.) durante los horarios de comida o en momentos familiares, iniciando con sus cuidadores y posteriormente con los demás miembros de la familia “dame esta galleta”, “dale un dulce a tu hermano”.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El control corporal y la actividad exploratoria para encontrar objetos a través de la marcha voluntaria, motivándolo a sortear obstáculos que se presentan en la trayectoria del desplazamiento.
- Los movimientos dirigidos para la manipulación de objetos pequeños como fichas, monedas, palillos, usando los dedos índice y pulgar para introducirlos en una alcancía.
- Inicie a compartir objetos y juguetes de su agrado, favoreciendo la autorregulación emocional ante el compartir.
- Comparta alimentos con sus cuidadores y demás miembros de la familia o en momentos de convivencia.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 4	Actividad
Logros y obstáculos	
Canción de bienvenida	Hola, hola (Anexo 4.1)
Actividad: IV 4.1	Coloco monedas de plástico en la alcancía
Actividad: IV 4.2	Encuentro bloques de madera
Actividad: IV 4.3	Comparto mis juguetes
Actividad: IV 4.4	Camino en recipientes con diferentes texturas
Actividad: IV 4.5	Uno para ti, uno para mi
Canción de despedida	Bravo, bravísimo (Anexo 4.4)

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa

Canción de bienvenida. Hola, hola (Anexo 4.1).

Actividad IV 4.1. Coloco monedas de plástico en la alcancía.

Material: Monedas de plástico o metal y alcancía.

Desarrollo de la actividad:

Pide a los cuidadores que se coloquen en un extremo del área de trabajo, para que se forme con monedas una línea en el suelo, una para cada niño. Entrega a cada cuidador una alcancía, para que haga una demostración de la línea para colocarla adentro de la alcancía, después sea el niño quien recoja las monedas de la alcancía ante la petición de "PON". El cuidador debe sostener la alcancía para que cada vez que el niño la alcancía cambiando la posición de la ranura (horizontal o vertical), al terminar de recoger todas las monedas sonar la alcancía con las monedas adentro, diciéndole al niño: "escucha" "suena" para que sea consciente de lo que puede realizar al moverla, entregue la alcancía al niño para que él haga sonar la alcancía.

Recomendaciones para el cuidador:

- De instrucciones claras y sencillas al realizar esta actividad para que el niño pueda entenderlas.
- Si al niño se le dificulta insertar la moneda en la alcancía, muéstrole cómo realizar la actividad y las necesarias girando la ranura en horizontal y vertical.
- Promueva esta actividad en la casa, si no se cuenta con una alcancía, elabore una utilizando un bote de plástico (para que pueda ver las monedas en el interior) con tapa, hacerle una ranura para insertar fichas de plástico pero sin dejarlo solo para evitar que se las lleve a la boca.

Qué observar en el niño:

● Se pone en cuclillas para recoger la moneda del suelo con ayuda de una mano de su cuidador.	■ No logra insertar todas las monedas pero lo intenta.	▲ Falta de atención al usar cuclillas o no recoger las monedas.
● Inserta las monedas en la alcancía, aún después de varios intentos.	■ Se frustra tras un intento fallido y se resiste a continuar la actividad.	▲ No intenta insertar la moneda en la alcancía.

Actividad IV 4.2.- Encuentro bloques de madera.

Material: Bloques de madera en forma de rectángulo y caja con tapa cubierta de foami (hacerle dos ranuras anchas y otra en angosto).

Desarrollo de la actividad:

Coloca bloques de madera en el suelo, parcialmente escondidos y distribuidos por el mobiliario como silla. El cuidador guíe al niño, acompañándolo en toda el área, generando la necesidad de estar alerta a los bloques que encuentran dispersos en el ambiente, pregunte al niño: ¿Dónde está el bloque?, “Vamos a buscarlo”, uno a uno y si él no lo ve, señale “ahí está”, “dame”, para que el niño se agache a recoger un bloque del suelo. Cuando el niño lo tiene en su mano ya incorporado, ofrezca una caja con una cubierta de plantilla de foami con dos huecos cortados para que entren los bloques, e indique que los introduzca en el bote.

Recomendaciones para el cuidador:

- De instrucciones claras y sencillas para que el niño pueda entenderlas.
- Tenga cuidado de que no se vaya a golpear la cabeza con el mobiliario cuando el niño se agache a recoger los bloques del suelo.
- En casa hagan acciones de búsqueda de algunos objetos, como sus zapatos, su gorra, etc.

Qué observar en el niño:

● Cuando su cuidador le señala los bloques que están en el suelo, se fija poniéndose en cuclillas para recogerlos, tomado de la mano de su cuidador.	■ Tiene dificultades para seguir las indicaciones.	▲ Falta de atención al seguir las cuclillas con los bloques de madera.
● Inserta los bloques en la caja.	■ No logra insertar todos los bloques en la caja, pero lo intenta.	▲ No intenta insertar los bloques en la caja.
	■ Se frustra tras un intento fallido y se resiste a continuar la actividad	

Actividad IV 4.3. Comparto mis juguetes.

Material: Juguetes y objetos. Canción: Qué bonito es compartir (Anexo 4.3).

Desarrollo de la actividad:

En un círculo con los niños sentados junto a sus cuidadores, entrega a cada uno (cuidador y niño) un juguete para cantar la canción de compartir y al término de cada ronda presten su juguete al niño que está a su "derecho" y al niño que se encuentra a su izquierda le pida el suyo con "préstamelo", si el niño se niega a prestar o recibir otro, su cuidador puede intervenir para decirle que lo preste o lo reciba. Los juguetes deben ser variados de tal forma que no todos sean atractivos para el niño, por ejemplo puedes incluir una sonaja, un peluche, etc. Explica al cuidador que el niño comprende el concepto de compartir, pero cuando tiene un juguete que quiere desprenderse de él, pero con su motivación y ayuda va a poder lograrlo.

Recomendaciones para el cuidador:

- También puede pedirle su juguete y a cambio darle otro, para que no sienta que se ha quedado con el suyo. "préstame tu juguete", "mira te presto el mío".
- Practique esta estrategia en casa pidiendo al niño que le preste un juguete que tenga en sus manos, como un peluche, carrito, etc., si el niño accede tómelo por un momento y luego devuélvaselo. Si no lo hace, siga intentando hasta lograrlo. Evite preguntarle "¿Me lo prestas?", sino "préstame tu juguete" porque lo primero le da lugar a la duda y el segundo implica el seguimiento de un orden.
- Si hay otro miembro de la familia puede decirle que le pida al niño que le preste su juguete, si se niega, diciéndole: "préstale tu juguete".

Qué observar en el niño:

● Comparte los objetos y juguetes, aun cuando muestre cierta resistencia con el de su preferencia, con motivación y ayuda de su cuidador lo logra.	■ Tiene dificultades de desprenderse de juguetes de su preferencia, se frustra o llora por un momento pero se autorregula.	▲ Se niega a compartir y se muestra inconsolable.

Actividad IV 4.4. Camino en recipientes con texturas.

Material: 5 recipientes con diferentes texturas.

Desarrollo de la actividad:

En 5 recipientes grandes con diferentes texturas como hojas de papel rasgadas, hojas secas de árbol, p u otra textura, organiza a todos los niños en una fila y por turno pasen por el camino, apoyados de u momento en que los cuidadores deben explicarle qué es y preguntarles cómo se siente. Observe l identifique cuál le gusta o cuál no.

Recomendaciones para el cuidador:

- Lleve al niño a que camine en diferentes texturas descalzo en un piso de tierra, pasto, arena, verifico objeto que pueda lastimarlo, como piedras, basura o algún vidrio.

Qué observar en el niño:

 Tolera pisar las texturas y manifiesta sus preferencias.	 Se resiste con ciertas texturas, se inquieta o llora.	 Se irrita al
		 No tolera e

Actividad IV 4.5. Uno para ti, uno para mí.

Material: Pasas, frut lups, arándanos o gomitas.

Desarrollo de la actividad:

Entrega al cuidador un puñado pequeño de pasas, gomitas, frut lups o arándanos, realiza una demostr luego el cuidador realice la actividad con el niño, compartiéndole y diciéndole: “uno para ti, uno para puñado al niño y pida que lo reparta, uno para él (cuidador) y uno para el niño utilizando la misma fra problema, puede intentar replicar la actividad con alguno de sus pares, si por el contrario, el niño trata d el cuidador puede guiarlo hacia el propósito de la actividad diciéndole “dame” y extendiéndole la mano.

Recomendaciones para el cuidador:

- En casa refuerce la actividad enseñándole a compartir alimentos con el resto de la familia.

- Puede también compartir juguetes con el niño, debido a que todavía se le dificulta compartir, puede cambiarlo del que le está pidiendo. Dígale “préstame tu juguete” y “te presto mi juguete”.

Qué observar en el niño:

- Sigue las indicaciones de su cuidador, logra compartir.
- El niño pretende comerse todo, se le dificulta compartir.
- ▲ No comparte.

Canción de despedida. Bravo, bravísimo (Anexo 4.4).

Material: Ninguno.

Desarrollo de la actividad:

Invita a todos los presentes que al entonar esta canción, todos aplaudan por el esfuerzo y logros obtenidos. No forzar al niño para que participe aplaudiendo, posteriormente lo hará por imitación.

SESIÓN NO. 5

“SUBO Y BAJO BANCOS”

Se pretende que el Cuidador:

- Facilite el control corporal y a la actividad exploratoria del niño en la búsqueda de objetos a través de juegos de desplazamiento, motivándolo a lograr retos en la trayectoria de desplazamiento (subir y bajar bancos, escaleras, etc.), cuidando de no dejarlo solo.
- Mediante juegos de “toma”, “pinta” y “rompe”, favorezca los movimientos dirigidos con los dedos índice, medio y anular, como el garabateo, rasgar y estrujar papel.
- Interese al niño a estar alerta al mundo sonoro que le rodea, para fijar, mantener y prolongar la atención sobre el sonido de un carro, un helicóptero, un chorro de agua, una alarma, un animal, etc..
- En las acciones de autocuidado (al bañarse, vestirse, irse a dormir, etc.) propicie el reconocimiento de objetos personales del niño (toalla, ropa, calzado, cepillo dental, gorra, lentes, etc.), y la participación activa del niño en estas acciones.
- Integre al niño en actividades diarias que permitan desarrollar su autonomía, mediante tareas sencillas como limpiar el lugar, limpiar la mesa, guardar calcetines en un cajón, etc), con la aplicación de normas sociales básicas.
- De instrucciones claras y concretas al niño para facilitar la comprensión y el seguimiento de órdenes.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El control corporal y la actividad exploratoria para encontrar objetos a través de la marcha voluntaria se presenten en la trayectoria del desplazamiento.
- Los movimientos dirigidos con los dedos índice y pulgar para realizar el garabateo, rasgar y estrujar “toma”, “pinta” y “rompe”.
- Procesos atencionales con la finalidad de que se mantenga alerta al mundo sonoro que le rodea: acciones, personas, objetos que producen algún sonido, o bien por sonidos ambientales emergentes de la vida cotidiana.
- El reconocimiento de objetos de uso personal del niño como su toalla, su cepillo, plato, ropa, calzado, etc., activa del niño en su uso, durante las acciones de autocuidado al bañarse, vestirse, alimentarse, irse a dormir, etc.
- Participe en actividades sencillas de la vida cotidiana como guardar cosas, tirar la basura, recoger los juguetes, etc., para fomentar su autonomía e integrándose como miembro de la familia.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 5	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Hola, hola (Anexo 4.1)	
Actividad: IV 5.1	Identifico mi ropa	
Actividad: IV 5.2	Tiro la basura en su lugar	
Actividad: IV 5.3	Escucho animales sonoros	
Actividad: IV 5.4	Canción: La vaca Lola se molestó (Anexo 2.2)	
Actividad: IV 5.5	Subo y bajo bancos	
Canción de despedida	Bravo, bravísimo (Anexo 4.4)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa

Canción de bienvenida. Hola, hola (Anexo 4.1).

Actividad IV 5.1. Identifico mi ropa.

Material: Colchoneta pequeña, banco de madera, ropa y objetos personales.

