



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA

**“Evaluación del Desarrollo Infantil en la Población de 1 mes hasta los 71 meses con la
Prueba EDI en el Centro de Salud T-II. Santa María Nativitas”**

M.P.S.S. LUIS ANGEL MEDINA NIETO 2182033023

ASESOR

DR ALEJANDRO ALONSO ALTAMIRANO

ABRIL 2025.

ÍNDICE

“EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL EN LA POBLACIÓN DE 1 MES HASTA LOS 71 MESES CON LA PRUEBA EDI EN EL CENTRO DE SALUD T-II. SANTA MARÍA NATIVITAS”	3
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. INVESTIGACIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	4
MARCO TEÓRICO	5
EL DESARROLLO INFANTIL	5
DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	6
DIT EN MÉXICO	8
MARCO LEGAL Y NORMATIVO PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN MÉXICO	11
LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA	11
PRUEBAS DE TAMIZAJE DEL DESARROLLO INFANTIL EN MÉXICO	12
LA PRUEBA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL	13
OBJETIVOS	14
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
HIPÓTESIS	15
METODOLOGÍA	15
Tipo de estudio	15
Población, criterios de inclusión y exclusión	15
Criterios de inclusión	15
Criterios de exclusión	15
Variables	15
Material y métodos	16
RESULTADOS	17
ANÁLISIS	36
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	42
CAPÍTULO 2. CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL	44
CON RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA	44
CON RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL	45
CON RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD	46
EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA	47

“EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL EN LA POBLACIÓN DE 1 MES HASTA LOS 71 MESES CON LA PRUEBA EDI EN EL CENTRO DE SALUD T-II. SANTA MARÍA NATIVITAS”

INTRODUCCIÓN

La Estimulación temprana es esencial para el neurodesarrollo íntegro de los y las niñas. Es una forma de introducción a estímulos externos sin sobresaturación y de manera escalonada, del inicio de la comunicación verbal y no verbal, y de la maduración del pensamiento y la instauración de las bases para experiencias futuras.

La implementación de la prueba EDI en el Centro de Salud CST-II Santa María Nativitas ha permitido realizar una evaluación integral del desarrollo infantil en niños de entre 1 y 71 meses de edad, lo que ha facilitado la identificación no solo de aquellos con un desarrollo adecuado, sino también de aquellos que presentan rezagos o riesgos significativos en su neurodesarrollo. Este proceso ha sido crucial para la toma de decisiones oportunas respecto a las intervenciones y el seguimiento de los menores en diversas etapas de su desarrollo, contribuyendo a la mejora de sus habilidades y su bienestar general.

El uso de la prueba EDI y la promoción de programas de estimulación temprana se configuran como herramientas esenciales para abordar las necesidades de desarrollo infantil en poblaciones vulnerables. Garantizar el acceso a estas estrategias, junto con un seguimiento sistemático, no solo mejora el desarrollo físico, cognitivo y social de los niños, sino que también contribuye a reducir las brechas asociadas con condiciones de marginación y desigualdad. Por lo tanto, resulta imperativo fortalecer estos programas y fomentar la concienciación entre padres, cuidadores y autoridades de salud sobre su impacto positivo en la vida de los menores.

CAPÍTULO 1. INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, uno de cada cuatro niños menores de cinco años sufre algún tipo de retraso en el crecimiento y desarrollo y ocurre por una variedad de razones.

En México, la medición del desarrollo infantil se realiza mediante el DIT (índice de desarrollo infantil temprano de Unicef). En los datos más recientes obtenidos en la encuesta de Ensanut 2018-2019, el 80.1% de todos los niños y niñas se desarrollan adecuadamente. El desarrollo se ve influenciado por los siguientes *determinantes sociales*: grado de nutrición, área de vivienda, nivel socioeconómico. Sin embargo, se ve mayormente influenciado en el ámbito global por factores de riesgo que pueden presentarse tanto de forma individual como en conjunto (Vázquez et al., 2020).

Así, nueve de cada diez niños/as están expuestos a por lo menos un factor de riesgo que pueda afectar el DIT. En este sentido, el factor de riesgo más importante es la agresión psicológica, con una prevalencia de 54%, seguido de castigo físico con 52%. Es de interés que la falta de estimulación temprana forma parte del 32% de los casos (Vázquez et al., 2020).

Como se comentó, la presencia de uno o más factores repercutirá en la probabilidad de que los niños/as obtengan un DIT adecuado; se obtuvo que, con la ausencia de factores de riesgo, el peso recae en los determinantes sociales, ya que hay un 91% de probabilidad en promedio de que se obtenga un DIT adecuado, y disminuye paulatinamente hasta llegar al 67% en aquellos con cuatro o más factores de riesgo. En este estudio, se vio que en la población mexicana hay mayor prevalencia de aquellos niños/as que se enfrentan a dos factores de riesgo (Vázquez et al., 2020).

JUSTIFICACIÓN

La estimulación temprana representa una de las actividades más importantes en los primeros años de vida, ya que, en esta etapa se maduran y desarrollan capacidades fundamentales entre las que se encuentran: el área del lenguaje, sensorial, física y psicológica (Ramos Miño et al., 2019).

La Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) es un instrumento validado para la población mexicana que evalúa cinco ejes: a) factores de riesgo biológicos; b) señales de alerta; c) áreas del desarrollo; d) señales de alarma; y e) exploración neurológica. De esta forma, su correcta aplicación disminuye la merma de la apreciación dependiente del explorador y ayuda a identificar no sólo los aspectos físicos, sino también los aspectos sociales: tanto determinantes sociales y factores de riesgo.

Es por esto que, la pesquisa sistemática de nuestra población en el centro de salud a través de la aplicación de la prueba EDI está encaminada a la identificación temprana de estos factores de riesgo previamente mencionados, y la pronta rehabilitación de aquellos con déficits del desarrollo mediante

la estimulación temprana. De esta forma, se asegura un mejor desarrollo infantil al disminuir los factores de riesgo a los que se enfrentan los niños/as en las etapas críticas de su desarrollo.

MARCO TEÓRICO

EL DESARROLLO INFANTIL

El concepto de desarrollo en la infancia se entiende como un proceso de reconstrucción y reorganización permanente.

Tres aspectos caracterizan al término de desarrollo. En primera instancia, el desarrollo cognitivo, lingüístico, social y afectivo de los niños no es un proceso lineal; se compone de avances y retrocesos. En segundo lugar, el desarrollo no tiene un inicio definido ni claro, esto es que no inicia desde cero. Y en un tercer punto, el desarrollo no parece tener un final definitivo, por lo que nunca concluye; siempre hay experiencias reorganizadoras que llevan a transformar el conocimiento adquirido (Puche & Correa, 2009).

Según la UNICEF, la niñez (llamada también infancia) va desde el nacimiento hasta la pubertad. Comprende tres etapas: Lactancia (desde el nacimiento hasta los 2 años); primera infancia (desde el abandono de la lactancia hasta los 6 años); y segunda infancia (desde los 6 años hasta la pubertad) (Sauceda García, 2023).

El desarrollo infantil es un proceso que comienza desde la concepción y envuelve aspectos que van desde el crecimiento físico, hasta la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida (Consuelo et al., 2011).

En un grado importante, el desarrollo psicológico depende del crecimiento físico y a la maduración. Al nacimiento, el bebé no ha adquirido aún la destreza necesaria para realizar operaciones finas y concretas. El desarrollo de estas habilidades dependerá tanto de la maduración física (especialmente el crecimiento cerebral) como de las experiencias. El cerebro tiene su mayor desarrollo dentro de los primeros dos años a partir del nacimiento. A los 6 meses, el cerebro ha alcanzado la mitad de su peso final maduro, mientras que el cuerpo no lo hace sino hasta los 10 años. El impulso básico para el crecimiento cerebral es innato y muchas habilidades aparecerán cuando la maduración física ha alcanzado el punto apropiado.

Lo anterior es, que las conductas emergen espontáneamente con la maduración apropiada del sistema nervioso. El aprendizaje no puede ocurrir sin el crecimiento cerebral relevante, pero igualmente, para que haya un crecimiento cerebral normal, debe haber el necesario estímulo externo. La estimulación o su ausencia puede influir sobre el desarrollo de comportamientos particulares.

Algunas partes del cerebro maduran antes que otras. Las áreas más primitivas tienden a desarrollarse más temprano que las más complejas. Las vías cerebrales para la visión se desarrollan un poco antes que aquellas relacionadas con las auditivas. Esto implica que el niño entiende lo que ve antes de lo que oye. Hay grandes variaciones normales en la velocidad del desarrollo, así como en la consecución de habilidades como sentarse, caminar, hablar, etc. A veces, los padres sufren una ansiedad innecesaria si no se conoce este punto. Por ejemplo, la edad normal para caminar se extiende desde los 10 meses hasta los 18 o 19 meses.

También cabe considerar la vulnerabilidad al daño. En general, los tejidos y órganos que están aún desarrollándose, es decir, inmaduros, tienden a ser más susceptibles al daño. Si en los primeros dos años de vida hay malnutrición (ya sea por no haber suficiente alimento o por alimentos de mala calidad) se puede afectar el desarrollo cerebral. Si la malnutrición dura solo poco tiempo y después hay suficiente ingesta, el niño generalmente recuperará su crecimiento. Sin embargo, la recuperación puede no ser completa y puede ocurrir un deterioro importante no solo en cuanto al crecimiento cerebral sino también respecto al desarrollo mental. Sin embargo, aunque el cerebro inmaduro es más susceptible al daño, también es más capaz de adaptarse, de manera que las consecuencias prácticas pueden ser menos severas que en el adulto.

La identificación temprana de las alteraciones en el desarrollo infantil es esencial para el bienestar de los niños y sus familias, pues permite que se proporcione un diagnóstico adecuado y una pronta intervención en aquellos que presenten alguna alteración. Para quien las recibe, dichas intervenciones están asociadas con una mejor funcionalidad en la vida adulta en múltiples esferas, además de que presentan una relación costo-beneficio muy alta (Orcajo-Castelán et al., 2015).

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

En abril de 1996 el Banco Mundial organizó una conferencia mundial que se realizó en Atlanta, Georgia, sobre el Desarrollo Infantil: Inversión en el Futuro. Representantes de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, fundaciones, el mundo académico y agencias multilaterales y bilaterales se reunieron para afirmar la importancia de promover un compromiso mundial más profundo con los derechos de los niños y responder a las necesidades de desarrollo de ellos. Al final de la conferencia se definió la siguiente lista de necesidades básicas para el crecimiento de los niños, la cual fue respaldada por UNICEF, OMS y numerosas ONG's. Estos principios reconocen la importancia y el efecto conjunto (sinergia) del desarrollo físico, cognitivo y emocional, que dieron paso a las políticas y estrategias de salud pública que ahora se aplican en conjunto para el desarrollo en la primera infancia, donde se incluyen las estrategias para el desarrollo infantil temprano (External Gender Consultative Group, 1996).

El desarrollo infantil temprano (DIT) es el proceso de cambios fisiológicos y neurológicos que ocurren desde el periodo intrauterino y los primeros seis años de vida de una persona, los cuales determinan en gran medida el potencial de la persona (Ramírez & Becerra, 2023). Adicionalmente, es el resultado

de la interacción de mecanismos biológicos con el contexto en que viven los niños/as. Alcanzar el máximo potencial de DIT es fundamental para el futuro de los individuos y de la sociedad en general, por lo que se contempla en la meta 4.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Vázquez et al., 2020).

De acuerdo con UNICEF: «el desarrollo infantil temprano (DIT) es un proceso integral y multidimensional que incluye el desarrollo físico, motor, cognitivo y socioemocional de todo ser humano y ocurre durante los primeros años de vida; periodo en el que se sientan los cimientos para la óptima expresión de sus capacidades en todos los ámbitos (Ramírez & Becerra, 2023).