Desarrollo de la actividad:

Solicita a los cuidadores que indiquen al niño que vayan por la ropa y los objetos personales que trajeron: pantalón, collar, lentes (solicitados a los cuidadores en la sesión anterior). Coloca a los cuidadores y niños en el banco de madera. Los cuidadores les entregan las prendas y objetos, y les indican a los niños que los coloquen en el banco. Los cuidadores les indican a los niños que les entreguen la ropa para colocarlos sobre el banco. Indica a los cuidadores que cuando digas por ejemplo: “esta es una gorra” ¿de quién es esta? espera unos segundos para esperar la respuesta del niño, si no lo hace levante la mano del niño y diga: “mío”. El niño levanta su prenda y se lo ponga, cuya respuesta válida también puede ser que lo ponga encima de la parte del banco. Cuando lo haga acertadamente feliciten su logro.

Recomendaciones para el cuidador:

- En casa pídale que le pase su ropa cuando va a vestirlo y nombre las prendas cuando va a ponerla. Aunado a mencionarle también las partes del cuerpo como “levanta tu mano”.
- Propicie que el niño participe identificando objetos personales y su uso, diciéndole por ejemplo “¿de quién es esta gorra?”, “pásame mi collar”, “ponme mi collar”.

Qué observar en el niño:

● Reconoce su ropa y objetos personales, los coloca o intenta poner en la parte del cuerpo que corresponde.	■ Tiene dificultades para seguir las indicaciones de su cuidador, con dificultad reconoce su ropa y su uso.	▲ Escasos niveles de irritabilidad.
		▲ No reconoce su ropa y no la identifica.

Actividad IV 5.2. Tiro la basura en su lugar.

Material: Mesa pequeña, papel periódico, plumón, y bote de basura.

Desarrollo de la actividad:

Alrededor de una mesa pequeña sienta a los niños con sus cuidadores atrás de ellos, indica a los cuidadores que pida el material al coordinador de manera verbal. Entrégales un pedazo de periódico y un plumón por hoja, el cuidador debe ir indicando al niño los lugares donde no haya pintado. Indica al cuidador que el periódico, rompa un poco de una orilla y pida al niño que lo rompa, con uno de los fragmentos que rasga como hacerlo bolita y que lo tire en el bote de basura, mismo que debe estar colocado alejado de la mesa. El cuidador debe ser muy claro en sus indicaciones, terminará la actividad cuando haya realizado todo el proceso al papel periódico.

Recomendaciones para el cuidador:

- Continúe con el garabateo y pida al niño que rompa papel y haga bolitas (periódico, crepé, china, etc.) para terminar la actividad, guarde y deje fuera de su alcance los materiales como plumones o crayolas, muebles, paredes o libros que no estén destinados para eso.
- Enseñe al niño con órdenes sencillas y claras a depositar la basura en su lugar (bote o bolsa), le muestra el mundo social que los rodea y deben aprender las normas que existen para tener un orden.

Qué observar en el niño:

● Toma el plumón, pone atención a lo que realiza su cuidador y lo imita, hace garabateos o marcas claras sobre el periódico.	■ Pone atención, toma el plumón, pero no realiza movimientos de la mano para realizar trazo.	▲ No pone atención, distrae o muestra interés en otros distractores.
● Rasga el papel periódico y va a tirarlo al bote de basura.	■ Realiza movimientos sin apoyar la punta del plumón sobre el periódico.	▲ No puede controlar el movimiento de la mano.

Actividad IV 5.3. Escucho animales sonoros.

Material: Cajitas con sonidos de animales y títeres.

Desarrollo de la actividad:

Entrega al personal y a familiares del cuidador un títere y una cajita con sonido de animales, para que se repartan en diferentes partes del salón. Por turnos cada cajita se accionará, para que también de la misma forma, cada niño responda a la petición “oye” y las preguntas “¿qué animal es?”, “¿dónde está?” dejando unos segundos para que el niño vaya a buscarlo, una vez que se dirija al lugar muestren el títere del animal que corresponda, entregándolo al niño y el títere.

Recomendaciones para el cuidador:

- Promueva que el niño atienda a los sonidos de animales que escuche en casa o en la calle como los de los animales, otros sonidos como carro, helicóptero, el chorro de agua de una llave, despertando su curiosidad por descubrirlos.

Qué observar en el niño:

- Escucha con atención el sonido de animales y se interesa por descubrirlos.
- Se distrae fácilmente y pierde el interés en la actividad.
- ▲ Los sonidos de animales no despiertan su curiosidad.

Actividad IV 5.4. Canción: La vaca Lola se molestó (Anexo 2.2).

Material: Canción por escrito y títeres.

Desarrollo de la actividad:

Cada cuidador coloque a su niño frente a otro cuidador. Entrega a cada cuidador un títere de animal y le ponga un nombre al animal que le tocó (perro, gato, pato, vaca, cerdo, borrego), por rondas cada cuidador lea la canción, por ejemplo “La vaca Lola se molestó, porque le pisé la cola y le dolió”, en seguida el cuidador imitará el sonido del animal, como mu mu// por qué le pise la cola y le dolió. Los cuidadores deben realizar en el tono de voz y en su gestualidad la canción.

Recomendaciones para el cuidador:

- Realiza la actividad cuando el niño esté tranquilo para poder cantarle y jugar con él.
- Sea muy expresivo gestualmente al cantarle para llamar su atención.
- Mencione al niño el nombre del animal y enseñe su sonido, no se limite solo al sonido.

Qué observar en el niño:

●	Pone atención a su cuidador y se muestra interesado.	■	Presenta periodos cortos de atención.	▲	No logra cantar, se observa como camina al canto.
				▲	Irritabilidad

Actividad IV 5.5. Subo y bajo bancos.

Material: Cinco bancos, muñeco, aro y poste.

Desarrollo de la actividad:

Con la ayuda de un muñeco el coordinador haga una demostración a los cuidadores de cómo guiar los niños para caminar por un circuito compuesto por cinco bancos a lo largo, formando una línea recta y cuidando que bajen los bancos (espacio para que baje el pie). Proporciona al niño un aro de plástico para que lo coloque al final del circuito, el cuidador ayude tomándolo de una mano, pero teniendo cuidado de regalarlo solamente para dar el apoyo necesario y que el niño sienta seguridad para subir y bajar escalones, indicando al niño a que ponga atención visual al inicio, trayecto y destino (señalando o haciendo un golpeteo en el suelo donde va a pisar), dándole también instrucciones verbales “fíjate donde pisas”, “mira aquí abajo”. Si en la siguiente ronda debe darle apoyo en la otra mano para que trabaje ambas partes.

Recomendaciones para el cuidador:

- Promueva que el niño suba y baje escalones, motivándolo a que se fije por donde va a pisar, señalando el sonido en el suelo para que ponga atención.

- Evite dejar solo al niño cerca de unas escaleras, bien porque las suba gateando o porque empieza a subir por la pared o barandales, puede perder el equilibrio y caerse.

Qué observar en el niño:

● Permite que le guíe su cuidador por el circuito para lograr una meta, a pesar de que tiene algunos desequilibrios, coloca un pie al subir un escalón, puede o no fijarse donde pisa para bajar y subir escalones.	■ Tiene dificultad para bajar los escalones, pierde el equilibrio, o se avienta con los dos pies.	▲ No puede bajar el escalón, se hace para atrás.
● Sostiene el aro en su mano para que al final lo inserte en un poste.	■ No culmina el destino del circuito, se inquieta.	▲ Camina de frente para el poste.
	■ Tiene dificultades para sostener el aro en su mano libre.	▲ Irritabilidad.

Canción de despedida. Bravo, bravísimo (Anexo 4.4).

**SESIÓN NO. 6****“BUSCO ARRIBA Y ABAJO”****Se pretende que el Cuidador:**

- Facilite el libre desplazamiento y a la actividad exploratoria del niño a través de la marcha y el cambio de posición para tomar objetos del suelo y levantarse.
- Desarrolle las habilidades manuales del niño mostrándole un libro, revista, cuento, etc., con imágenes que atraigan su atención, que pueda abrir y darle vuelta a las páginas.
- Mediante juegos de “toma” y “pinta mi mano” favorezca en el niño el uso del plumón con los dedos índice y pulgar para dibujar contornos de la mano o algún objeto.
- Favorezca la construcción de nociones espaciales “arriba” y “abajo”, señalando al niño objetos que se encuentren dentro del hogar (fotografía, espejo, tapete, etc.) o fuera de él (letrero, plantas, pájaros, hormigas, etc.), o mediante juegos de “fotografía” “mira abajo la hormiga”.
- Mediante los juegos de “buscar” y “encontrar” favorecer en el niño un apego seguro que le permita explorar el mundo con su cuidador.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El cambio postural para tomar objetos del suelo, en la actividad exploratoria y el libre desplazamiento.
- Abra y de vuelta a las páginas de un libro, revista, cuento, etc., poniendo atención a las imágenes y a las palabras.
- Tome plumón con los dedos índice y pulgar, para dibujar contornos de la mano o algún objeto identificando su forma, cuerpo y función.
- Construya nociones espaciales de “arriba” y “abajo”, con objetos cotidianos que se encuentren dentro y fuera del hogar.
- El apego seguro mediante los juegos de “buscar” y “encontrar”, tolerando la separación de su cuidador.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 6	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Hola, hola (Anexo 4.1)	
Actividad: IV 6.1	Dibujo mi mano	
Actividad: IV 6.2	Paso las páginas de un cuento	
Actividad: IV 6.3	Arriba y abajo busco huevos	
Actividad: IV 6.4	Canción: La rana (Anexo 4.5)	
Actividad: IV 6.5	Cielo y tierra	
Canción de despedida	Bravo, bravísimo (Anexo 4.4)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa

Canción de bienvenida. Hola, hola (Anexo 4.1).

Actividad IV 6.1. Dibujo mi mano.

Material: Banco, cartulina y dos plumones finos.

Desarrollo de la actividad:

Ejemplifica la acción de cómo dibujar una mano con algún cuidador para que el niño vea. Entrega una de color intenso a cada cuidador para que pida al niño que ponga su mano sobre la cartulina, diciéndole: “préstame tu mano” para que pueda dibujar el contorno, si el niño pretende retirarla, sosténgala para que mantenga sobre la cartulina, una vez terminado enséñele el dibujo que hizo diciéndole: “mira tu mano”. Entrega dos plumones para que él escoja diciéndole: “¿Cuál quieres?”, intentando que el niño exprese verbalmente su elección. El cuidador ponga su mano sobre la cartulina para que el niño intente dibujar el contorno de su mano, diciendo: “dibuja mi mano”, si se le dificulta puede dirigirle la mano para que termine de hacer la actividad.

Recomendaciones para el cuidador:

- Llame la atención del niño haciendo interesante la actividad al dibujar su mano sobre una hoja o cartulina, mostrando otros miembros de la familia.
- No se desespere si el niño no puede dibujar su mano, sobre todo si es su primera experiencia, poco a poco se irá acostumbrando a este tipo de actividad, cada vez que lo intente felicítelo por su esfuerzo.

Qué observar en el niño:

● Centra su atención al movimiento de su cuidador al dibujar el contorno de su mano.	■ No termina la actividad, pierde el interés.	▲ Falta de atención del cuidador.
● Intenta dibujar el contorno de la mano de su cuidador.		▲ No intenta dibujar la mano del cuidador.

Actividad IV 6.2. Paso las páginas de un cuento.

Material: Cuento con imágenes grandes.

Desarrollo de la actividad:

Entrega al cuidador un cuento con imágenes grandes, para que lo abra enfrente del niño y llame su atención de tiempo a que él intente pasar las hojas. Indica al cuidador que se siente cerca del niño y le describa del cuento señalándole las imágenes, permita que el niño sea quien tenga el cuento en sus piernas y se si lo hace muy rápido dígame que se espere y coloque su mano sobre la hoja impidiendo que le pase muy dicho de forma corta lo que están viendo.

Recomendaciones para el cuidador:

- En casa permita que el niño pueda pasar las hojas de un cuento, libro o revista con imágenes grandes problema si se rompe al manipularlo.
- Acérquese junto a él interesándose en la actividad y describa de forma breve las imágenes o acciones.

Qué observar en el niño:

● Pone atención y puede darle vuelta a las páginas del libro	■ Se le dificulta pasar las páginas de cuento porque sus movimientos son amplios y torpes.	▲ No tiene miedo de dar vuelta a la hoja para tomar el cuento.

Actividad IV 6.3. Arriba y abajo busco huevos.

Material: Huevos de unicel y tapa de huevo.