A nivel mundial, el DIT adecuado es altamente variable, siendo muy bajo en África subsahariana (56.2%) y en la región de África del Norte/ Medio Este/Asia Central (81.6%) (Vázquez et al., 2020).

El DIT puede ser influenciado por las condiciones de vida en las que se desenvuelven los niños/as. Vivir en hogares con mayor ingreso económico, menor reporte de enfermedad, talla adecuada para la edad, padres con alto nivel educativo, oportunidades de aprendizaje en el hogar y disciplina no violenta se han asociado a un mejor DIT (Vázquez-Salas et al., 2020).

El Fondo de Innovación para el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) fue creado en 2017, con contribuciones financieras del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Fundación FEMSA, la Fundación María Cecilia Souto Vidigal (FMCSV), Open Society Foundations y Porticus para apoyar el diseño, la implementación y la evaluación de iniciativas destinadas a mejorar el desarrollo infantil durante los primeros cinco años de vida entre las poblaciones más desfavorecidas de América Latina y el Caribe (ALC) (Banco Interamericano de Desarrollo, 2022).

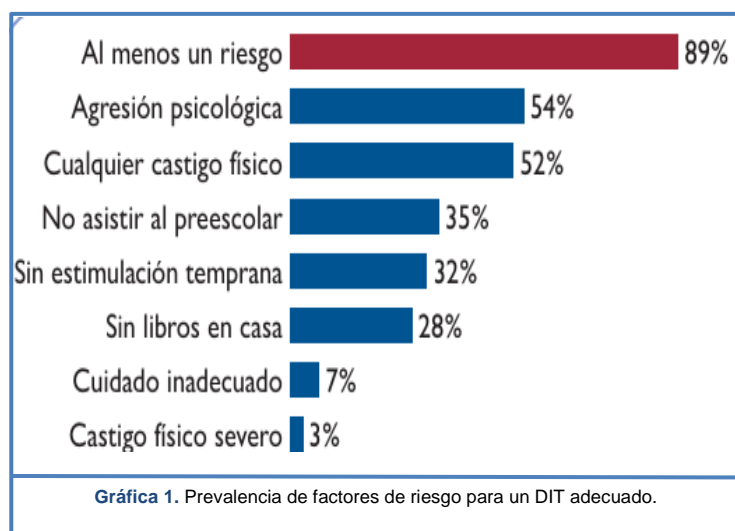
El DIT es un proceso complejo y su medición requiere instrumentos de difícil aplicación a nivel poblacional. Idealmente, la medición del DIT debería realizarse en todos los niños/as menores de cinco años. Sin embargo, actualmente existen dos instrumentos de medición que pueden ser aplicados a nivel poblacional y que cubren distintos grupos de edad:

1. ECDI (*Índice de Desarrollo Infantil Temprano*). Es un indicador global generado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) previamente validado. Este índice consta de 10 preguntas, respondidas por la madre o cuidador primario, cuando la madre no forma parte del hogar. El índice explora cuatro dominios (alfabetización-conocimientos numéricos, físico, socioemocional y aprendizaje) y clasifica a los niños/ as de 36 a 59 meses con un DIT adecuado cuando éstos/as tienen un desarrollo adecuado en al menos tres de los cuatro dominios considerados (Vázquez-Salas et al., 2023)
2. Elaborada y validada por la Organización de las Naciones Unidas, las *Escala Global para el Desarrollo Temprano* (GSED en inglés) proporcionan un método estandarizado para medir el desarrollo de niños de hasta 36 meses de edad a nivel poblacional y programático a nivel mundial. Las medidas GSED (forma corta y forma larga) capturan el desarrollo infantil de manera integral a través de una unidad común, la puntuación de desarrollo (puntuación D). El puntaje D es una unidad de medida con una escala de intervalo que representa el desarrollo

infantil mediante un solo número. La puntuación D se calcula a partir de respuestas Sí/No a un conjunto de ítems de desarrollo apropiados para su edad (Organización de las Naciones Unidas, 2023).

DIT EN MÉXICO

Hace 25 años el desarrollo infantil temprano (DIT) estuvo casi ausente de la agenda de los gobiernos del Mundo Mayoritario, así como de la de las organizaciones internacionales. En México, como en otros países, el desarrollo temprano fue visto como una tarea y preocupación de las familias y no de los gobiernos. El énfasis en salud pública fue reducir la mortalidad infantil; en educación, la tarea fue incrementar la matrícula en educación primaria. La atención extrafamiliar a niños pequeños en centros fue muy reducida. Destacaba el cuidado de custodia en “guarderías” y no el desarrollo integral; en su mayoría, esta atención fue restringida al 10% de los niños y las niñas de madres trabajadoras en el hogar y del sector formal que tuvieron la suerte de encontrar cupo. La investigación relacionada con el DIT se realizó principalmente desde la psicología y desde un marco conductista (Myers, 2015).



Hoy es posible describir un panorama más alentador gracias a influencias tales como la reducción en mortalidad infantil, la entrada de muchas más mujeres en la fuerza de trabajo pagado, la realización y diseminación amplia de resultados de investigación que han mostrado la importancia de los primeros años para el desarrollo y comportamiento durante el resto de la vida (ha sido notable la influencia de resultados de estudios desde la

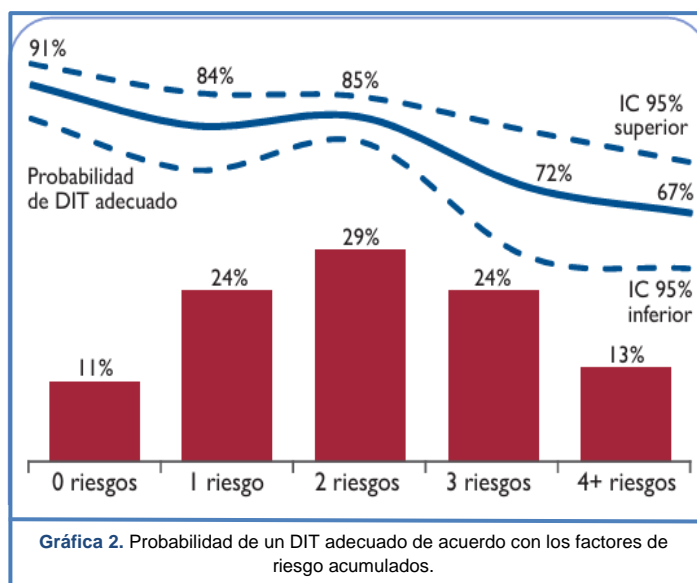
neurobiología y la economía) y la participación de México en acuerdos internacionales tanto sobre derechos (Convención de los Derechos de la Niñez) como sobre salud y educación. A la fecha, la educación preescolar es obligatoria y la matrícula para niños de 5 años es mayor al 90%. Existen múltiples programas dirigidos a las familias para mejorar las prácticas de crianza que afectan el desarrollo. La atención extrafamiliar de los niños ha incrementado notablemente y no está restringida a los niños de mujeres trabajadoras del hogar (Myers, 2015).

Desde 1990 han aparecido dentro del sector salud nuevas instancias con la encomienda de mejorar el desarrollo temprano; entre ellas, el Centro Nacional de la Salud para la Infancia y Adolescencia (CeNSIA) y la Unidad de Investigación en Neurodesarrollo del Hospital Infantil de México Federico Gómez, fundada en 2012.

La estrategia Desarrollo Infantil Temprano (DIT) se implementó en el Programa IMSS-Bienestar desde 2015 con la intención de brindar atención para el adecuado desarrollo de niñas y niños menores de 5

años. El financiamiento internacional para la investigación y para programas dirigidos al DIT ha incrementado en los últimos años. El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo han prestado montos importantes para el DIT; UNICEF apoya varias iniciativas y fundaciones tales como Kellogg y LEGO que ofrecen fondos para trabajar sobre DIT.

La base de información sobre el DIT en México está en vías de mejorar con varias estrategias: la aplicación de la prueba Evaluación del Desarrollo Infantil o EDI diseñada y validada en México para una proporción más amplia de la población; la inclusión de indicadores de desarrollo en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición; las iniciativas del Instituto Nacional de Salud Pública de aplicar una encuesta de hogares y del Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE) para medir los resultados y la calidad a nivel preescolar (Myers, 2015).



En México, el DIT se midió usando el *Índice de Desarrollo Infantil Temprano* de Unicef (ECDI, siglas en inglés). Dicho índice explora cuatro dominios (alfabetización y conocimientos numéricos, aprendizaje, desarrollo físico y socioemocional) e identifica a los niños/as de 36 a 59 meses con un DIT adecuado. Esto existe cuando los niños/as tienen un desarrollo adecuado en al menos tres de los cuatro dominios evaluados (Vázquez et al., 2020).

De acuerdo con los datos de la Ensanut 2018-19, 80.1% de todos los niños/as en México se desarrollan adecuadamente. La prevalencia de DIT adecuado en México es mayor en los niños/as sin desnutrición crónica (83.3%) comparado con los niños/as con desnutrición crónica (80.7%), de acuerdo con talla baja para la edad. El 81.6% de los niños/as que viven en zonas rurales y 79.5% de los niños/as que viven en zonas urbanas tienen un DIT adecuado. Además, 87.3% de los niños/as que viven en hogares de nivel socioeconómico alto y 74.5% de los niños/as de nivel socioeconómico bajo tienen un DIT adecuado (Vázquez et al., 2020). Así, nueve de cada diez niños/as están expuestos a por lo menos un factor de riesgo que pueda afectar el DIT. En este sentido, el factor de riesgo más importante es la agresión psicológica, con una prevalencia de 54%, seguido de castigo físico con 52% (gráfica 1). Es de interés que la falta de estimulación temprana forma parte del 32% de los casos (Vázquez et al., 2020)

En México, nueve de cada diez niños/as están expuestos a por lo menos un factor de riesgo que puede afectar el DIT (gráfica 2). Los factores de riesgo más comunes son la agresión psicológica y cualquier castigo físico dentro de la familia, seguido de la no asistencia a preescolar, falta de estimulación temprana o de acceso a libros infantiles en el hogar. Adicionalmente, otros factores de riesgo a los

cuales están expuestos los niños/as de 36 a 59 meses son el cuidado inadecuado (por ejemplo, dejarlos al cuidado de niños/as menores de 10 años) y la forma más grave de los métodos de disciplina violenta (castigo físico severo) (Vázquez et al., 2020).

Los niños/as no expuestos a ninguno de los factores de riesgo mencionados tienen 91.0% de probabilidad de tener un DIT adecuado comparado con una probabilidad de 67.0% en niños/as expuestos a cuatro o más factores de riesgo. A nivel nacional los niños/as expuestos a un mayor número de riesgos viven en área urbana (1-4 o más riesgos) o en las regiones centro (1-2 riesgos) y sur (3-4 o más riesgos) del país (Vázquez et al., 2020).

Un nivel menor socioeconómico puede dificultar el acceso a los servicios de salud, educación y saneamiento. De la misma forma, ciertas conductas familiares como la asistencia a preescolar, así como el acceso a libros infantiles y apoyo al aprendizaje se asocian positivamente con el DIT.

Las oportunidades de aprendizaje como acceso a libros infantiles y actividades de apoyo por parte de los adultos en el hogar (leer libros, contar cuentos, cantar canciones, realizar juegos que impliquen nombrar objetos, etc.) propician que los niños/as escuchen frecuentemente una mayor cantidad de palabras. Lo anterior facilita un mayor desarrollo de lenguaje, resultado de posibles interacciones positivas y constantes con adultos que pueden explicar el significado de las palabras. Este mayor desarrollo fomenta la alfabetización a largo plazo. Por lo tanto, es realmente importante la participación activa de los padres en el desarrollo de sus hijo/as.

Asimismo, evidencia previa muestra que garantizando que las madres alcancen una escolaridad mínima de secundaria y asegurando oportunidades de aprendizaje adecuadas en el hogar, el desarrollo cognitivo inadecuado puede reducirse. Esto se debe a que los hijos/as de madres con mayor escolaridad generalmente cuentan con un mejor ambiente de crianza e interacciones sensibles con el niño/a, posiblemente por mayor conocimiento sobre el cuidado infantil, salud y desarrollo de los mismos.

En contraste, se sabe que el uso de métodos de disciplina violenta tiene consecuencias perjudiciales en los niños/as, como dificultar las capacidades de aprendizaje, inhibir las relaciones positivas con otras personas, y podría favorecer el desarrollo de problemas de salud mental (baja autoestima y depresión). Además, existe evidencia de alteración en el dominio de aprendizaje, en niños/as expuestos a métodos de disciplina violenta como castigo físico. En este sentido, en México los niños/as que viven en hogares con menos capacidades económicas, sin libros y expuestos a castigo físico severo tienen un menor DIT. Sin embargo, el desarrollo se incrementa cuando los métodos de disciplina no son violentos y se potencia con un mayor número de determinantes positivos como mejor capacidad económica, acceso a libros y apoyo al aprendizaje en el hogar.

En el último estudio realizado del DIT en México en 2022, se obtuvo que el 19.3% de las niñas y niños de 24 a 59 meses no alcanzó su máximo potencial de DIT. Existe baja asistencia a programas de aprendizaje temprano (7.1%) y preescolar (62.4%). En el grupo de cinco años, 41.7% no tenía libros y

8.1% recibió cuidado inadecuado. El 55.5% de las niñas y niños de 1 a 14 años fue expuesto a disciplina violenta (Vázquez-Salas et al., 2023).

Actualmente, en México se cuenta con 41 programas incidentes en el DIT, de los cuales 22 se centran en la salud, alimentación y nutrición; 8 en enseñanza inicial, 7 en cuidado infantil y solo 4 en estimulación temprana. Sin embargo, existen fallas en la calidad y cobertura principalmente en la focalización por grupo de edad, la cual representa un obstáculo limitante de la capacidad de cobertura (CEEY, 2023).

MARCO LEGAL Y NORMATIVO PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN MÉXICO

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 se establecen como líneas de acción dentro de la meta nacional II. México Incluyente: “Promover acciones de desarrollo infantil temprano (Objetivo 2.1, Estrategia 2.1.2)” y “Promover el desarrollo integral de los niños y las niñas, particularmente en materia de salud, alimentación y educación, a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil (Objetivo 2.2, Estrategia 2.2.2)”. El programa sectorial de salud 2013-2018 incluye “Fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas prácticas de crianza saludables y estimulación temprana (Estrategia 4.1, apartado 4.1.7)” y “Reforzar la acción comunitaria en el desarrollo infantil y la educación inicial (Estrategia 4.1, apartado 4.1.9)”.

La atención de la salud de los menores de 5 años del país se encuentra descrita en la NOM-031-SSA2-1999, para la Atención de la Salud del Niño. En el apartado 9.16 se estipulan la vigilancia del crecimiento y del desarrollo de las niñas y los niños como acciones básicas para la atención en salud; y en el apartado 12.2, la promoción de la participación comunitaria en las acciones de crecimiento y desarrollo. En el apéndice F se incluyen las conductas a evaluar para el desarrollo infantil a través de una guía técnica (O'Shea-C et al., 2015).

LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

La estimulación temprana representa una de las actividades más importantes en los primeros años de vida. En esta etapa se maduran y desarrollan capacidades fundamentales entre las que se encuentran: áreas de lenguaje, sensorial, física y psicológica. Se recomienda iniciar este proceso en los primeros 45 días de nacido, a través de programas adaptados a la estimulación temprana (Ramos Miño et al., 2019).

La estimulación temprana fomenta principalmente el desarrollo psicomotor del bebé, así como su desarrollo cognitivo, a través de actividades llamativas, divertidas, y no repetitivas para facilitar sus aprendizajes futuros. El juego hace que el niño socialice, haga uso de su creatividad, desarrolle su imaginación y posibilite el aprendizaje significativo, puesto que la actividad capta su interés y atención (Esteves et al., 2018).

La estimulación temprana une la adaptabilidad del cerebro a la capacidad de aprendizaje, y consigue que los bebés maduren y sean capaces de adaptarse mucho mejor a su entorno y las diferentes situaciones. No se trata de una terapia ni de un método de enseñanza formal, sino que es una forma de orientar el potencial y las capacidades de los pequeños. Cuando se le estimula a los bebés, les estaremos brindando diversas oportunidades y experiencias que los harán explorar, adquirir destrezas y habilidades de una forma más natural, y entender lo que ocurre a sus alrededores (Esteves et al., 2018). El objetivo es que, a través de las actividades estimulantes, el bebé o el niño vaya desarrollando autonomía e independencia; así como su psicomotricidad, habilidades cognitivas, sensoriales y de lenguaje (Esteves et al., 2018).

Se diseña un programa para el bebé o el niño tomando en cuenta sus necesidades y entorno familiar, ubicando los objetivos que se quieren trabajar para intervenirlos, y al mismo ritmo se va evaluando el proceso. Aunque se establezca prioridad en un área en especial, deben trabajarse todas. No existe un tiempo definido para lograr un objetivo, lo más importante es tener paciencia porque cada niño tiene su propio ritmo de desarrollo y no se debe presionar ni comparar con otro. La intención es ofrecer actividades que el niño esté preparado para superar y así poder elevar su autoestima (Esteves et al., 2018).

Los objetivos del programa irán cambiando de acuerdo con el desarrollo y logros del niño, con el fin de estimular su desarrollo motriz, cognitivo, emocional y social. El desarrollo motriz es necesario implementarlo con la estimulación sobre los músculos. El razonamiento, comprensión y capacidad de reacción se incrementan con diversos juegos didácticos para estimular el área cognitiva. En el ámbito emocional es importante desarrollar la seguridad e independencia del niño. A través del lenguaje, la comunicación se estimulará con palabras o sonidos (Esteves et al., 2018).

PRUEBAS DE TAMIZAJE DEL DESARROLLO INFANTIL EN MÉXICO

En los últimos años se ha creado un número importante de pruebas de tamiz, algunas de las cuales ya se aplican a la población menor de 5 años en México, y cuya información sobre validación y propiedades no se encuentra publicada en revistas indizadas. Tampoco se ha realizado una comparación entre las mismas (Orcajo-Castelán et al., 2015)

La mayoría de las pruebas disponibles para evaluar el neurodesarrollo en la actualidad están diseñadas para ser utilizadas por especialistas, y para su aplicación se requiere de una inversión considerable de tiempo (hasta horas), lo cual las hace poco prácticas para su uso por personal de salud a nivel comunitario (Rizzoli-Córdova et al., 2014). En los resultados obtenidos reportados por Orcajo (et al, 2015) la prueba más flexible en su aplicación y con menor riesgo de sesgo en sus resultados de validación fue la prueba EDI. Las pruebas de tamiz del neurodesarrollo, creadas y validadas en México, son, en general, adecuadas para su uso, aunque presentan calidades de reporte de publicación y riesgo de sesgo variables, y ninguna es perfecta. La prueba con mejor calidad de reporte de validación es VANEDELA, seguida de EDI, y la de menor riesgo de sesgo en los datos publicados es la prueba

EDI. Sin embargo, por la rapidez y flexibilidad al momento de su aplicación e interpretación de resultados, es la prueba EDI la que destaca (Orcajo-Castelán et al., 2015).

LA PRUEBA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL

El modelo Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (PRADI), de la Estrategia de Desarrollo Infantil, se diseñó para alinear y fortalecer acciones que contribuyeran a la vigilancia, atención y promoción del desarrollo óptimo de los niños menores de 5 años beneficiarios del programa PROSPERA (antes Oportunidades), quienes viven en condiciones de alta marginación. Uno de sus componentes es el de Detección y Atención Oportuna, cuyo objetivo es identificar y atender oportunamente a las niñas/os con problemas del desarrollo. Para cumplir con lo anterior, se diseñó y validó la prueba Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), una herramienta de tamiz para la detección oportuna de problemas en el desarrollo en niños de un mes hasta a 59 meses de edad. Después de analizar la evidencia disponible, un panel nacional de expertos concluyó que la prueba EDI era el instrumento de tamiz para la detección de problemas de desarrollo más adecuado para la población menor de 5 años en México.

Para lograr que la prueba EDI fuera confiable, el proceso de elaboración y desarrollo se llevó a cabo de manera que, como cualquier prueba o escala que mide algún estado de salud, tuviera los aspectos que desde el punto de vista psicométrico determinan la validez y reproducibilidad. Para este propósito, el grupo de expertos le confirió a la prueba EDI la validez de apariencia, de contenido y de constructo, ya que integra los elementos necesarios para la detección de problemas del neurodesarrollo en los niños menores de 5 años (Rizzoli-Córdoba et al., 2014).

La prueba EDI está organizada en 14 instrumentos divididos por grupos de edad, dados los cambios del desarrollo conforme avanza la edad. Cada uno de estos instrumentos tiene 26 a 35 ítems agrupados en cinco ejes: a) factores de riesgo biológico; b) señales de alerta; c) áreas del desarrollo (motor no, motor grueso, lenguaje, social y conocimiento); d) señales de alarma; y e) exploración neurológica. Cada ítem puede evaluarse mediante la observación directa del niño o mediante preguntas dirigidas a los padres o cuidadores.

Cada ítem se califica de manera individual con solo dos respuestas posibles: Sí o No. A partir de las respuestas, se obtienen los resultados para cada uno de los cinco ejes, y con base en estos se establece el resultado global de la prueba: a) desarrollo normal (verde); b) rezago en el desarrollo (amarillo); y c) riesgo de retraso (rojo).

Para la correcta aplicación de la prueba EDI se diseñó un manual, en el que se describe la forma de aplicación de cada uno de los 14 instrumentos. En forma breve, al aplicarla se deben seguir los siguientes pasos:

1. Selección del lugar y condiciones adecuadas para la aplicación de la prueba.

2. El evaluador debe preguntar la fecha de nacimiento del niño para calcular la edad y seleccionar uno de los 14 instrumentos o formatos del grupo de edad que le corresponde, así como elegir el material apropiado para llevar a cabo la administración de la prueba.
3. Cuando el niño tiene ≤ 2 años y si nació antes de las 37 semanas de gestación (SDG), es necesario corregir la edad, calculando el número de semanas que le faltaron para haber sido de término (tomando como estándar 40 SDG). El no realizar este cálculo conlleva a la evaluación de ítems de una edad mayor a la real, por lo que el niño se clasificaría mal, dado que se utiliza un instrumento que no corresponde a su edad.
4. Al aplicar la prueba EDI, se requiere que el evaluador lleve a cabo dos actividades principales: de observación del niño y de interrogatorio a los padres o cuidadores, de acuerdo con lo especificado para cada ítem. No se requiere seguir el orden de como aparecen en el instrumento, siempre y cuando se apliquen todos y de forma adecuada.
5. El evaluador debe calificar cada ítem y eje.
6. Al final de la aplicación, el evaluador debe otorgar una calificación global (verde, amarillo o rojo) por niño, tomando en cuenta lo obtenido en cada eje.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el grado de desarrollo infantil en la población de 1 mes hasta los 71 meses con la prueba EDI en el Centro de Salud T-II. Santa María Nativitas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar de pruebas EDI en el centro de salud CST-II Santa María Nativitas a la población de 1 mes hasta los 71 meses de vida.
- Obtener las principales características epidemiológicas de nuestra población.
- Identificar factores de riesgo en nuestro grupo de estudio, mediante el interrogatorio y la revisión de historias clínicas.
- Intervenir de forma temprana en aquellos que presenten 1 o más factores de riesgo.
- Participar en las actividades de estimulación de nuestro grupo de estudio tanto en la consulta como en el grupo de Estimulación Temprana.
- Referir a segundo nivel a aquellos pacientes que se encuentren en semáforo rojo, y a aquellos con algún impedimento congénito o adquirido que no les permita realizar las actividades de estimulación.
- Mantener un seguimiento de nuestro grupo de estudio mediante la revaloración de la prueba EDI.
- Obtener medidas de tendencia central y de frecuencia de los datos de la población.
- Comparar los resultados obtenidos de los pacientes del grupo de estimulación contra los que no asisten.