Desarrollo de la actividad:

Distribuya los huevos de unicel en el aula, unos arriba, otros abajo muy cerca del mobiliario. Indique al niño que vaya por un huevo, dando una instrucción clara: “tráeme un huevo”, el cuidador puede acompañarlo, si se le dificulta, el cuidador puede señalarle alguno, diciéndole “mira arriba” o “mira abajo” y cuando indique que vaya a colocarlo donde está la tapa de huevo pero no lo acompañe. Durante la actividad el cuidador debe estar cerca del niño para que no se vaya a golpear la cabeza al agacharse para levantar un huevo.

Recomendaciones para el cuidador:

- Refuerce las nociones espaciales de arriba-abajo, llamando su interés de cosas que estén a su alrededor. Mencionele: “mira arriba”, “mira abajo” y el nombre del objeto (por ejemplo arriba una fotografía pegada de un helicóptero, etc. y abajo hormiga, plantas, agua, etc).

Qué observar en el niño:

● Se interesa y busca el objeto arriba o abajo, empezando a construir estas nociones espaciales.	■ Tiene dificultades para seguir instrucciones.	▲ Falta de búsqueda.
● Es capaz de agacharse o estar en cuclillas, tomar el huevo y volverse a poner de pie, sin perder el equilibrio.	■ Presta atención por un momento, busca una vez los huevos y suspende la actividad.	▲ Ansiedad por separación.
● Puede separarse de su cuidador para ir a colocar los huevos en la tapa.	■ Es capaz de agacharse o estar en cuclillas momentáneamente realizando ajustes corporales, pero no se puede volver a parar porque pierde el equilibrio.	▲ Al agacharse se cae, o no se deja caer.

Actividad IV 6.4. Canción: La rana.

Material: Una abatelengua con globito en la punta y canción: La rana (Anexo 4.5).

Desarrollo de la actividad:

Colocados en círculo niños y cuidadores de pie, entrega a cada quien una abatelengua con un globito. El cuidador llama la atención del niño, y que utilizarán para subirlo y bajarlo con las manos y el cuerpo, de acuerdo a la letra de la canción.

Recomendaciones para el cuidador:

- Realice la actividad cuando el niño esté tranquilo y dispuesto para poder jugar con él.
- Juegue con el niño con rondas infantiles que impliquen agacharse y levantarse, bajar y subir las manos, etc. con otros niños o miembros de la familia.

Qué observar en el niño:

● Pone atención a su cuidador.	■ Presenta periodos cortos de	▲ No pone a
● Imita la acción de subir y bajar con las manos y el cuerpo.	atención.	▲ No particip

Actividad IV 6.5. Cielo y tierra.

Material: Escenario de cielo y tierra y figuras diversas.

Desarrollo de la actividad:

Pega un escenario en la pared, con un cielo y la tierra. El coordinador realice una demostración a los niños con un objeto arriba y otro abajo. En el cielo los niños peguen figuras como carros, árboles, personas, etc. En la tierra, nubes, sol, luna, aviones, etc. Los niños tomen una figura, y los cuidadores digan al niño “mira es un coche”. Los niños caminen hacia el escenario y peguen en el sitio que les corresponde, si se equivocan el coordinador los corrija. Los niños es abajo o arriba. Los cuidadores deben permanecer sentados y permitir que los niños vayan solos sin supervisión.

Recomendaciones para el cuidador:

- Refuerce las nociones espaciales de arriba-abajo, llamando su interés de cosas que estén arriba o abajo. Mencione: “mira arriba”, “mira abajo” y el nombre del objeto (por ejemplo arriba una fotografía pegada de un helicóptero, etc. y abajo hormiga, plantas, agua, etc).

Qué observar en el niño:

● Sigue indicaciones, comienza a construir las nociones de arriba-abajo, aunque hay errores.	■ Tiene dificultades para seguir instrucciones.	▲ Falta de at
● Puede separarse de su cuidador para ir a colocar las figuras en el escenario.	■ Se equivoca todas las veces.	▲ Se niega a seguir al cuidador.

Canción de despedida. Bravo, bravísimo (Anexo 4.4).

MODULO V: LOS INICIOS DEL LENGUAJE Y LA REPRESENTACIÓN (EDAD DE 18 A 24 MESES)



El niño experimenta las acciones para descubrir situaciones nuevas, presenta construcciones encaminadas a resolver problemas cada vez más complejos mediante estrategias cognitivas, ejercitando en cada intento su capacidad de exploración mediante un proceso encubierto equivalente a una experimentación interna, una exploración interior. Por ejemplo el niño puede detenerse a buscar formas de cómo jugar con un triciclo, puede empujarlo, jalarlo, moverlo, el movimiento del manubrio, etc. La interacción con los objetos y personas es más eficaz ante sus necesidades corporales se convierte en la herramienta principal de interacción, el ejercicio motriz se manifiesta en forma detallada, tratando de acomodar sus estructuras espaciales. Cada vez se comunica con mayor claridad.



perfecciona en la asimilación de nuevas palabras, siendo más selectivo y representativo en sus descripciones de los objetos que lo rodean e identifica.

En esta fase el niño tiene la capacidad de representarse hechos que no están presentes en su campo de experiencia. A través de imágenes simbólicas, el niño dispone de determinados recursos simbólicos, motores e imágenes que le permiten una limitada manipulación interna de la realidad. El niño también puede expresar de forma simple la realidad, siendo una reorganización espontánea de esquemas anteriores que se acomodan a una nueva situación. La inteligencia práctica queda subordinada a estructuras y representaciones mentales, este proceso de desarrollo que el niño puede incorporar un amplio repertorio de actividades inductivas-deductivas, de análisis y síntesis, en su entorno al cual está participando ya de una manera totalmente activa. Los periodos atencionales son cada vez más largos, le permiten analizar situaciones pudiendo además anticipar estrategias de acción. Ahora el niño tiene la capacidad de planear acciones antes que simplemente ejecutarlas, está preparado para un aprendizaje análogo, pero más complejo. El empleo de símbolos, llegando de este modo el fin del periodo sensorio-motor para comenzar con el periodo preoperacional, que esto signifique que el niño ya no continúe desarrollándose en la esfera sensoriomotora, significa que se están dando adaptaciones intelectuales más avanzadas que tendrán lugar a un ámbito conceptual ya no solo sensorio-motor.

Inicio a desarrollarse la autonomía al querer hacer las cosas por sí solo como comer, lavarse las manos, jugar en el baño, lograr la conquista de espacios antes prohibidos como escaleras, rampas, banquetas, en general la apropiación del espacio, y se manifiestan predominantemente dominios del desarrollo como la creatividad, favorecen los comportamientos exploratorios, la curiosidad y persistencia para conseguir nuevos recursos y oportunidades para desenvolverse con facilidad en su entorno.

Se retorna a la importancia de las funciones corporales y fisiológicas pero con un gran contenido de autonomía que con el sistema funcional cognitivo más fortalecido le ayudará a resolver el control de emociones (correr, saltar) y temperamental para evitar los berrinches, negociar lo que le interesa y justificar lo que no.



MODULO V. LOS INICIOS DEL LENGUAJE Y LA REPRESENTACIÓN (18 A 24 MESES)

Objetivos de desarrollo del niño en esta etapa:

El niño empleará el juego y el lenguaje para representar situaciones de la vida cotidiana.

Acciones cotidianas de la madre/cuidador para promover el desarrollo:

La madre/cuidador regulará la actividad del niño mediante el uso del lenguaje, favorecerá el reconocimiento de emociones, sentimientos y deseos de sí mismo y de otros (saber cómo se nombran e identificar de qué se trata).

Estrategia central del programa para favorecer el desarrollo:

Orientar a la madre/cuidador en el uso del lenguaje como regulador de la actividad del niño y promover la interacción comunicativa que favorezcan los intercambios comunicativos del niño y el juego representativo.

Condiciones finales del niño para continuar al siguiente modulo del programa:

Control postural (CP): El niño se desplaza libremente para explorar el medio de un punto a otro con estabilidad.

Interacción comunicativa y lenguaje (IL): El niño muestra interés por su medio y solicita se le informe sobre lo que ocurre en su entorno, expresa sus necesidades mediante algún tipo de lenguaje.

Manipulación (M): El niño prepara alimentos sencillos.

Cognitiva (C): El niño comprende órdenes simples, representa en el juego aspectos de la vida cotidiana y la realización de sus rutinas.

Actividades propuestas para el Módulo V		
Pág.	*Clave	Actividad
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Control Postural</i>		
183	V 1.1	Levanto pelotas del suelo y las meto en la caja
185	V 1.5	Camino en circuito de topes y bancos pequeños
192	V 2.5	¡Gooool!
197	V 3.4	Salto como sapito
204	V 4.5	Me desplazo por el camino de aros
209	V 5.4	Canción: Corre trenecito (Anexo 5.6)
214	V 6.3	Canción: Caminar, caminar y parar (Anexo 5.7)
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Manipulación</i>		
183	V 1.2	Encuentro aros
184	V 1.3	Ensarto aros en pijas
185	V 1.4	Pongo lentejas en portahielos
197	V 3.5	Lanzo la pelota en la canasta
215	V 6.4	Me lavo las manos
216	V 6.5	Vamos a preparar un sándwich
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Interacción comunicativa y lenguaje</i>		
189	V 2.1	Llamo al juguete de cuerda

191	V 2.4	Comparto mis juguetes jugando
195	V 3.1	Descubro quien me habla
196	V 3.3	Comparto mis pertenencias y me autorregulo
203	V 4.3	Canción: Las partes de mi cuerpo
203	V 4.4	Coloco aros en mi cuerpo
Funcionamiento principalmente implicado: <i>Cognitivo</i>		
189	V 2.2	Separo círculos y cuadrados
190	V 2.3	Rompo el papel de la caja sorpresa
195	V 3.2	Reconozco emociones de la vida diaria
201	V 4.1	Manos y bocas en la alberca
202	V 4.2	Pongo bocas en siluetas
207	V 5.1	Juego y aprendo colores
207	V 5.2	Identifico sensaciones de mojado y seco
209	V 5.3	Tiendo mi ropa mojada
213	V 6.1	Baño a Cuca
214	V 6.2	Visto a Cuca

*Clave de la actividad: Se compone del módulo, número de sesión y número de la actividad según el orden de la sesión.

**SESIÓN NO. 1****“CAMINO SORTEANDO OBSTÁCULOS”****Se pretende que el Cuidador:**

- Facilite el control corporal y la actividad exploratoria del niño a través de la marcha, motivándolo a superar obstáculos que se presentan en la trayectoria de desplazamiento (subir y bajar), dándole mínimo apoyo con una mano para coordinar el movimiento tomando un objeto.
- Mediante juegos de “busca” y “dame”, “ten” y “pon”; use los dedos índice y pulgar de ambas manos para tomar objetos pequeños, insertar en recipientes o en pijas y utilizar la cuchara como medio para vaciar el contenido de uno en otro.
- Mediante el juego de “meter” y “sacar”, el niño establezca correspondencias de forma y tamaño (juguetes de resaca).
- De instrucciones claras y concretas al niño para facilitar la comprensión y el seguimiento de órdenes.
- Favorezca en el niño el saludo de mano y la socialización con pares y adultos.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El control corporal al ajustar el propio cuerpo en el espacio, así como conductas anticipatorias al caminar, recibiendo mínimo apoyo de la mano de su cuidador y coordinando el movimiento al tomar objetos.
- Use los dedos índice y pulgar de ambas manos, para tomar objetos pequeños e insertarlos en recipientes, utilizar la cuchara como medio para vaciar el contenido de un recipiente y llenar otro, a través de los juegos de “meter” y “pon”.
- Establezca correspondencias de forma y tamaño (juguetes de resaca) en el juego de “meter” y “sacar”.
- De la mano para saludar, socializando con sus compañeros y personas adultas.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 1	Actividad
Logros y obstáculos	
Canción de bienvenida	Nos vamos a saludar (Anexo 5.1)
Actividad: V 1.1	Levanto pelotas del suelo y las meto en la caja
Actividad: V 1.2	Encuentro aros
Actividad: V 1.3	Ensarto aros en pijas
Actividad: V 1.4	Pongo lentejas en portahielos
Actividad: V 1.5	Camino en circuito de topes y bancos pequeños
Canción de despedida	Zum, zum (Anexo 5.2)

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP =Control postural; M = Manipulación; IL = Interacción comunicat



Canción de bienvenida. Nos vamos a saludar. (Anexo 5.1).

Material: Sillas pequeñas, bancos y canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

Solicita a los cuidadores que frente a sus niños se sienten en sillas pequeñas (o banco para el niño) medio para facilitar el saludo entre pares. Entonen la canción de bienvenida, siguiendo la letra “da la mano a mamá”, y “da la mano a mamá” salude a su mamá, y “da la mano a mamá” salude a su papá.

Actividad V 1.1. Levanto pelotas del suelo y las meto en la caja.

Material: Pelotas pequeñas de plástico y una caja con dos orificios (grande y pequeño).

Desarrollo de la actividad:

Deja caer pelotas pequeñas por el salón para que los niños se interesen en levantarlas, los cuidadores dicen simples “pon en la caja” para que los niños las inserten en la caja con orificios de diversos tamaños, descubra en cual orificio cabe, simultáneamente decirle: “pon en el orificio chico”.

Recomendaciones para el cuidador:

- Refuerce esta actividad involucrando al niño en actividades de la vida cotidiana, como guardar sus cosas, no solo mandarlo sino también muestre entusiasmo para hacer la actividad junto con él y felicitarlo cada vez que lo haga.
- Al guardar ropa, enséñele a que ponga sus calcetines u otras prendas en el cajón.

Qué observar en el niño:

● Enfoca su atención en las pelotas, de forma independiente levanta e inserta en la caja, alejándose de su cuidador.	■ Levanta pelotas del suelo pero no las inserta en la caja.	▲ Falta de atención.
	■ Se niega a desplazarse para insertar la pelota en la caja.	▲ No realiza la actividad.

Actividad V 1.2. Encuentro aros pequeños.

Material: Lentejas, aros de colores y bandeja.

Desarrollo de la actividad:

En una bandeja introduce lentejas y aros de plástico de colores. El cuidador primero enseñe al niño cuando se le da una instrucción verbal, simple y clara diga al niño “dame un aro” mostrándole la bandeja para que busque el aro.

los entregue a su cuidador. Si el niño se distrae con la sensación de las lentejas, el cuidador le repite la actividad repitiéndole la instrucción. Promueva el uso de ambas manos y cada vez que el niño le entregue, festeje su logro.

Recomendaciones para el cuidador:

- Realice esta actividad en casa, con diferentes texturas (arroz, papel en tiras, arena, etc.) y esconda los materiales pequeños para que el niño realice la búsqueda (fichas, aros o juguetes pequeños).
- Tenga precaución de cuidar que el niño no se lleve los materiales a la boca.

Qué observar en el niño:

● Sigue instrucciones y realiza la búsqueda de aros, entregándoselos a su cuidador.	■ Se distrae con la textura y se pierde el objetivo de la actividad.	▲ Falta de atención
		▲ Intolerancia a la textura

Actividad V 1.3. Ensarto aros en pijas.

Material: Aros de plástico y pijas de madera.

Desarrollo de la actividad:

Entrega una pija de madera al cuidador, explícale que este material es suyo y que no deben soltarlo, y la actividad es que el niño saque y meta los aros de plástico en la pija, mediante instrucciones cortas, claras como “saca”, “dame”, también cuide que la actividad sea realizada con ambas manos, si el niño tiene preferencia por una mano, ofreciéndole el material en la mano que menos utiliza para que tome e inserte el aro también con esa mano. Si el niño realiza la actividad solo con las instrucciones, póngale un ejemplo, guíe sin forzar el movimiento, y al mismo tiempo simultáneamente la instrucción.

Recomendaciones para el cuidador:

Puede insertar aros en un palillo de madera, un popote o en insertar cuentas pequeñas en un frasco pequeño con una abertura angosta.

Qué observar en el niño:

● Sigue instrucciones y realiza las acciones de sacar y meter aros en las pijas.	■ Tiene dificultades para seguir las instrucciones.	▲ Falta de atención
	■ No concluye la actividad.	▲ No sigue instrucciones para insertar aros



Actividad V 1.4. Pongo lentejas en portahielos.

Material: Portahielos, tina con lentejas y cuchara de plástico.

Desarrollo de la actividad:

Entrega cuidador un portahielos y una cuchara, recalcando al cuidador que el portahielo lo debe sostener. Indica al cuidador que promueva que el niño le diga “dame” para que le entregue la cuchara y con indicación utilice una cuchara para verter el contenido de una tina de lentejas en el lugar señalado por su cuidador.

Recomendaciones para el cuidador:

- En casa puede practicar la actividad sin utilizar materiales costosos, utilizando una cuchara, un arroz, frijol, lentejas u otra textura, motivando al niño para que haga el vaciado del contenido del recipiente.
- Acompañe y vigile al niño durante la actividad, porque puede llevarse el contenido a la boca o bien introducirlo en la oreja.

Qué observar en el niño:

● Sigue instrucciones, emite la palabra “dame” para pedir la cuchara.	■ Juega con la cuchara pero no realiza el objetivo de la actividad.	▲ Falta de atención
● Intenta vaciar las lentejas en un portahielos utilizando su cuchara, aun cuando se le riegue o lleve poco contenido en la cuchara		▲ No pide la cuchara
		▲ No realiza la actividad

Actividad V 1.5. Camino en circuito de topes y bancos pequeños.

Material: Banquitos, tapete de topes, aros de plástico grande y poste.

Desarrollo de la actividad:

Construye un circuito de topes y cinco bancos pequeños a lo ancho formando una línea recta, cuidando que los bancos no sea muy corta para que los niños intenten pasar o brincar directamente de uno a otro sin bajar. Caminar por un tapete de topes. Con la ayuda de un muñeco, modela a los cuidadores como guiar los niños para pasar los banquitos de forma segura y caminar por los topes, sin levantar demasiado el brazo del niño para darle soporte. Al final del recorrido denle un aro para que lo inserte en un poste y festejen su logro.



Recomendaciones para el cuidador:

- Puede reforzar la actividad, para pasar o brincar aros en el piso o utilizar otros recursos como dil círculos u otras figuras en el suelo, pegar figuras de papel en el suelo o seguir una línea de azulejos

Qué observar en el niño:

● Pasa o brinca los bancos apoyado de la mano de su cuidador.	■ Utiliza sólo un pie para pasar un banco de otro.	▲ Falta de atención donde pisa
● Alterna pies aunque no siempre.	■ Se inquieta antes de llegar a la meta.	
● Se esfuerza por llegar a la meta e inserta aro en poste.		

Canción de despedida. Zum, zum (Anexo 5.2).

Material: Ninguno.

Desarrollo de la actividad:

Invita al cuidador a que realice los movimientos que indica la canción: de atrapar una abeja juntando las acciones de liberarla relacionado a la despedida de todos los participantes en esta sesión. Sean muy amplios al llamar la atención del niño.



SESIÓN NO. 2

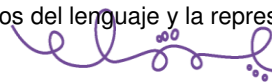
“PATEO LA PELOTA”

Se pretende que el Cuidador:

- A través del juego, facilite el control corporal y el equilibrio para patear pelota.
- Mediante el juego favorezca la identificación de figuras geométricas “cuadrado” y “círculos”, estableciendo correspondencias de forma.
- Realice actividades de juego en las que se requiere la acción del niño para descubrir el contenido (por ejemplo, abrir una bolsa, abrir un regalo).
- Motive al niño a pedir deseos y suplir necesidades verbalmente, nombrando los objetos por su nombre (dormir, etc.), aunque no lo haga correctamente.
- Favorezca en el niño la acción de compartir y desprenderse de juguetes y objetos de su agrado, pidiendo “¿me das el juguete?”, para mantenerlo por un tiempo breve y devolvérselo, de tal manera que el niño se desprenda de los objetos y pueda autorregularse.
- Promueva el juego con turnos para el manejo de la tolerancia en el niño.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El control corporal y equilibrio en el juego de patear pelota, regulando su actividad en relación con el espacio.
- Identifique figuras geométricas “cuadrado” y “círculo” estableciendo correspondencias de forma.
- Realice acciones para descubrir el contenido de una caja, bolsa, regalo, etc. en la que haga uso de sus habilidades motoras.
- Se exprese verbalmente sus deseos, necesidades y objetos (dame, ven, comer, pelota, carro, etc.).
- Comparta objetos y juguetes de su agrado, favoreciendo la autorregulación emocional ante el desprendimiento de los objetos.
- La tolerancia a la espera de turnos en el juego social con pares.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 2	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Nos vamos a saludar (Anexo 5.1)	
Actividad: V 2.1	Llamo al juguete de cuerda	
Actividad: V 2.2	Separo círculos y cuadrados	
Actividad: V 2.3	Rompo el papel de la caja sorpresa	
Actividad: V 2.4	Compartiendo mis juguetes	
Actividad: V 2.5	¡Gooool!	
Canción de despedida	Zum, zum (Anexo 5.2)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa



Canción de bienvenida. Nos vamos a saludar (Anexo 5.1).

Actividad V 2.1. Llamo al juguete de cuerda.

Material: Juguetes de cuerda (como pollitos, patos, conejos, etc.).

Desarrollo de la actividad:

Coloca un juguete de cuerda fuera del alcance de los niños, pide a los cuidadores que realicen la p mismo tiempo que se llama con la mano, al momento dale cuerda para que el juguete avance hacia cada cuidador un juguete para que ellos lo practiquen con el niño. Tiene que escucharse la palabra “v juguete y éste avance hacia ellos.

Recomendaciones para el cuidador:

- Motive al niño a pedir las cosas verbalmente, si señala una pelota porque la quiere, complete la petición si pide agua “dame agua”.

Qué observar en el niño:

 Dice la palabra “ven” para llamar al juguete de cuerda.	 Realiza la acción de petición “ven” solo con la mano.	 No hace n

Actividad V 2.2. Separo círculos y cuadrados.

Material: Dos cajas de cartón elaboradas, una en forma de cuadrado y otra en forma de círculo, 4 figuras de círculos.

Desarrollo de la actividad:

En un recipiente coloca 4 cuadrados y 4 círculos, cada cuidador pida al niño que saque una de las primera figura le diga “mira este es un círculo, ponlo aquí” y de igual manera haga con el cuadrado, al niño debe elegir dónde colocarlo. Si no lo hace de forma correcta el cuidador le dirá “ese no es cuadrado?”, de tal forma que el cuidador promueva que el niño pueda diferenciar entre las dos figuras. E por turnos.



Recomendaciones para el cuidador:

- Es importante considerar que para conocer las figuras geométricas, es necesario iniciar con lo sencillo, sobre todo si se trata de insertar en un juguete con diferentes figuras, cuando el niño lo logra en algunos momentos y de acuerdo a sus habilidades con el cuadrado, rectángulo, triángulo para finalizar con el círculo, suspendiendo la actividad e intentar otro día si observa que el niño se empieza a desesperar por no poder insertar cierta figura. Esto para que el niño se motive a continuar con la actividad en otro momento, de manera progresivamente y no se frustre iniciando con insertar figuras complejas.

Qué observar en el niño:

● El niño logra realizar la actividad, con la ayuda de su cuidador, mejora en la identificación de formas.	■ Intenta realizar la clasificación aunque se equivoca, pero mantiene la atención en la actividad.	▲ Falta de material.

Actividad V 2.3. Rompo el papel de la caja sorpresa.

Material: Caja de zapatos 6 con orificios cubiertos de papel china, diversos dulces y bolsas de papel.

Desarrollo de la actividad:

Muestre al niño una caja de zapatos con orificios circulares cubiertos de papel china, adentro con el contenido de los dulces y algunas tiras de papel de diversos colores. Realiza una demostración previa de la actividad para que pueda observar la oportunidad de descubrir las sorpresas de la caja, rompiendo con la mano en puño un orificio para introducir las tiras de papel en una bolsa de papel por medio de la petición “pon”, procurando que cada vez que saque una tira cambie de lugar la bolsa para que permanezca atento y los dulces no se caigan afuera.

Recomendaciones para el cuidador:

- Tenga paciencia cuando al niño se le dificulte realizar una actividad con la que no ha tenido experiencia, pero lo logrará.



Qué observar en el niño:

● Intenta romper el orificio, aunque no lo consiga fácilmente. ● Saca los dulces de la caja y los introduce en la bolsa de papel, manteniéndose atento cuando le cambian de lugar la bolsa.	■ Se frustra fácilmente al intentar romper el orificio y no poder luego. ■ No atiende a la indicación de introducir los dulces de la bolsa de papel.	▲ Falta de participar o romper el c

Actividad V 2.4. Comparto mis juguetes jugando.