- Monitorear en aquellos pacientes que ameriten una revaloración los resultados tras 3 meses hasta lograr la semaforización verde.
- Realizar una asociación epidemiológica por factores de riesgo entre nuestra población de estudio.

HIPÓTESIS

El desarrollo infantil de la población de 1 mes a 71 meses que se atiende en el Centro de Salud T-II. Santa María Nativitas se encuentra dentro de valores normales según los parámetros establecidos por la prueba EDI.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio.

Se realiza un estudio analítico, transversal, observacional y prospectivo.

Población, criterios de inclusión y exclusión.

Para la obtención de la población se realizó mediante una selección por conveniencia, no aleatoria, de todos los usuarios que pudiéramos atender durante el periodo de Febrero 2024-Enero 2025 del rango de 1 mes hasta los 71 meses 29 días, en el centro de salud CST-II. Santa María Nativitas

Criterios de inclusión.

- Todo usuario, indistinto de género, que tenga de 1 mes hasta los 71 meses 29 días de edad.
- Aquellos usuarios que acudan a consulta entre los días Lunes a Viernes a su atención, y que se nos permita el espacio para su valoración.

Criterios de exclusión.

- Todo usuario menor de 1 mes y mayor de 6 años
- Todo usuario que por algún impedimento congénito o adquirido que no les permita realizar las actividades de estimulación.

Variables.

- Sexo. Nominal, dicotómica: masculino, femenino.
- Edad de registro. Ordinal, numérica. De 1 mes hasta 48 meses.
- Grupo de aplicación. Ordinal politómica. Grupo 1-Grupo 14.
- Resultado global (semáforo). Ordinal dicotómica. Verde, amarillo.
- Parte del grupo de estimulación. Ordinal dicotómica. Sí/No

- Temporalidad de la prueba. Ordinal dicotómica. Primera vez/Subsecuente.
- Revaloración. Ordinal politómica. No aplica/Verde/Amarillo.
- Factor de riesgo. Ordinal politómica. Ninguno/Uno/>Uno.
- Prematurez. Nominal dicotómica. Sí/No.
- Edad gestacional al nacimiento. Ordinal, numérica.
- Edad materna al momento de la concepción. Ordinal, numérica.
- Número de consultas prenatales. Ordinal, numérica.
- Infecciones durante el embarazo. Ordinal, numérica.
- Número de gesta. Ordinal, numérica.
- Vía de obtención. Nominal, dicotómica. Parto/Cesárea.

Material y métodos

Se llevó a cabo la identificación de los pacientes potenciales por la consulta médica y el grupo de Estimulación temprana para la realización de pruebas EDI de primera vez y subsecuentes.

Mediante los criterios de inclusión/exclusión se hizo la selección de los pacientes aptos para la aplicación de la prueba y con el consentimiento de los padres/tutor se llevó a cabo.

Se llevó a cabo la aplicación de pruebas EDI a nuestra población objetivo en el centro de salud CST-II. Santa María Nativitas durante el periodo de Febrero 2024-Enero 2025. Siguiendo la normativa establecida por la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, se llenaron debidamente los formatos de la prueba EDI, se notificó y explicó a los familiares el resultado y se anexó al expediente.

La aplicación de las pruebas se hizo en población de primer contacto y subsecuente, tanto del grupo de estimulación temprana como de los usuarios en general. La aplicación de las pruebas se realizó siguiendo la técnica y el equipo necesario establecido en el Manual para la Aplicación de la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) (Rizzoli et al., 2021).

Aquellos en que la semaforización fue amarilla se revaloró en 3 meses: se llevaron a control de niño sano y se dieron las medidas que suplan a las actividades del grupo de estimulación temprana en caso de que no pudieran asistir o de que no exista disponibilidad al momento.

Los datos obtenidos se capturaron en una base en el programa PSPP y se realizaron medidas de tendencia central, así como análisis de frecuencia para poder establecer una asociación epidemiológica de los factores de riesgo en nuestra población.

RESULTADOS

Tabla 1. Muestra de la población perteneciente al grupo de Estimulación Temprana. Autoría propia, elaborada en Excel.

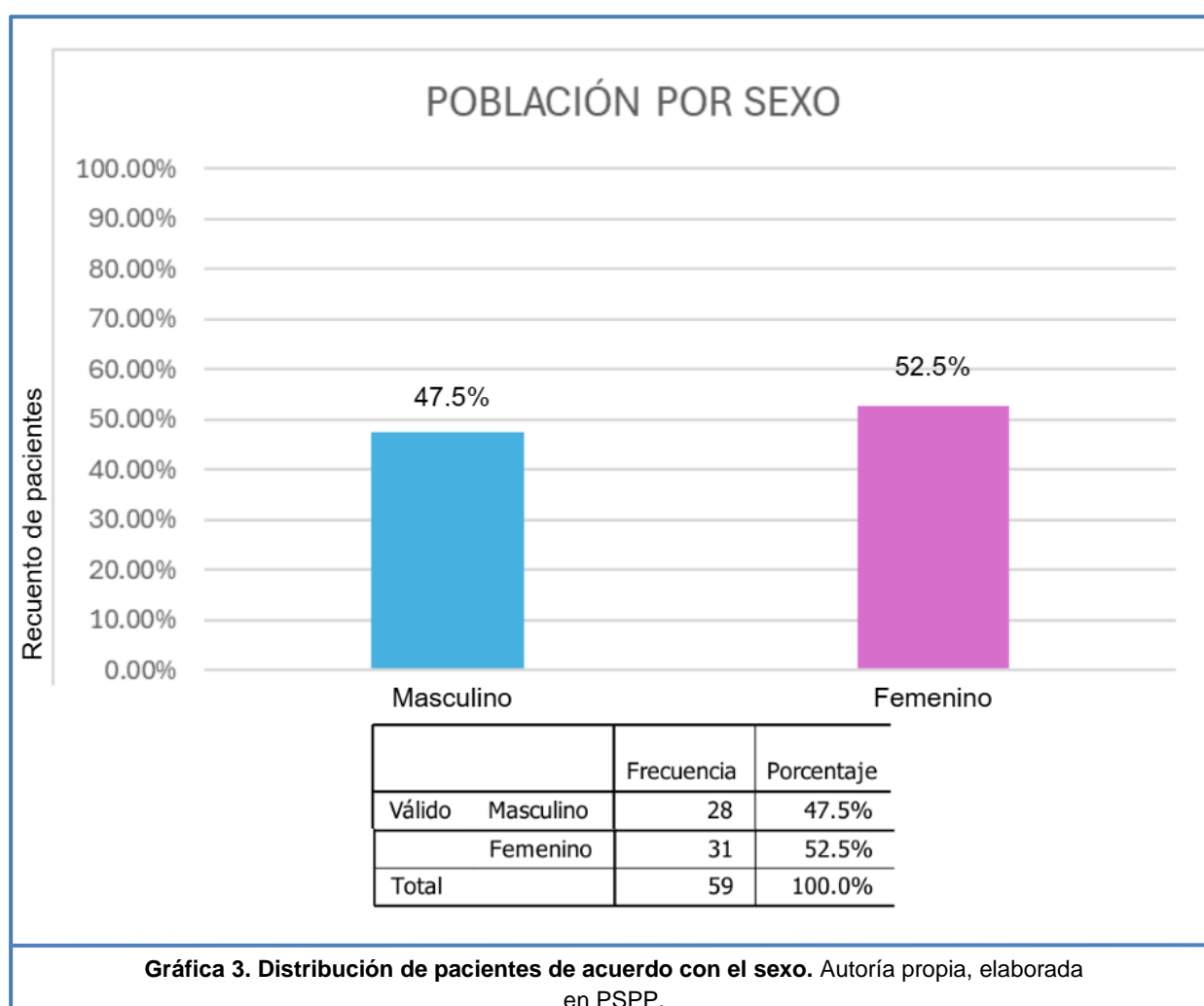
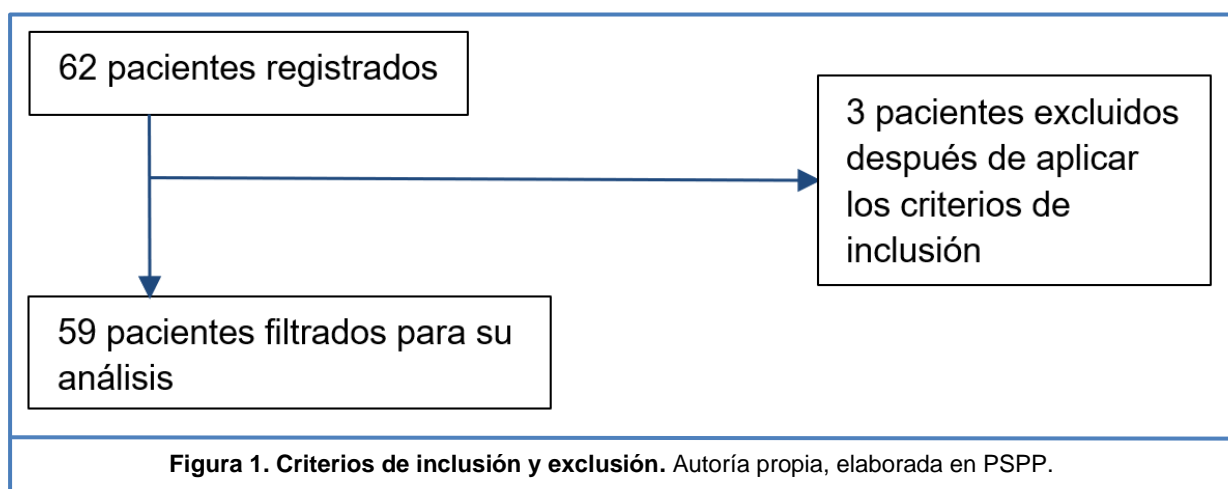
No. PROGRESIVO	FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO	EDAD INGRESO	EDAD ACTUAL	SEXO	CUEST. IRAS Y ERAS	DESARROLLO INFANTIL	DETECCION DE CANCER EDI	PRUEBA	GRAFICA PESO Y TALLA	ESTIMULACION TEMPRANA	CARTILLA DE VACUNACIÓN	1ERA VEZ O SUB	OBSERVACIONES
1	10 4 2023	2	1 AÑO, 6 MESES	M	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	1	
2	28 9 2023	2	1 AÑO, 1 MES	M	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	1	
3	3 10 2023		1 AÑO, 1 MES	F	SI	SI	SI	AMARILLO	SI	SI	SI	1	
4	22 1 2024		9 MESES, 16 DÍAS	M	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	1	
5	16 5 2023		1 AÑO, 5 MESES	M	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	SUB	
6	6 12 2023		11 MESES, 1 DIA	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	1	
7	6 11 2023		1 AÑO	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	1	
8	17 10 2020		4 AÑOS, 21 DÍAS	F	SI	SI	SI	AMARILLO	SI	SI	SI	1	
9	22 1 2024		9 MESES, 16 DÍAS	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	1	
10	27 3 2024		7 MESES, 11 DÍAS	F	SI	SI	SI	AMARILLO	SI	SI	SI	1	
11	27 4 2024		6 MESES, 10 DÍAS	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	1	
12	10 4 2024		6 MESES, 27 DÍAS	M	SI	SI	SI	AMARILLO	SI	SI	SI	1	
13	19 11 2023		11 MESES, 18 DÍAS	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	SUB	Revaloración: 21/11/2024. VERDE
14	14 7 2024		3 MESES, 24 DÍAS	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	1	
15	8 3 2023		20 meses	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	SUB	
16	14 12 2022		23 MESES	M	SI	SI	SI	AMARILLO	SI	SI	SI	SUB	
17	26 2 2024		8 MESES	M	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	SUB	
18	30 1 2023		21 M	M	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	SUB	
19	19 8 2023		14 M	M	SI	SI	SI	VERDE	SI	SI	SI	1	