Material: Juguetes y objetos. Canción: Qué bonito es compartir (Anexo 4.3).

Desarrollo de la actividad:

En un círculo con los niños sentados junto a sus cuidadores, entrega a todos los participantes un objeto. El cuidador, para cantar la canción de compartir y al término de cada ronda presten su juguete al niño de la izquierda diciéndole “te lo presto” y al niño que se encuentra a su izquierda le pida el suyo con “préstamelo”, si el niño no quiere soltarlo para prestar o recibir otro, su cuidador puede intervenir para decirle que lo preste o lo reciba, diciéndole “préstamelo”. Los juguetes y objetos deben ser variados de tal forma que no todos sean atractivos para el niño, por ejemplo: una sonaja, una bandeja, una prenda, etc. En esta actividad en alguna ocasión al niño no le tocará algún juguete, debe esperar hasta que termine la ronda y pueda recibir alguno, si comienza a irritarse porque no tiene algo que jugar, el cuidador debe tranquilizarlo diciéndole “espera”, “tranquilo ya te va a tocar”, pero no debe darle el juguete que tiene él, sino que el niño comprenda el concepto de compartir, pero cuando tiene un juguete que le gusta, es difícil que lo quiera compartir, pero con motivación y ayuda va a poder lograrlo.

Recomendaciones para el cuidador:

- Es muy difícil para un niño quedarse sin algún juguete u objeto, pero esta actividad le permite aprender a autorregularse.
- Fomenta en casa la espera de turnos como por ejemplo cuando se reparte alguna fruta o algún juguete entre los miembros de la familia, no comenzar con él sino con uno de sus hermanos o su papá y luego él.



Qué observar en el niño:

● Puede compartir los objetos y juguetes, aun cuando muestre cierta resistencia con el de su preferencia.	■ Tiene dificultades de desprenderse de juguetes de su preferencia, se frustra o llora por un momento pero se autorregula.	▲ Falta de at ▲ Se niega a

Actividad V 2.5. ¡Gooool!.

Material: Pelota de vinil y portería.

Desarrollo de la actividad:

Coloca una portería de 1-1.5 m de distancia de los niños, pon una pelota enfrente del niño con dirección cómo meter la pelota de una patada para que el niño observe e imite. Si el niño todavía no mantiene e patear la pelota, pide al cuidador que lo tome de una mano y lo motive a patear. La actividad se desar que el niño mantenga la atención en sus pares cuando tienen su turno para meter gol, de esta man esperar, cada uno puede realizar la actividad tres veces. Cuando el niño meta un gol, todos los presentes

Recomendaciones para el cuidador:

- Juegue con el niño a patear la pelota, generalmente es una actividad interesante para el niño, lanzar un objeto o haciendo alguna portería.

Qué observar en el niño:

● Es capaz de patear la pelota hacia la portería, llevando el pie hacia atrás sin perder equilibrio.	■ Intenta meter gol tomado de la mano de su cuidador, pateando la pelota hacia la portería.	▲ Pérdida c incapacida sus movim
● Espera su turno para realizar la actividad otra vez.	■ No logra llevar el pie de atrás hacia adelante, pierde el equilibrio. ■ Impulsa la pelota como consecuencia de dirigir su marcha sin parar hacia la pelota y la pisa.	▲ Falta de compañero

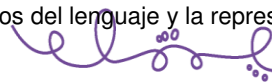
Canción de despedida. Zum, zum (Anexo 5.2).

**SESIÓN NO. 3****“RECONOZCO EMOCIONES DE LA VIDA DIARIA”****Se pretende que el Cuidador:**

- Proponga al niño actividades de juego como lanzar pelota y desplazamiento mediante acciones como saltar, correr, caminar solo punto, saltar avanzando, brincar de algún escalón, caminar hacia atrás, caminar a los lados, caminar en círculo, punto, promoviendo así el control corporal, la coordinación y el equilibrio.
- Favorezca en el niño la acción de compartir y desprenderse de juguetes y objetos de su agrado, mediante el juego “el juguete”, para mantenerlo por un tiempo breve y devolvérselo, de tal manera que el niño se desprenda de los objetos y pueda autorregularse.
- Exprese emociones (alegría, tristeza, enojo, etc.) y estados fisiológicos (hambre, sueño, frío, etc.) por medio del juego con el niño y ayude a responder de manera correcta a las conductas negativas de frustración, ira y enojo de los niños.
- Promueva que el niño responda al escuchar su nombre, construyendo el concepto de identidad.
- Favorezca el juego con turnos para el manejo de la tolerancia en el niño.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El control corporal y equilibrio en las diferentes formas de desplazamiento realizadas en el juego como saltar, correr, caminar en diferentes direcciones (atrás, adelante, a los lados, dar vuelta) y al lanzar pelota, regulando su acción en el entorno.
- Comparta objetos y juguetes de su agrado, favoreciendo la autorregulación emocional ante el desprenderse de los objetos.
- Reconozca emociones como enojo, alegría, tristeza, entre otros, relacionados con estados fisiológicos como hambre, sueño, calor, etc. expresadas por su cuidador.
- Mantenga la atención al escuchar su nombre y se identifique.
- Tolerancia a la espera de turnos en el juego social con pares.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 3	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Nos vamos a saludar (Anexo 5.1)	
Actividad: V 3.1	Descubro quien me habla	
Actividad: V 3.2	Reconozco emociones de la vida diaria	
Actividad: V 3.3	Comparto mis pertenencias y me autorregulo	
Actividad: V 3.4	Salto como sapito	
Actividad: V 3.5	Lanzo la pelota en la canasta	
Canción de despedida	El cangrejito camina para atrás (Anexo 5.3)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa

Canción de bienvenida. Nos vamos a saludar (Anexo 5.1).

Actividad V 3.1. Descubro quien me habla.

Material: Papelitos con cada uno de los nombres de niños y cuidadores.

Desarrollo de la actividad:

Reparte a cada cuidador un papelito que contenga el nombre de uno de sus compañeros, primero demostración, nombrando a un cuidador “Lupitaaaaaaa, Lupitaaaaa”, ¿Dónde está Lupita? (ella responde es Lupita?, ella responda: “Yo”. Posteriormente y por turnos cada cuidador nombrará a quien le tocó por el niño al escuchar su nombre o el nombre de su cuidador. Al pronunciar el nombre del niño da tiempo (inténtelo dos veces) en caso de no responder al nombrarlo por tercera vez, su cuidador tome su turno respondiendo simultáneamente a la interrogante con “aquí estoy” o “yo”.

Recomendaciones para el cuidador:

- En casa juega con los demás miembros de la familia e involucra al niño para que se motive a nombrar el nombre. Cuando lo logre felicítelo.

Qué observar en el niño:

● Está atento a la actividad y reacciona con expresiones gestuales o verbales al escuchar su nombre y el de su cuidador.	■ No se escuchan expresiones verbales, pero se observan gestuales.	▲ Falta de atención
	■ Se inquieta si el cuidador pretende dirigirlo tomando su brazo para levantarlo.	▲ Es indiferente al escuchar su nombre o no lo observa

Actividad V 3.2. Reconozco emociones de la vida diaria.

Material: Papeletas de niños con diferentes emociones y muñeco.

Desarrollo de la actividad:

Pide a los cuidadores que seleccionen una papeleta de niños y niñas que expresan emociones (alegría, tristeza, etc.), así como algunos estados fisiológicos (sueño, hambre, sed, cansancio, enfermo, frío, etc.), que con la finalidad de que los cuidadores de manera expresiva cuenten a los niños una breve historia que

de situaciones de frustración, en la consigna de utilizar palabras pivote: Utiliza un muñeco que realice la acción de bañarse. Se le dice: “Lía no le gusta bañarse”.... Al principio se molesta, pero luego disfruta mucho el baño, se moja, talla su cuerpo, baña a su muñeca, Lía termina su baño feliz”. Al término de cada participación, refuerza la actividad por alguna acción que observó al muñeco, por ejemplo: “talla su cuerpo, su cabeza”, conversa un poco acerca de lo que le sucede, desencadenan la ira de los niños, las maneras de cómo las expresan y las estrategias que ellos utilizan para manejarlas.

Recomendaciones para el cuidador:

- Cuente una historia corta y clara para que el niño pueda identificar la emoción que se plantea. Así como imite alguna de las acciones que incluyó en la historia. Lo puede hacer con un muñeco o en sí mismo, para que el niño se interese en imitarlo.
- Puede utilizar un cuento o una revista en donde aparezca alguna persona ejecutando una acción, que el niño observe los estados fisiológicos para imitarlos.

Qué observar en el niño:

● Presta atención a la historia del cuidador, identifica emociones planteadas e imita algunas.	■ Tiene dificultades para seguir instrucciones.	▲ Falta de atención o distractores.
● Realiza acciones de cuidado o higiene en el muñeco.	■ Está poco interesado en realizar acciones de cuidado e higiene en el muñeco.	▲ No imita acciones.

Actividad V 3.3. Comparto mis pertenencias y me autorregulo.

Material: Juguetes y objetos. Canción: Que bonito es compartir, (Anexo 4.3).

Desarrollo de la actividad:

Descrita en el módulo V: Los inicios del lenguaje y la representación (edad de 18 a 24 meses), se describe la actividad V 2.4: Compartiendo mis juguetes jugando.



Actividad V 3.4. Salto como sapito.

Material: Colchoneta y antifaz para los cuidadores de sapitos.

Desarrollo de la actividad:

Proporciona un antifaz de sapito a cada cuidador para que se lo ponga y sobre una colchoneta sin zapatos muestren al mismo tiempo a los niños como salta un sapito, colocándose en posición de cuclillas para niños a que lo hagan: “ahora tú salta”. Si el niño pide que le coloquen el antifaz puede ponérselo su cuidador.

Recomendaciones para el cuidador:

- Si el niño todavía no logra colocarse en posición de cuclillas, puede motivarlo a que comience de pie e intentar nuevamente en posición de cuclillas.

Qué observar en el niño:

● Se coloca en cuclillas e intenta saltar. Se encuentra atento y disfruta de la actividad.	■ No se coloca en posición de cuclillas pero intenta saltar de pie.	▲ No prefiere estar en cuclillas.
●		▲ Se cae todo el tiempo.

Actividad V 3.5. Lanzo la pelota en la canasta.

Material: Pelotas de tamaño mediano y una canasta.

Desarrollo de la actividad:

Coloca una canasta con agujero amplio en un extremo del área de trabajo, forma a los niños en una fila con una alfombra o plástico. Por turnos pase cada niño a lanzar la pelota para meterla en la canasta. Todos los cuidadores en ese momento estén tirando la pelota, al lograr meter la pelota se le felicita y aplaude y debe ir por su pelota al final de la fila, en caso de no lograr meter la pelota debe ir también por su pelota para volverlos a intentar después. La distancia entre la cesta y los niños es de aproximadamente un metro y medio para que estén en su alcance meter la pelota y procurar no dejarlo por debajo de la altura de sus hombros.



Recomendaciones para el cuidador:

- Puede utilizar diferentes materiales para motivar al niño a que lance la pelota, como un aro, un mueble, o para tirar un objeto, comenzando por colocarlo a la altura de sus hombros y cuando lo l

Qué observar en el niño:

● Camina solo sosteniendo su pelota y lanza la pelota para encestar aunque no siempre lo logre.	■ Intolerancia a la espera de turnos, tiene dificultades para desprenderse de la pelota.	▲ Falta de at
● Al lanzar la pelota con una o ambas manos no pierde el equilibrio.	■ No logra coordinar el lanzamiento de la pelota sin perder el equilibrio.	▲ Presenta
● Se mantiene tranquilo en la espera de turnos.	■ Acomoda su cuerpo para lanzar la pelota, pero en el intento se cae o lanza deficientemente.	movimient
		retorcidos

Canción de despedida. El cangrejito camina para atrás (Anexo 5.3).

Material: Canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

Invita a que todos de pie, hagan un círculo niños y cuidadores, a fin de que cuando canten “el elefante ca junten al centro lo más que puedan; “el cangrejito camina para atrás,” se separen del círculo dando unos tortuga ni pa un lado ni pa el otro”, realicen movimientos hacia el lado derecho e izquierdo; y den una vuel cantar “la hormiguita da una vuelta en su lugar”.

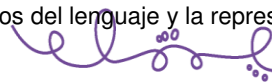
**SESIÓN NO. 4****“IDENTIFICO PARTES DE MI CUERPO”**

Se pretende que el Cuidador:

- Facilite el control corporal y equilibrio del niño en la marcha, motivándolo a vencer obstáculos al desplazamiento (por encima de, adentro de, debajo de), dándole mínimo apoyo con una mano y controlando tomando un objeto con la mano libre.
- Identifique oportunidades diarias de aprendizaje y exponga al niño a situaciones experienciales a través de la identificación de partes del cuerpo, utilizando formas creativas de llamar su atención (rompecabezas de pocas piezas, juegos para la discriminación entre dos partes, colocación de prendas y objetos en el cuerpo).
- Promueva los procesos atencionales de enfocar, mantener y prolongar una tarea en el niño.
- De instrucciones claras y concretas al niño para facilitar la comprensión y el seguimiento de órdenes.

Se pretende favorecer en el Niño:

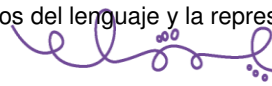
- El desplazamiento con mayor autonomía y seguridad, al recibir mínimo apoyo de su cuidador al superar obstáculos, favoreciendo el control corporal y el equilibrio.
- Identifique partes del cuerpo en diferentes formas de juego con su cuidador (rompecabezas de pocas piezas, colocación de prendas y objetos en el cuerpo, etc.).
- Prolongue sus periodos atencionales al realizar una tarea sencilla, hasta concluirla.
- Comprenda y atienda a instrucciones sencillas para el cumplimiento de una orden o realizar una actividad.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 4	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Soy un niño (Anexo 5.4)	
Actividad: V 4.1	Manos y bocas en la alberca	
Actividad: V 4.2	Pongo bocas en siluetas	
Actividad: V 4.3	Canción: Las partes de mi cuerpo	
Actividad: V 4.4	Coloco aros en mi cuerpo	
Actividad: V 4.5	Me desplazo por el camino de aros	
Canción de despedida	El cangrejito camina para atrás (Anexo 5.3)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP =Control postural; M = Manipulación; IL = Interacción comunicat



Canción de bienvenida. Soy un niño (Anexo 5.4).

Desarrollo de la actividad:

Pide a los cuidadores se sienten en sillas pequeñas junto con los niños en círculo para que todos puedan cantar la canción de bienvenida las rondas necesarias para modificar la letra de acuerdo al sexo y nombre del niño. Ejemplo: "Yo me llamo: Rosy". Al terminar de nombrar a todos los niños, salúdense de mano.

Actividad V 4.1. Manos y bocas en la alberca.

Material: Alberca inflable, manos y pies.

Desarrollo de la actividad:

Introduce en una alberca a la vista de todas las manos y bocas hechas con material foami, estando el niño alrededor de la alberca el coordinador llame la atención del niño haciendo una dinámica de las manos y pies encima de la parte del cuerpo que le corresponde tanto de sí mismo como de otros cuidadores y niños. El coordinador pide una mano con la instrucción "dame una boca" o "dame una mano". Después de la ejemplificación los cuidadores interactúan con el niño, para que el niño identifique la parte del cuerpo que su cuidador le ha pedido y se lo entregue. Si el niño entrega una pieza equivocada a su cuidador, no se la reciba y diga: "esta no es mano, dame una mano" y muestre su mano y cómo es diferente al que tomó, pídale que lo regrese a la alberca y que tome la correcta.

Recomendaciones para el cuidador:

- En casa practique la actividad poniendo una caja o recipiente dos tipos de objetos, frutas o verduras como zanahorias y ejotes, corcholatas y tapas, u otros materiales disponibles.

Qué observar en el niño:

● Se mantiene atento en la demostración del coordinador.	■ Va a la alberca, pero toma varias piezas, sin hacer discriminación de lo que le están pidiendo.	▲ Falta de atención.
● Sigue órdenes verbales, sin distraerse va por manos o bocas, aunque con errores.		▲ No sigue instrucciones del cuidador.
		▲ No identifica partes del cuerpo.



Actividad V 4.2. Pongo bocas en siluetas.

Material: Hojas de papel blancas con bocas pintadas con labial de color intenso, bocas de foami, cinta adhesiva, madera.

Desarrollo de la actividad:

Solicita al cuidador que indique al niño que pida su hoja en blanco con siluetas de bocas pintadas con labial de color intenso, bocas de foami, cinta adhesiva, madera fije con cinta adhesiva la hoja. De instrucciones al niño para que coloque las bocas de foami en las siluetas, cuando lo haga correctamente celebre su logro.

Recomendaciones para el cuidador:

- Refuerce la actividad en donde el niño tenga que permanecer sentado para concluir una tarea, como dibujar, ver juntos una revista donde pueda señalar partes del cuerpo, leer un cuento con animales, imitar sonidos de animales, etc.
- Jueguen con un rompecabezas del cuerpo humano de pocas piezas, para que el niño identifique las partes del cuerpo humano.
- Si el niño a la hora de la comida acostumbra pararse de la mesa, y con ruegos regresa por más comida, manténgalo sentado hasta que acabe, diciéndole también que ya no va a haber comida si se va y no regresa.

Qué observar en el niño:

● Se encuentra atento y sigue las instrucciones de su cuidador.	■ Tiene dificultades para mantenerse sentado y terminar la actividad.	▲ Falta de atención.
● Se mantiene sentado sin levantarse de su lugar.		▲ No sigue instrucciones del cuidador.
● Coloca las bocas encima de las siluetas de la hoja de papel.		▲ No identifica las partes del cuerpo humano.
		▲ Se niega a participar en la actividad.



Actividad V 4.3. Canción: Las partes de mi cuerpo (Anexo 5.5).

Material: Canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

Formando un círculo niños y cuidadores entonen la canción, cada cuidador debe mencionar y mostrar un cuerpo que sirve, motivando al niño a imitar el movimiento. Por ejemplo: “estas son mis manos” y enseñen a aplaudir” y aplaudan.

Recomendaciones para el cuidador:

- Realice la actividad cuando el niño esté tranquilo para jugar con él.
- Muestre entusiasmo por la actividad para motivar al niño a que participe.

Qué observar en el niño:

 Pone atención e imita a su cuidador.	 Presenta periodos cortos de atención.	 No pone atención.
		 No participa.

Actividad V 4.4. Coloco aros en mi cuerpo.

Material: Aros.

Desarrollo de la actividad:

Reparte aros de plástico a los niños y sus cuidadores con el fin de que sean colocados en diversas partes del cuerpo. El cuidador utilice su creatividad para sugerir al grupo en qué parte del cuerpo serán colocados. Identificar con los cuidadores que función se puede llevar a cabo en cada segmento corporal generando un juego simbólico. Ejemplo: “Vamos a colocar el aro en el pie... miren como puedo hacerlo girar”, “Ahora vamos a poner el aro en la cabeza como si fuera un sombrero”, haciendo que el niño imite las actividades que realiza su cuidador y el de los demás. Las instrucciones no muy rápidas para que el niño tenga tiempo de colocarse el aro o en caso necesario le ayude. Una vez que todos los cuidadores hayan participado por ronda pide al niño que regrese el aro y que pidan a su cuidador que se lo entregue también.



Recomendaciones para el cuidador:

- Si en casa no cuenta con aros, se puede sustituir con objetos donde entre el pie o la mano y no sea peligroso, por ejemplo un collar, un cordón, etc.

Qué observar en el niño:

● Identifica la parte del cuerpo que está indicando el cuidador y coloca o intenta colocar el aro ahí.	■ Está atento a lo que hacen los demás pero él no lo intenta.	▲ Falta de atención a dónde se va.
		▲ No entiende la instrucción.

Actividad V 4.5. Me desplazo por el camino de aros.

Material: Aros de plástico, bote con tapa y juguetes.

Desarrollo de la actividad:

En el piso coloca una hilera de aros de plástico para que el niño pase dentro de ellos, de tal forma que la distancia entre ellos sea un paso para quedar dentro del siguiente, acomoda los aros para que el niño tenga que dar pasos para avanzar. Al llegar al final de la hilera ponga un bote con tapa con unos juguetes en su interior para que el niño tome el bote como un recipiente que tiene su cuidador, debiendo regresar por el mismo camino de aros, donde el cuidador debe estar al inicio de la hilera) para que el niño vaya y regrese solo. En caso de que el niño no pueda avanzar y necesite ayuda, el cuidador puede dejar su recipiente al inicio de la hilera y acompañar al niño para señalarle el aro que debe pisar, si pierden el camino puede darle la mano brindándole mínimo apoyo. Al término deja que los niños jueguen con lo que está en el bote. Los cuidadores de que es necesario que el niño se fije en el camino que van recorriendo para evitar accidentes.

Recomendaciones para el cuidador:

- Puede hacer variantes a la actividad, por ejemplo caminar en figuras dibujadas con gis como círculos, triángulos, etc. en el suelo o seguir una línea de azulejos del piso, etc.

Qué observar en el niño:

● Realiza el recorrido en los aros de manera coordinada sin perder el equilibrio.	■ Requiere ayuda de su cuidador para poder realizar la actividad.	▲ Falta de coordinación en la marcha.
		▲ No se fija en el camino.

Canción de despedida. El cangrejito camina para atrás (Anexo 5.3).

**SESIÓN NO. 5****“IDENTIFICO SENSACIONES DE MOJADO Y SECO”****Se pretende que el Cuidador:**

- Propicie juegos sociales con el niño, que impliquen diferentes formas de desplazamiento: correr, marchar, entre otros, brindando seguridad en el niño e inhibiendo conductas de sobreprotección parental.
- Mediante el juego favorezca la identificación de colores, realizando la discriminación de objetos para colores o lugares indicados.
- A través del juego favorezca la identificación de “mojado” y “seco” a través de experiencias que permitan reconocer sobre su cuerpo las sensaciones de mojado y seco, promoviendo el control de esfínteres en casa.
- Integre al niño en actividades diarias que permitan desarrollar su autonomía, mediante tareas sencillas como tirar la basura en su lugar, limpiar la mesa, guardar calcetines en un cajón, etc), con la aplicación de normas básicas en el hogar.
- Favorezca en el niño el reconocimiento de sí mismo para la formación de su identidad.

Se pretende favorecer en el Niño:

- Desarrolle diferentes formas de desplazamiento al correr, brincar, marchar, dar vuelta, favoreciendo la coordinación postural.
- Identifique colores a través del juego, realizando la discriminación entre dos o tres.
- Identifique el estado de “mojado” y “seco” mediante el juego, concientizando sobre su cuerpo estas sensaciones.
- Participe en actividades sencillas de tirar la basura en su lugar, limpiar la mesa, guardar sus calcetines en su lugar, favoreciendo su autonomía y apegándose a normas sociales básicas en el hogar.
- Se reconozca a sí mismo por su nombre y género, formando su identidad.

PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 5	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Soy un niño (Anexo 5.4)	
Actividad: V 5.1	Juego y aprendo colores	
Actividad: V 5.2	Identifico sensaciones de mojado y seco	
Actividad: V 5.3	Tiendo mi ropa mojada	
Actividad: V 5.4	Canción: Corre trenecito (Anexo 5.6)	
Canción de despedida	Adiós, adiós (Anexo 2.3)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa



Canción de bienvenida. Soy un niño (Anexo 5.4).

Actividad V 5.1. Juego y aprendo colores.

Material: Alberca inflable con pelotas de varios colores y 3 recipientes de color transparente.

Desarrollo de la actividad:

Sitúa en el extremo del aula una alberca inflable con muchas pelotas pequeñas de colores, del otro extremo con una pelota de algún color en cada una de ellas. El niño debe dirigirse a la alberca y tomar una pelota hasta donde están los recipientes, para colocarla en donde se encuentre una igual que la tiene y regresar a la alberca. Si el niño pretende introducir la pelota en un recipiente equivocada, el cuidador puede decirle: “aquí no están las rojas”, pues si le dice: “esa es azul, busca donde están las rojas”, se podría confundir al niño en el tiempo.

Recomendaciones para el cuidador:

- Puede reforzar el aprendizaje de colores, con diferentes actividades muy fáciles de realizar, por ejemplo: pintar pintadas de colores o fichas de colores y separarlos en botes forrados con papel del mismo color o realizarla, con botes transparentes y una ficha adentro que contenga algún color.