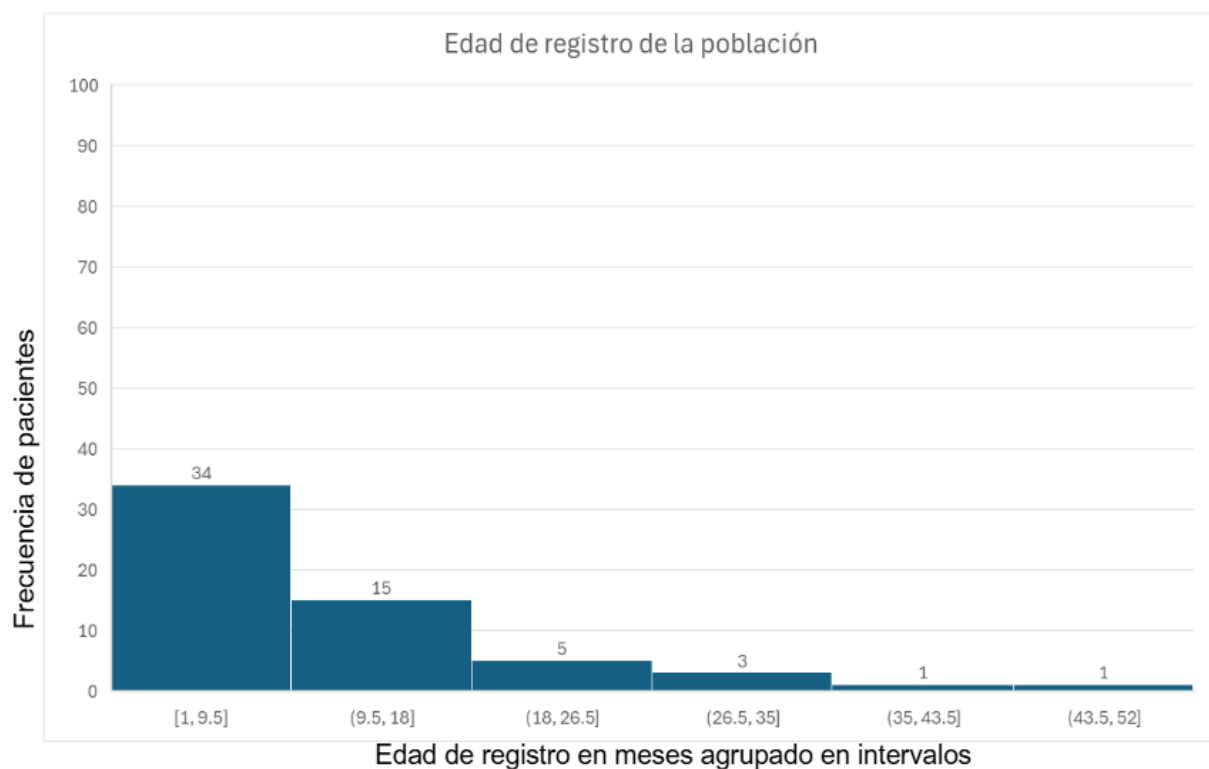
Tabla 2. Población que no acude a grupo de Estimulación Temprana. Autoría propia, elaborada en Excel.

No. PROGRESIVO	FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO	EDAD INGRESO	EDAD ACTUAL	SEXO	CUEST. IRAS Y ERAS	DESARROLLO INFANTIL	DETECCION DE CANCER	PRUEBA EDI	GRAFICA PESO Y TALLA	ESTIMULACION TEMPRANA	CARTILLA DE VACUNACIÓN	1ERA VEZ O SUB
1	27 6 2021	3 AÑOS, 4 MESES	3 AÑOS 4 MESES	F	SI	SI	SI	ROJO	SI	NO	SI	1
2	29 9 2023	1 AÑO. 1 MES	1 AÑO, 1 MES	F	SI	SI	SI	ROJO	SI	NO	SI	1
3	21 5 2024	5 MESES 18 D	5 MESES 18 DIAS	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
4	4 8 2024		3 MESES, 3 DIAS	M	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
5	14 3 2024		7m, 23d	F	SI	SI	SI	AMARILLO				
6	5 3 2022	2A, 8M	2A, 8M	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
7	4 11 2020	4A, 17D	4A, 17D	M	SI	SI	SI	ROJO	SI	NO	SI	1
8	21 5 2024		5M, 2D	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
9	21 8 2024	3M	3M	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
10	11 11 2024	1M	1M	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
11	1 11 2024	1M	1M	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
12	5 5 2024	6M, 2D	6M, 2D	M	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
13	16 5 2024	6M	6M	M	SI	SI	SI	AMARILLO	SI	NO	SI	1
14	11 11 2023	9M	6M	M	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
15	3 12 2023	8M		M	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
16	11 5 2024	4M	4M	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
17	14 4 2024	4M	4M	F	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
18	30 3 2023	18M	18M	M	SI	SI	SI	VERDE		NO		1
19	26 3 2024	6M		F	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
20	12 11 2023	11M		F	SI	SI	SI	VERDE	SI	NO	SI	1
21	20 6 2024	5M	5M	F	SI	SI	SI	VERDE	SI		SI	

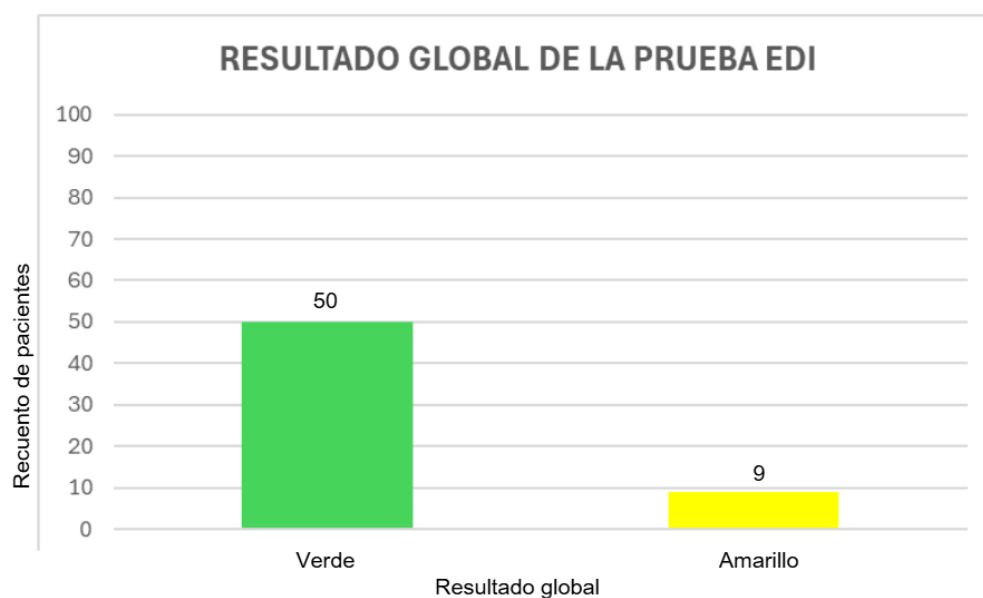
Tabla 2. Población que no acude a grupo de Estimulación Temprana (continuación). Autoría propia, elaborada en Excel.

22	30	6	2024	4M	4M		SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
23	15	12	2022	17M	17M	F	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
24	14	2	2023	15M	15M	M	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
25	29	7	2022	22M	22M	M	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
26	30	1	2023	16M	16M	M	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
27	31	3	2022	14M	14M	F	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
28	29	5	2021	36	36	M	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
29	31	3	2024	4M	4M	M	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
30	16	6	2023	12	12	M	SI	SI	SI	VERDE	SI		NO	SI	1
31	28	2	2024	4M	4M	F	SI	SI	SI	VERDE			NO		1
32	8	9	2023	5M	5M	M	SI	SI	SI	AMARILLO		SI	NO	SI	1
33	8	7	2023	8M	8M	M	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
34	10	11	2023	5M	5M		SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
35	22	12	2023	4M	4M	M	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
36	28	10	2023	6M	6M	M	SI	SI	SI	AMARILLO		SI	NO	SI	1
37	5	9	2023	7M	7M	M	SI	SI	SI	VERDE		SI		SI	
38	19	2	2022	26	26	F	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
39	19	12	2021	28	28	M	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
40	13	11	2021	30	30	F	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
41	8	4	2023	8	8	M	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
	1	11	2024	1M	1M	F	SI	SI	SI	VERDE		SI	NO	SI	1
	5	5	2024	6	6	M	SI	SI	SI	VERDE	SI		NO	SI	1





Gráfica 4. Edad de registro. Autoría propia, elaborada en Excel.

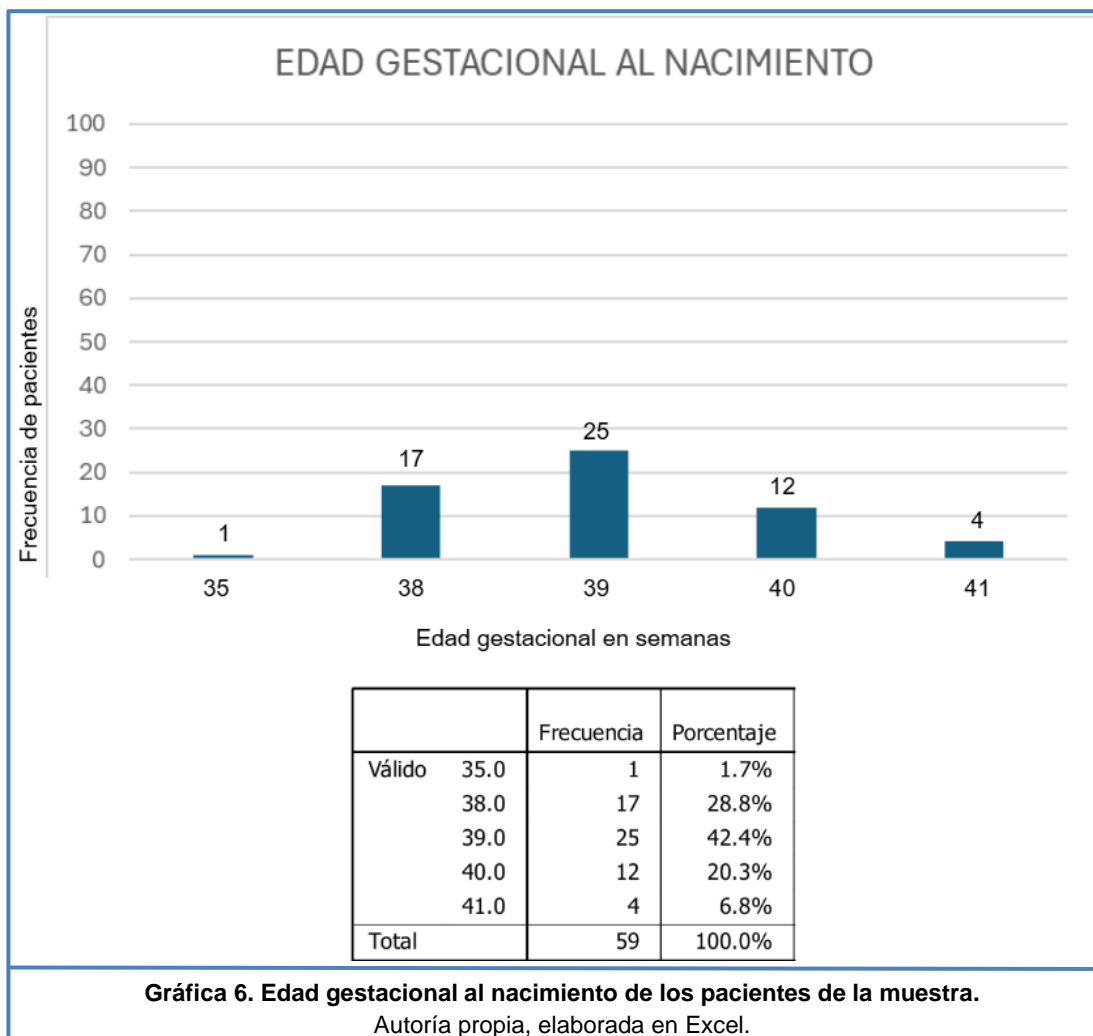


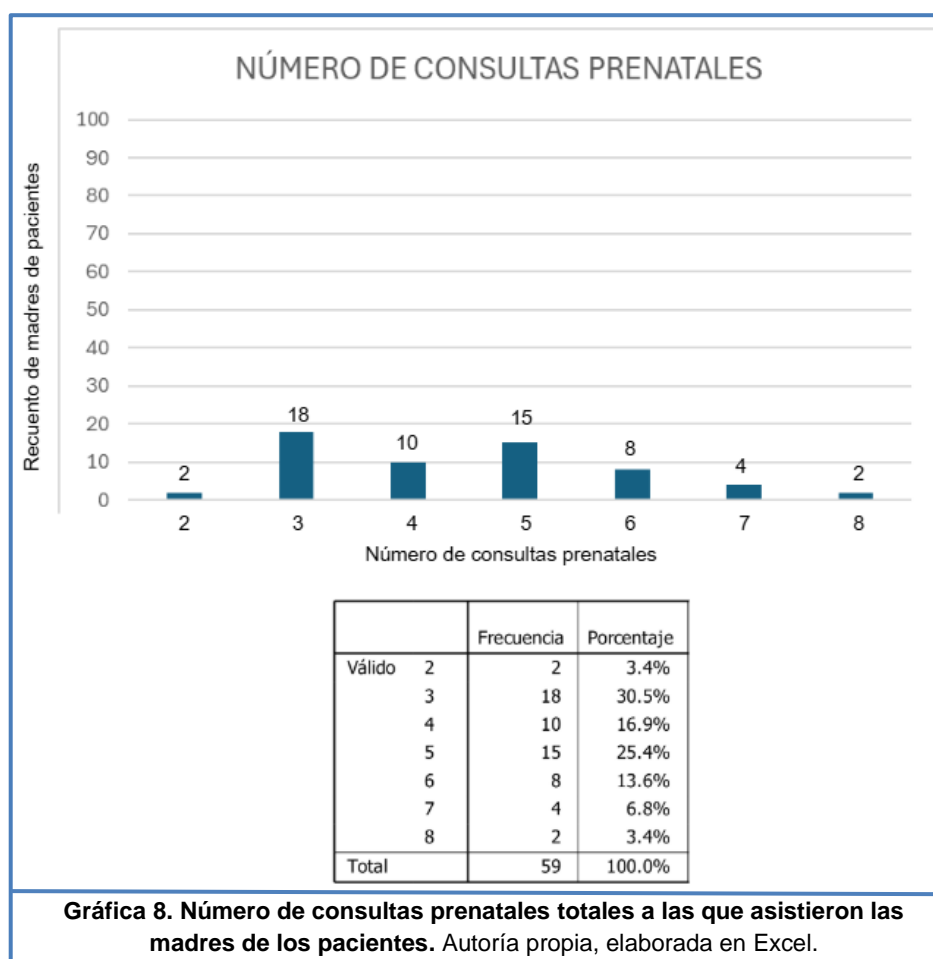
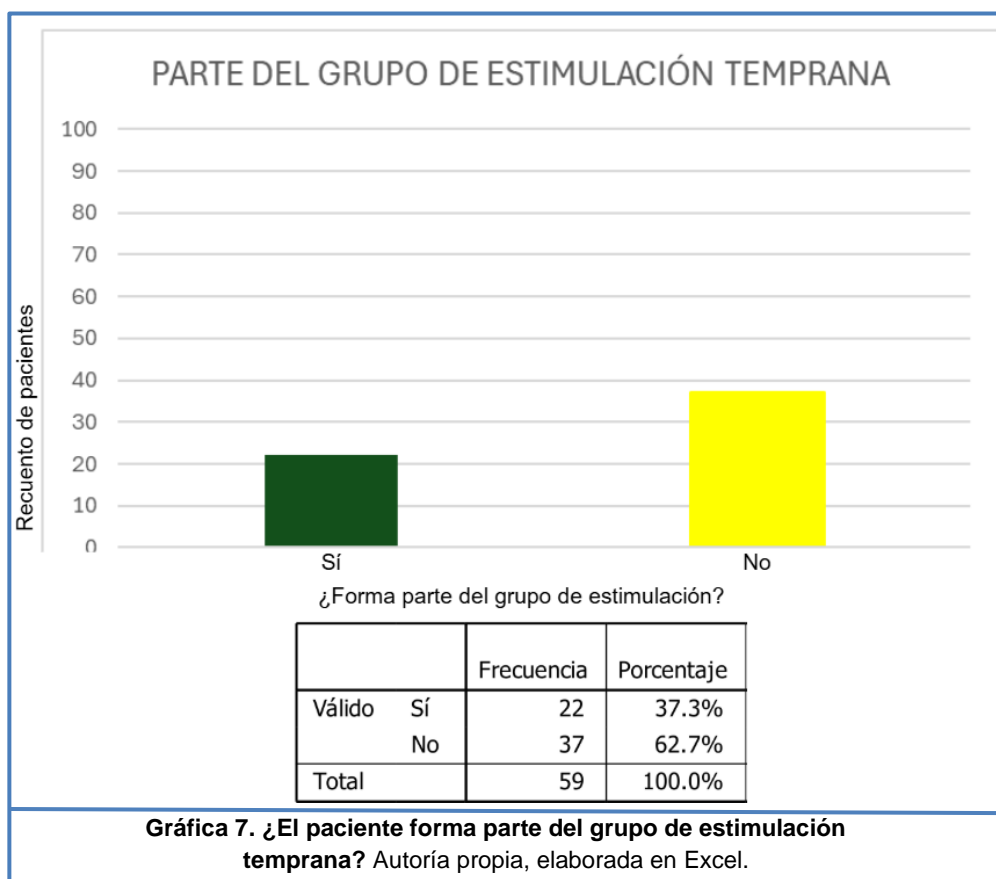
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Verde	50	84.7%
	Amarillo	9	15.3%
Total		59	100.0%

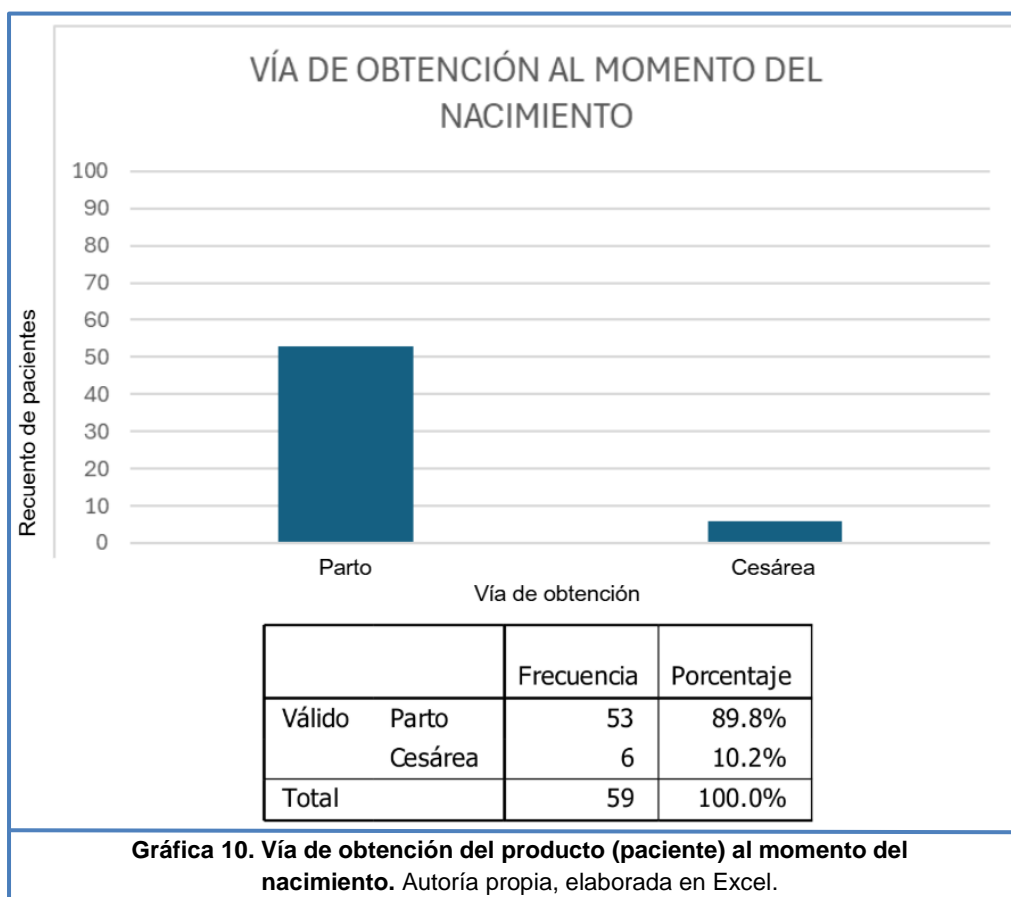
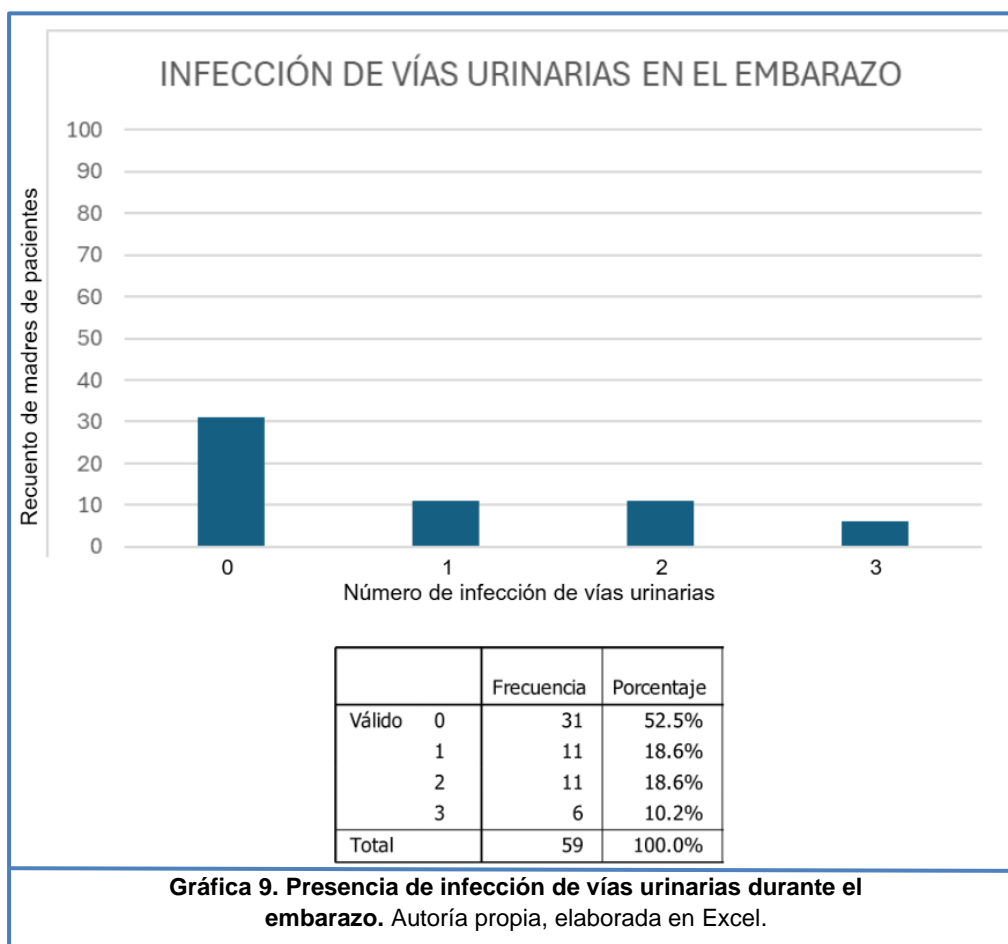
Gráfica 5. Resultado global prueba EDI. Autoría propia, elaborada en Excel.