Qué observar en el niño:

● De forma independiente toma una pelota de la alberca y va a colocarla en el recipiente que contiene el mismo color, comete errores.	■ Realiza el desplazamiento solo con la compañía del cuidador.	▲ No logra desplazarse
		▲ Tiene dificultades para el desplazamiento

Actividad V 5.2.- Identifico sensaciones de mojado y seco.

Material: Colchoneta, prendas de los niños y una tina con agua.

Desarrollo de la actividad:

Pide a los cuidadores que indiquen al niño que vaya por sus dos prendas que previamente les pediste que se mojaran. Después de mojarlas, pídeles que se sequen. Muestrales las mismas que al mojarse sea visible el cambio de su color: playera, pantalón, falda, calcetines, guantes u otros.

acción, tomando una prenda seca, diciéndoles a todos que está seca, pide que toquen la ropa para el recipiente con agua deja caer la prenda a la vista de todos causando interés y sorpresa en el niño, saca la prenda para que no esté escurriendo y ahora díles que está mojado, pide que ahora toquen la prenda mojada. Pide que ordene al niño que vaya por su ropa, mismas que deben estar extendidas sobre una pequeña colchoneta. Cuando la haya tomado pídesela y pide que la agarre diciéndole que está seca, después pídele que la deje caer. Cuando sin prisa saca la prenda y exprímela para luego pedirle que la sienta, simultáneamente dile que está mojado. Lleve a su cuidador, quien le explicará la sensación de mojado y lo lleve a la concientización de mojado. Pídele que para que aprendan a avisar. Pregunte a los cuidadores quiénes de los niños avisan cuando se han mojado. ¿Tienen ganas de hacer?

Recomendaciones para el cuidador:

- Si el niño todavía no tiene el control de los esfínteres, continúe con la enseñanza, enseñándole su control y diciéndole: “está mojado” y al tomar otro seco decirle “está seco”, motivándole a que avise cuando se moja.
- Al levantarse en la mañana, invite al niño a ir a su bacinica y usted permanezca con él, de preferencia con él.
- Hay niños que les gusta privacidad, si usted observa que el niño coloca su bacinica detrás de una puerta, respete su espacio y privacidad al orinar o evacuar.
- Observe las manifestaciones del niño cuando quiera orinar o evacuar, algunos se tocan o hacen movimientos, entonces vaya con el niño y con una voz amable dígame “vamos a hacer pipí”. Si en el camino le gana el miedo, intentarlo otra vez.
- Cuando el niño empieza a evacuar u orinar en la bacinica, al vaciar el contenido en la taza, permitiendo que el niño presione el botón y ambos digan “adiós”.

Qué observar en el niño:

● Está atento e interesado en la actividad y sigue instrucciones.	■ Tiene dificultades para realizar la actividad de forma independiente, necesita de la ayuda constante de su cuidador.	▲ Se niega a usar la bacinica o se moja.
● Lanza la prenda a la tina con agua y la toca (secas y mojadas).		▲ Pone atención a su entorno.



Actividad V 5.3. Tiendo mi ropa mojada.

Material: Bandeja con prendas húmedas de los niños, cuerda y bote con pinzas.

Desarrollo de la actividad:

Utiliza una cuerda para colocarla a lo largo del salón de tal forma que quede tensa toda la cuerda teniendo cuidado que no quede muy alto para el niño. Ejemplifica la acción de tender ropa y coloca pinzas después por turnos pide a un niño que tienda su ropa mojada para que se seque. Proporciona al cuidador (que no sean difíciles de abrir) para tender ropa, indica al niño que pida verbalmente pinzas a su cuidador cuando haya logrado tender una prenda, feliciten por su esfuerzo. Al finalizar con la actividad comente la importancia de involucrar al niño en actividades simples en el hogar, las cuales le ayudarán a identificar su familia.

Recomendaciones para el cuidador:

- Permita que el niño se integre en actividades en el hogar sencillas principalmente cuando observa a otro miembro de la familia lo hace (aunque no lo haga bien y se quede en un intento): limpiar la mesa (es posible conseguirle una escoba pequeñita), tirar alguna basura en el cesto (incluso aunque no sepa cómo hacerlo), al guardar la ropa en el clóset, deje que guarde algunas prendas como calcetines. Enumere siempre los objetos, prendas y acciones.

Qué observar en el niño:

● Sigue órdenes simples, tiende ropa en la cuerda, coloca o intenta poner pinzas.	■ Se frustra fácilmente al no lograr tender ropa o colocar pinza a la primera.	▲ No entiende cómo utilizar las pinzas.

Actividad V 5.4. Corre trenecito.

Material: Canción: “Corre trenecito” (Anexo 5.6).

Desarrollo de la actividad:

Los niños y cuidadores sentados en sillas pequeñas, mientras el coordinador y otro personal trotan en forma de tren, al tiempo que entonan la canción “corre trenecito”, una vez que termine la canción vuelvan a repetir la canción.



la mano de un cuidador para que se integre y comience también a correr, quien puede mirar a su niño desplaza, para hacer más fácil la tolerancia a la separación, continúa con los demás cuidadores para luego y participe también, así progresivamente hasta que todos se encuentren en la misma dinámica de juego. La actividad debe estar libre de objetos para evitar que el niño se tropiece y caiga.

Recomendaciones para el cuidador:

- Promueva el juego social con el seguimiento de instrucciones “agacharse y levantarse”, “dar vueltas”, “abrazos hacia arriba y abajo”, etc.
- Realice juegos que impliquen la espera de turnos en el niño y la tolerancia a la separación.

Qué observar en el niño:

● Corre coordinadamente sin perder el equilibrio.	■ No corre, camina rápido ampliando la base de sustentación y compensando con los pies hacia adentro y tronco hacia adelante, no flexiona las rodillas.	▲ Pierde el equilibrio al separarse del cuerpo, separando los pies y flexionando la rodilla, o se cae.
● Es capaz de esperar tranquilo su turno y observa a su cuidador mientras juega al tren.	■ Se irrita al estar a distancia de su cuidador, pero se autorregula.	▲ Es difícil separarse del apego inseparable de la actividad.
● Se integra a la actividad cuando llega su turno.	■ Al tomarlo de su mano para integrarse a la actividad, se va con su cuidador.	▲ Es difícil separarse de la actividad hacia los demás.

Canción de despedida. Adiós, adiós (Anexo 2.3).

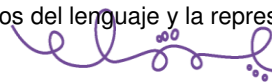
**SESIÓN NO. 6****“BAÑO Y VISTO A CUCA”**

Se pretende que el Cuidador:

- Propicie juegos sociales con el niño, que implique diferentes formas de desplazamiento: correr-pasar, agachar-levantar, juntar-separar, etc., brindando seguridad en el niño e inhibiendo conductas de sobreprotección.
- Integre al niño en actividades diarias que permitan desarrollar su autonomía y su participación en el hogar para su autocuidado (preparar un sándwich, un agua de limón, untar mermelada a un hotcakes, etc.).
- Realice juegos simbólicos que impliquen acciones de cuidado: baño, alimentación, vestido, etc.
- Favorezca la identificación de prendas y su ubicación en el cuerpo mediante el juego simbólico.

Se pretende favorecer en el Niño:

- El desplazamiento en sus diferentes formas correr-parar, mover-estar quieto, agachar-levantar, etc., y control postural.
- Ejecute tareas sencillas de autocuidado en el hogar como preparar un sándwich, agua de limón, untar mermelada a un hotcakes, etc., desarrollando su autonomía.
- Participe en acciones de cuidado: alimentación, baño, vestido, arrullo, etc., en el juego simbólico.
- Identifique prendas y reconozca su ubicación en el cuerpo, con juegos simbólicos.



PRESENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES POR SESIÓN Y FUNCIONAMIENTOS IMPL

Esquema de sesión 5	Actividad	
Logros y obstáculos		
Canción de bienvenida	Soy un niño (Anexo 5.4)	
Actividad: V 6.1	Baño a Cuca	
Actividad: V 6.2	Visto a Cuca	
Actividad: V 6.3	Canción: Caminar, caminar y parar (Anexo 5.7)	
Actividad: V 6.4	Me lavo las manos	
Actividad: V 6.5	Vamos a preparar un sándwich	
Despedida del grupo	Bravo, bravísimo (Anexo 4.4)	

Se resalta en color el funcionamiento principal. CP=Control postural; M=Manipulación; IL=Interacción comunicativa



Canción de bienvenida. Soy un niño (Anexo 5.4).

Actividad V 6.1. Baño a Cuca.

Material: Recipiente con agua, cajita con jabón, muñequito de plástico y toalla para manos.

Desarrollo de la actividad:

Realiza una demostración de cómo se baña a Cuca, en un recipiente con poco agua introduce a Cuca, t y talla el cuerpo de Cuca: mano, pies, cabeza, pecho, espalda, pompas, enjuaga y al terminar retírala d toalla pequeña. Después entrega el material a cada cuidador para que guíe al niño para bañar al muñ (poner un nombre), diciéndole: “talla su pie de...”, “talla su mano de...”, y demás partes del cuerpo, sin c tan rápidas para darle tiempo al niño de tallar la parte del cuerpo indicada, al terminar diga al niño que lo toalla.

Recomendaciones para el cuidador:

- Manipular el agua es una de las actividades preferidas de los niños, sin embargo es necesario tener que el niño se acerque a una tina o cubeta con agua para jugar, pues puede perder el equilibrio y ca esta actividad en casa debe hacerlo junto con él.

Que observar en el niño.

● Es capaz de identificar cinco partes del cuerpo de Cuca, señala e incluso los nombra.	■ Identifica solo tres partes del cuerpo de Cuca.	▲ Se niega a lo que se o señala s
● Talla con jabón partes del cuerpo de Cuca y los seca.	■ Tiene poco interés en realizar las acciones de tallar y secar.	



Actividad V 6.2. Visto a Cuca.

Material: Muñeco, ropa y colchoneta pequeña.

Desarrollo de la actividad:

Coloca las prendas de la muñeca Cuca extendidas en una colchoneta pequeña como gorra, falda, zapatos, calcetas (éstos dos últimos cada pieza separada), luego toma a Cuca sin ropa y pide a un cuidador una playera para que se lo ponga a la muñeca, una vez que se lo haya puesto, reciba un aplauso. Luego siguiendo las indicaciones del cuidador al decirle cual tomar para acercarse con el coordinador y ponerla. Si equivoca no se lo reciban, dígale: “esa no es falda, toma la falda”, cuando logre la actividad, denle un aplauso.

Recomendaciones para el cuidador:

- Promueve el juego simbólico con el niño, utilizando un muñeco para bañarlo, darle de comer, vestirlo, que duerma, pasearlo en una carriola, etc. Posteriormente él lo hará con otros niños de una forma ma

Qué observa en el niño.

● Logra identificar la ropa y la parte del cuerpo a donde corresponde.	■ Se desespera para esperar su turno.	▲ Falta de atención.
● Intenta la acción de vestir a Cuca con ayuda.	■ Presenta dificultades para identificar la ropa que se le pide.	▲ Se niega a participar.
	■ Se frustra fácilmente y suspende la actividad al no poder colocar una prenda.	▲ Se torna irritable.

Actividad V 6.3. Canción: Caminar, caminar y parar (Anexo 5.7)

Material: Canción por escrito.

Desarrollo de la actividad:

Invita a todos niños y cuidadores a que formen un círculo, estando de espalda detrás de otro, con el fin de cantar “caminar, caminar y parar” puedan avanzar en círculo y cuando se mencione “parar”, todos se detienen. Luego finalmente dar una vuelta en el lugar, y así continuar con las demás acciones de “correr” y “brincar”.



Recomendaciones para el cuidador:

- Promueva el juego social con el seguimiento de instrucciones “agacharse y levantarse”, “dar vueltas”, “abrazos hacia arriba y abajo”, etc.

Qué observar en el niño:

● Camina y corre coordinadamente sin perder el equilibrio.	■ No corre, camina rápido ampliando la base de sustentación y compensando con los pies hacia adentro y tronco hacia adelante, no flexiona las rodillas.	▲ Pierde el equilibrio al caminar, separando los pies y flexionando la rodilla, o se cae.
● Brinca despegando un poco los pies.	■ Intenta brincar sin despegar los pies del suelo.	▲ Se encuerba al brincar.
	■ Se le dificulta seguir indicaciones, pero participa de la actividad.	▲ No entiende las indicaciones.