Tabla 3. Grupo de aplicación de prueba EDI. Autoría propia, elaborada en PSPP.

Grupo de aplicación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	Grupo 1	3	5.1%	5.1%	5.1%
	Grupo 3	2	3.4%	3.4%	8.5%
	Grupo 4	6	10.2%	10.2%	18.6%
	Grupo 5	13	22.0%	22.0%	40.7%
	Grupo 6	10	16.9%	16.9%	57.6%
	Grupo 7	5	8.5%	8.5%	66.1%
	Grupo 8	6	10.2%	10.2%	76.3%
	Grupo 9	4	6.8%	6.8%	83.1%
	Grupo 10	4	6.8%	6.8%	89.8%
	Grupo 11	3	5.1%	5.1%	94.9%
	Grupo 12	2	3.4%	3.4%	98.3%
	Grupo 13	1	1.7%	1.7%	100.0%
	Total	59	100.0%		

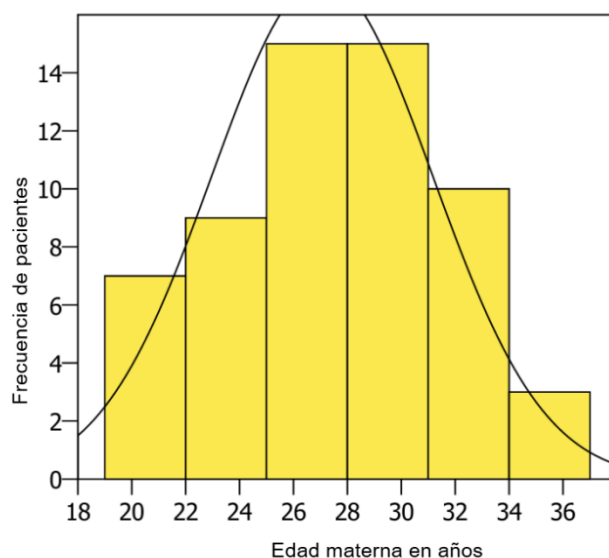






Edad materna al momento del nacimiento

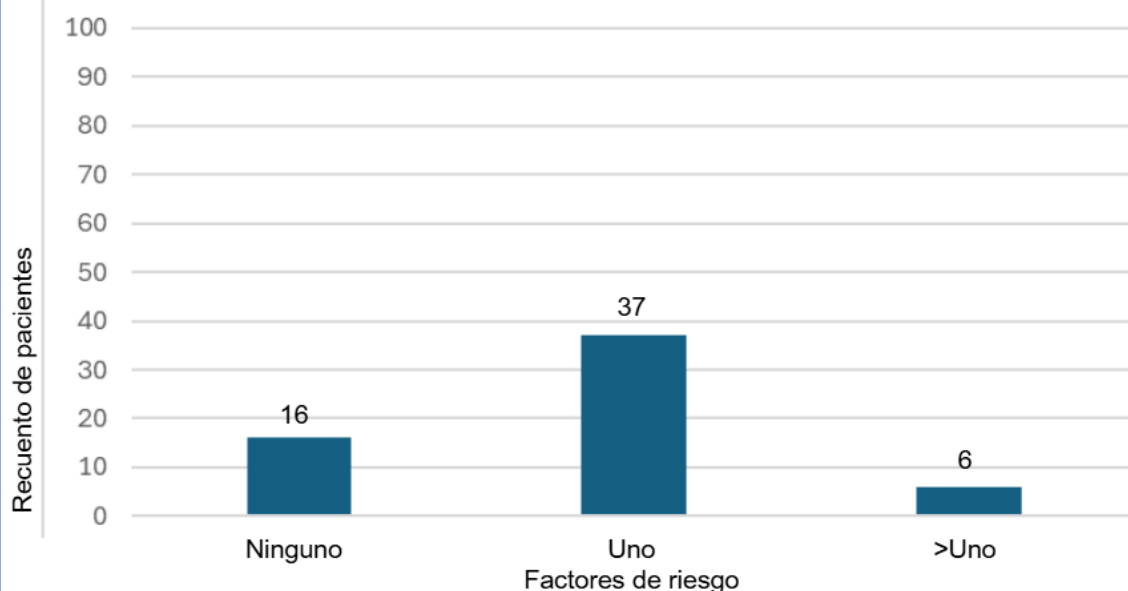
	Ed_MAT
N Válido	59
Perdidos	0
Media	27.07
Mediana	27.00
Modo	25
Desv Std	4.10
Mínimo	19
Máximo	35



		Frecuencia	Porcentaje
Válido	19	2	3.4%
	20	2	3.4%
	21	3	5.1%
	23	3	5.1%
	24	6	10.2%
	25	9	15.3%
	26	2	3.4%
	27	4	6.8%
	28	6	10.2%
	29	4	6.8%
	30	5	8.5%
	31	4	6.8%
	32	2	3.4%
	33	4	6.8%
	34	1	1.7%
	35	2	3.4%
Total		59	100.0%

Gráfica 11. Edad materna al momento de finalización del parto (nacimiento de los pacientes). Autoría propia, elaborada en PSPP.

PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO



		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Ninguno	16	27.1%
	Uno	37	62.7%
	>Uno	6	10.2%
Total		59	100.0%

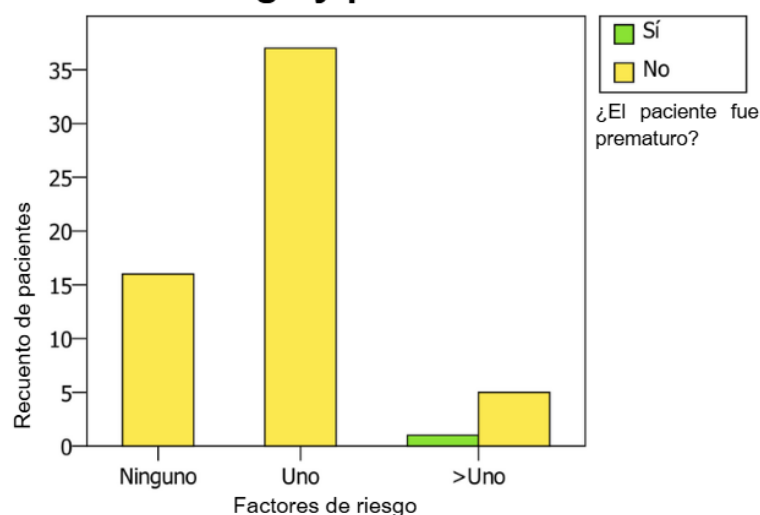
Gráfica 12. Identificación de factores de riesgo en nuestra población. Autoría propia, elaborada en PSPP.

Relación entre factores de riesgo y prematurez

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2-colas)
Chi-cuadrado de Pearson	8.99	2	.011
Razón de Semejanza	4.73	2	.094
Asociación Lineal-by-Lineal	3.97	1	.046
N de casos válidos	59		

		Factor_riesgo		
		Ninguno	Uno	>Uno
		Recuento	Recuento	Recuento
Prematurez	Sí	0	0	1
	No	16	37	5



Gráfica 13. Relación entre la presencia de factores de riesgo y la prematurez. Autoría propia, elaborada en PSPP.

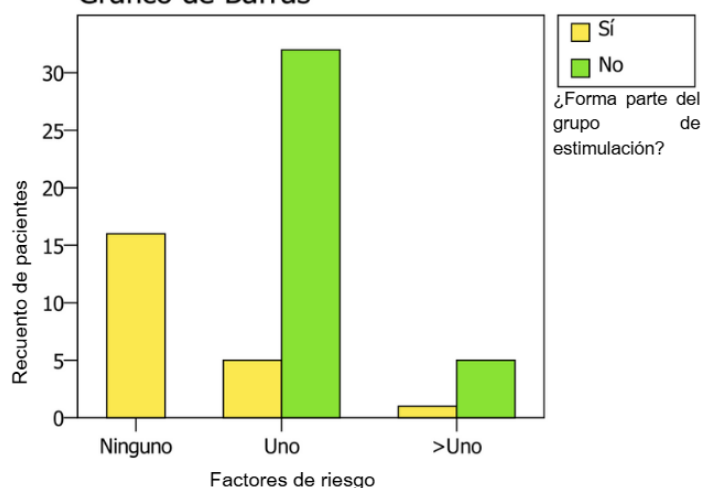
Relación entre factores de riesgo y el grupo de Estimulación Temprana

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2-colas)
Chi-cuadrado de Pearson	36.94	2	.000
Razón de Semejanza	43.22	2	.000
Asociación Lineal-by-Lineal	26.30	1	.000
N de casos válidos	59		

		Factor_riesgo		
		Ninguno	Uno	>Uno
		Recuento	Recuento	Recuento
Parte de Grupo de Estimulación	Sí	16	5	1
	No	0	32	5

Gráfico de Barras

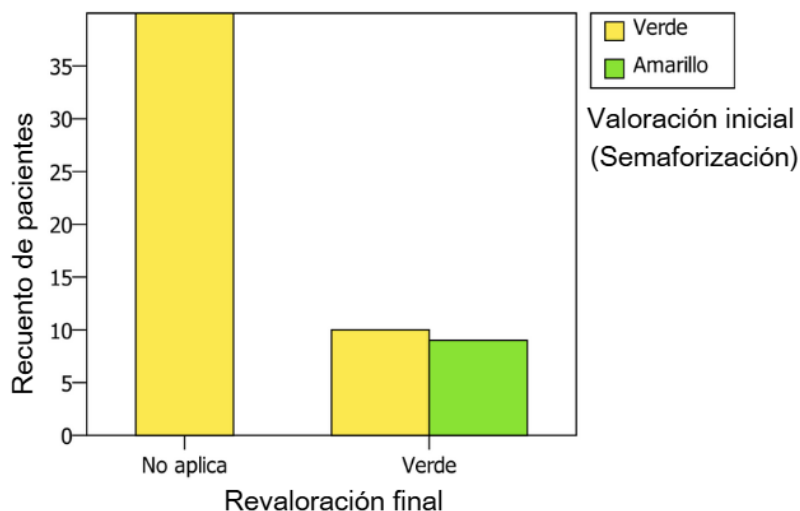


Gráfica 14. Relación entre la presencia de factores de riesgo y la asistencia al grupo de Estimulación Temprana. Autoría propia, elaborada en PSPP.