Actividad V 6.4. Me lavo las manos.

Material: Recipiente con agua, jabón y toallitas.

Desarrollo de la actividad:

Proporciona al cuidador un recipiente con agua, una cajita con jabón y una toalla para manos, pide a los niños que se van a lavar las manos, que necesitan sacar el jabón y darle la caja a su cuidador para que seque, observa cómo los cuidadores guían a los niños por medio de órdenes o palabras de acción y las palabras relativas a limpio y sucio.

Recomendaciones para el cuidador:

- Permita que el niño participe cada vez más en el lavado de sus manos: tallar, enjuagar y secar.

Qué observar en el niño:

● Participa activamente en la actividad, intenta tallarse las palmas de las manos, enjuagarse y secarse.	■ Tiene poco interés en lavarse las manos.	▲ Se niega a lavarse las manos.

Da oportunidad a los cuidadores que expresen sus comentarios, identifiquen y compartan una palabra que el haber asistido a las sesiones grupales (ejemplo: perseverancia), brevemente digan el motivo de su elección. Los cuidadores por haber concluido satisfactoriamente con el programa y apláudanse con la canción de Bravo.

ANEXO DE CANCIONES INFANTILES

1.1. BIENVENIDO AQUÍ

Que bien que tú estás aquí
El verte me hace feliz
Que bien que nos encontramos
Y todos juntos poder jugar
Bienvenido aquí.

1.2. ¿QUIÉN ES ESE NENE?

¿Quién es ese nene
que frunce la nariz?
Tiene dos ojitos y sabe sonreír
Mueve la cabeza, que sí que no
¿Quién es ese nene que quiero yo?.

1.3. CARITA DE ARROZ

Adiós, adiós carita de arroz
Nos vemos, nos vamos
Pero regresamos
Adiós, adiós carita de arroz
//Muy pronto la música nos reunirá//.

1.4. EL PATO RENATO NO SABE CANTAR

El pato Renato no sabe cantar
Y todos los días se pone a ensayar
///Cuac, cuac, cuac, cuac, cuac///.
Cuac, cuac, cuac, cuac, cuac, cuac.

1.5. LAS LLANTAS DEL CAMIÓN

Las llantas del camión que ruedan
//Que ruedan y ruedan//
Las llantas del camión que ruedan
Por toda la ciudad.

Las puertas del camión, se abren

//Se abren y se cierran//

Las puertas del camión se abren
Por toda la ciudad.

Los niños del camión, van arriba y abajo

//Arriba y abajo//

Los niños del camión van arriba y abajo
Por toda la ciudad.



1.6. BARQUITO, BARQUITO

A un lado y al otro las olas del mar
Adentro y afuera las olas se van
Barquito, barquito navegas despacito
Barquito, barquito navega tu solito.

1.7. BENITO EL PAYASO

Benito el payaso se esconde y hace buuu
Se esconde y hace buuu
Se esconde y hace buuu
Benito el payaso se esconde y hace buuu
Para jugar contigo.

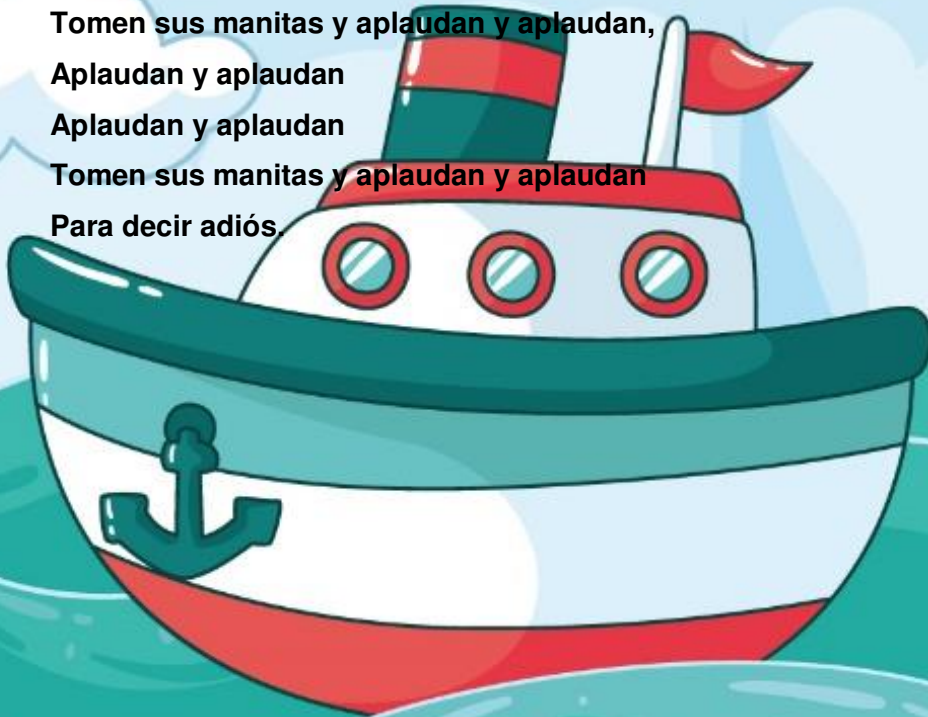
Tomen sus manitas y aplaudan y aplaudan,
Aplaudan y aplaudan
Aplaudan y aplaudan
Tomen sus manitas y aplaudan y aplaudan
Para decir adiós.

2.1. ¿QUIEN ES UN ROBOT?

¿Quién es un robot?
Yo soy un robot
Muy inteligente
Con ojos de vidrio
Que miran a la gente
Que prende y apaga
Sus luces de colores
Y mueven sus brazos
en todas direcciones
¿Quién es un robot?
Yo soy un robot.

2.2. EL PERRO TOTO SI

El perro Toto se molestó
Porqué le pisé la cola y
A la guau guau guau
A la guau guau guau
Porqué le pisé la cola y



2.3. ADIÓS, ADIÓS

Adiós, adiós yo ya me voy,
Adiós, adiós ya se acabó.

2.4. PIN-PON

Pin-pon es un muñeco muy guapo y de cartón
Se lava las manitas con agua y con jabón
Se desenreda el pelo con peine de marfil
Y aunque se da tirones no llora ni hace así:
Bu, bu, bu.
Pin-pon dame la mano y un fuerte apretón
Que quiero ser tu amigo pin-pon, pin-pon, pin-pon.
(Hasta aquí versión corta).

Pin-pon come su sopa no ensucia el delantal
Pues come con cuidado parece general
Y cuando las estrellas comienzan a brillar
Pin-pon se va a la cama
Se acuesta a descansar ¡shshshshshshshsh!

Pin-pon dame la mano y un fuerte apretón
Que quiero ser tu amigo pin-pon, pin-pon, pin-pon.



2.5. SI TUS LABIOS S
Si tus labios se juntan
Dos sonidos de magia
//Con la mmm ma-má

3.1. BUENOS DÍAS

Buenos días ____ ¿c
(Responde: muy bien
Y tus familiares ¿cóm
(Responde: muy bien
Seremos buenos ami
Buenos días ____ ¿c
(Responde: muy bien

3.2. LLEGÓ LA HORA DE PARTIR

Llegó la hora de partir
De todos me voy a despedir
Hasta mañana niños
Hasta pronto niñas
Ya nos tenemos que ir.

3.3. EL GATO EN EL ESPEJO

Memo el gato se miraba en el espejo
Y hacía gestos y hacía gestos.
Arrugando la nariz mueve los ojos
Y los abre y los cierra,
Se da cuenta que esta todo despeinado
Y se peina y se peina,
Pone cara de contento y de enojado,
Está contento, está enojado.

4.1. HOLA, HOLA

Hola, hola nos decimos hola
¿Cómo estás?
Espero que estés muy bien.
Hola ____ te decimos hola
¿Cómo estás?
Espero que estés muy bien.

4.2. NARANJA DULCE

Naranja dulce, limón partido
Te doy la mano y me despido
Porque este grupo se queda solo
Me da tristeza pero no lloro.

4.3. QUE BONITO ES COMPARTIR

¡Qué bonito!, ¡Qué bonito! es compartir
Presto mis juguetes, presto mis juguetes
Un, dos, tres, un, dos, tres.

4.4. BRAVO, BRAVÍSIMO

Bravo, bravo, bravísimo bravo
Bravo, bravo, bravo lo hiciste muy bien
¡Y arriba y olé!.



4.5. LA RANA

Adentro del agua vivía una rana que sube, sube, sube,
sube, sube, sube, sube, sube

Afuera del agua vivía una rana que baja, baja, baja, baja,
baja, baja, baja, baja

Sube, baja, sube, baja, sube, baja, sube, baja, sube, baja
y se cae.

5.1. NOS VAMOS A SALUDAR

Nos vamos a saludar
Con esta linda canción
Da la mano a tu amigo
Da la mano a mamá
Nos vamos a saludar.

5.2. ZUM, ZUM

Oye las abejas zumbando en el jardín
Cogeremos una que zumbe para ti
Zum, zum, zum, zum, zum, déjame salir
Zum, zum, zum, zum, zum, ya te puedes ir.

5.3. EL CANGREJITO CAMINA

El elefante camina hacia adelante
El cangrejito camina para atrás
La tortuga ni pa un lado ni pa el otro
Y la hormiguita da una vuelta

5.4. SOY UN NIÑO

Soy un (a) niño (a), soy un (a) niño (a)
Aquí estoy, aquí estoy
Yo me llamo: _____ yo me llamo: _____
Aquí estoy, aquí estoy.

5.5. LAS PARTES DE MI CUERPO

Las partes de mi cuerpo hoy voy a aprender
Y cuando me pregunten yo voy a responder
Las manos son para aplaudir
Los ojos son para mirar
Y el corazón para querer.

5.6. CORRE TRENECITO

Corre trenecito corre por el campo
Llega y se para frente a la estación
//Aló, aló, que suba otro Señor//.

5.7. CAMINAR, CAMINAR Y PARAR

///Caminar, caminar y parar///
Da una vuelta en tu lugar
///Caminar, caminar y parar///
Da una vuelta en tu lugar.

///Y correr y correr y parar///

Da una vuelta en tu lugar

///Y correr y correr y parar///

Da una vuelta en tu lugar.

///Y brincar y brincar y parar///

Da una vuelta en tu lugar

///Y brincar y brincar y parar///

Da una vuelta en tu lugar.



BIBLIOGRAFÍA

- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (2017). *Desarrollo Infantil Temprano*. México, D.F.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2013). *Manual para la Evaluación de Menores de 5 años de Retraso en el Desarrollo*. México, D.F.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2013). *Manual para la Aplicación de la Prueba de Desarrollo Infantil EDI*. México, D.F.
- Flavell, J., & Thérèse, C. (1998). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*.
- García, C., Figueroa, M., Sánchez, C., & Rivera, R. (2015). *Guía de actividades del Programa de Cuidado Integral de 0 a 2 años de edad (Tesis de Maestría)*. Universidad Autónoma Metropolitana. México, D. F.
- Hernández, G., Rivera, R., Figueroa, M., & Nájera, R. (2016). *Guía de actividades para grupos de 3 a 5 años del desarrollo en el SIVIPRODIN (Tesis de Maestría)*. Universidad Autónoma Metropolitana. México, D. F.
- Rivera, R., Zapoteco, J., Figueroa, M., & Villanueva, Y. (2017). *Vigilancia del desarrollo del niño utilizando las cartillas del SIVIPRODIN*. Universidad Autónoma Metropolitana/Instituto Nacional de Estadística y Censos. México.
- Sánchez, C., Figueroa M., Caballero, M., Méndez, S., & Nájera, R. (2015). *Guía de Enfermería para el cuidado integral domiciliario de niños prematuros a su egreso hospitalario*. México, D.F: UAM-X
- Sánchez, C., Rivera, R., Figueroa, M., Sierra, J., Mandujano, M., Muñoz, P., & Soto, F. (2018). *construcción de la ciudadanía infantil. El cuidado integral y la prevención de la discapacidad*. México, D.F: UAM-X
- Sandoval, I., Rivera, R., Figueroa, M., & Sánchez, C. (2017) *Guía de Intervención Temprana para niños con antecedentes de asfixia perinatal, dirigida al personal de salud del Segundo nivel de atención*. Universidad Autónoma Metropolitana. México, D. F.