Relación entre la revaloración y el resultado global

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2- colas)	Sig. Exacta (2- colas)	Sig. Exacta (1- cola)
Chi-cuadrado de Pearson	22.36	1	.000		
Razón de Semejanza	24.11	1	.000		
Prueba exacta de Fisher				.000	.000
Corrección de continuidad	18.84	1	.000		
Asociación Lineal-by-Lineal	21.98	1	.000		
N de casos válidos	59				



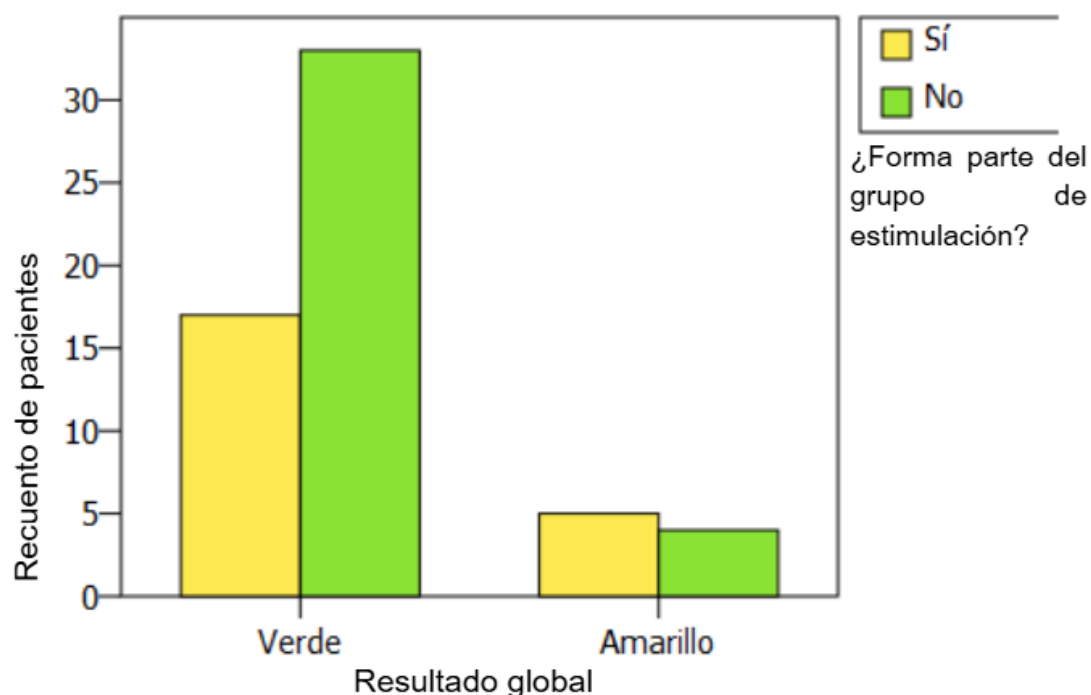
			Resultado global		Total
			Verde	Amarillo	
Revaloración	No aplica	Recuento	40	0	40
		% Fila	100.0%	.0%	100.0%
		% Columna	80.0%	.0%	67.8%
		% Total	67.8%	.0%	67.8%
Verde		Recuento	10	9	19
		% Fila	52.6%	47.4%	100.0%
		% Columna	20.0%	100.0%	32.2%
		% Total	16.9%	15.3%	32.2%
Total		Recuento	50	9	59
		% Fila	84.7%	15.3%	100.0%
		% Columna	100.0%	100.0%	100.0%
		% Total	84.7%	15.3%	100.0%

Gráfica 15. Relación entre la revaloración con la prueba EDI y el resultado global. Comparación antes y después. Autoría propia, elaborada en PSPP.

Relación entre el resultado global y el grupo de Estimulación Temprana

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2- colas)	Sig. Exacta (2- colas)	Sig. Exacta (1- cola)
Chi-cuadrado de Pearson	1.52	1	.218		
Razón de Semejanza	1.47	1	.226		
Prueba exacta de Fisher				.272	.195
Corrección de continuidad	.73	1	.392		
Asociación Lineal-by- Lineal	1.49	1	.222		
N de casos válidos	59				

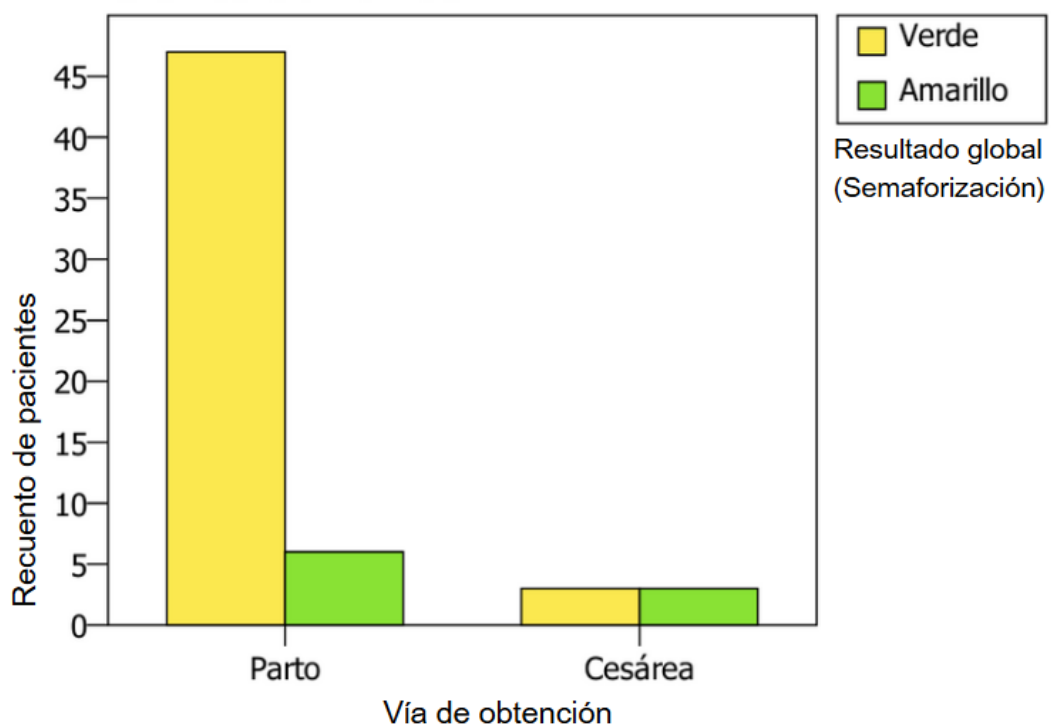


Gráfica 16. Relación entre el resultado global de la prueba EDI y el formar parte del grupo de Estimulación Temprana. Autoría propia, elaborada en PSPP.

Relación entre el resultado global y la vía de obtención del producto

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2- colas)	Sig. Exacta (2- colas)	Sig. Exacta (1- cola)
Chi-cuadrado de Pearson	6,24	1	.013	.058	.040
Razón de Semejanza	4,64	1	.031		
Prueba exacta de Fisher					
Corrección de continuidad	3,60	1	.058		
Asociación Lineal-by- Lineal	6,13	1	.013		
N de casos válidos	59				



Gráfica 17. Relación entre el resultado global y la vía de obtención del producto.

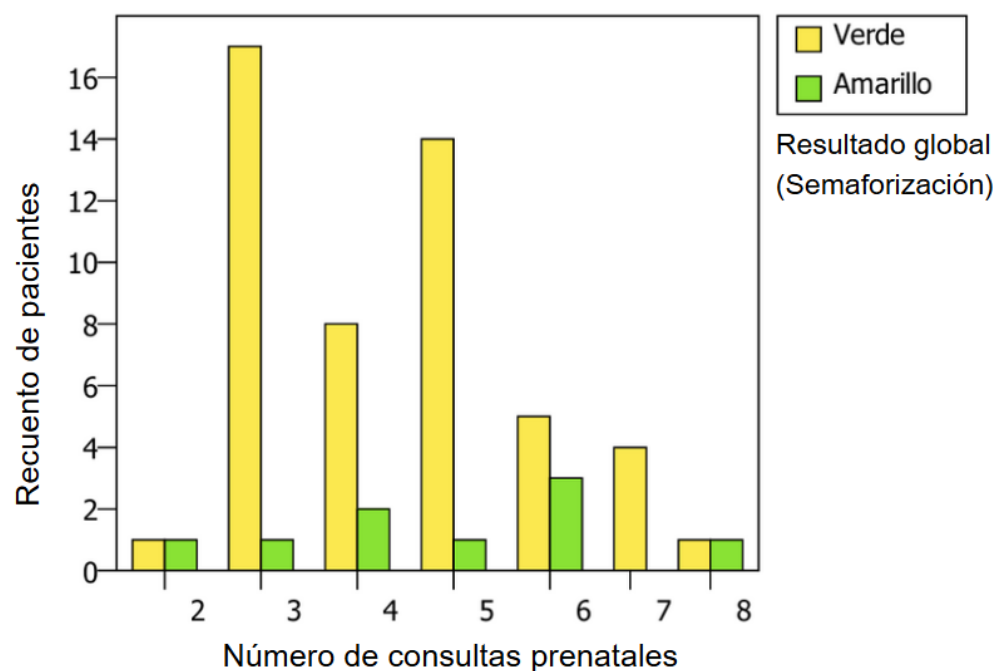
Autoría propia, elaborada en PSPP.

Relación entre el resultado global y el número de consultas prenatales

			Resultado global		Total
			Verde	Amarillo	
Número consultas prenatales	2	Recuento	1	1	2
		% Fila	50.0%	50.0%	100.0%
		% Columna	2.0%	11.1%	3.4%
		% Total	1.7%	1.7%	3.4%
	3	Recuento	17	1	18
		% Fila	94.4%	5.6%	100.0%
		% Columna	34.0%	11.1%	30.5%
		% Total	28.8%	1.7%	30.5%
	4	Recuento	8	2	10
		% Fila	80.0%	20.0%	100.0%
		% Columna	16.0%	22.2%	16.9%
		% Total	13.6%	3.4%	16.9%
	5	Recuento	14	1	15
		% Fila	93.3%	6.7%	100.0%
		% Columna	28.0%	11.1%	25.4%
		% Total	23.7%	1.7%	25.4%
	6	Recuento	5	3	8
		% Fila	62.5%	37.5%	100.0%
		% Columna	10.0%	33.3%	13.6%
		% Total	8.5%	5.1%	13.6%
	7	Recuento	4	0	4
		% Fila	100.0%	.0%	100.0%
		% Columna	8.0%	.0%	6.8%
		% Total	6.8%	.0%	6.8%
	8	Recuento	1	1	2
		% Fila	50.0%	50.0%	100.0%
		% Columna	2.0%	11.1%	3.4%
		% Total	1.7%	1.7%	3.4%
Total		Recuento	50	9	59
		% Fila	84.7%	15.3%	100.0%
		% Columna	100.0%	100.0%	100.0%
		% Total	84.7%	15.3%	100.0%

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2-colas)
Chi-cuadrado de Pearson	9.86	6	.131
Razón de Semejanza	9.19	6	.163
Asociación Lineal-by-Lineal	.77	1	.381
N de casos válidos	59		

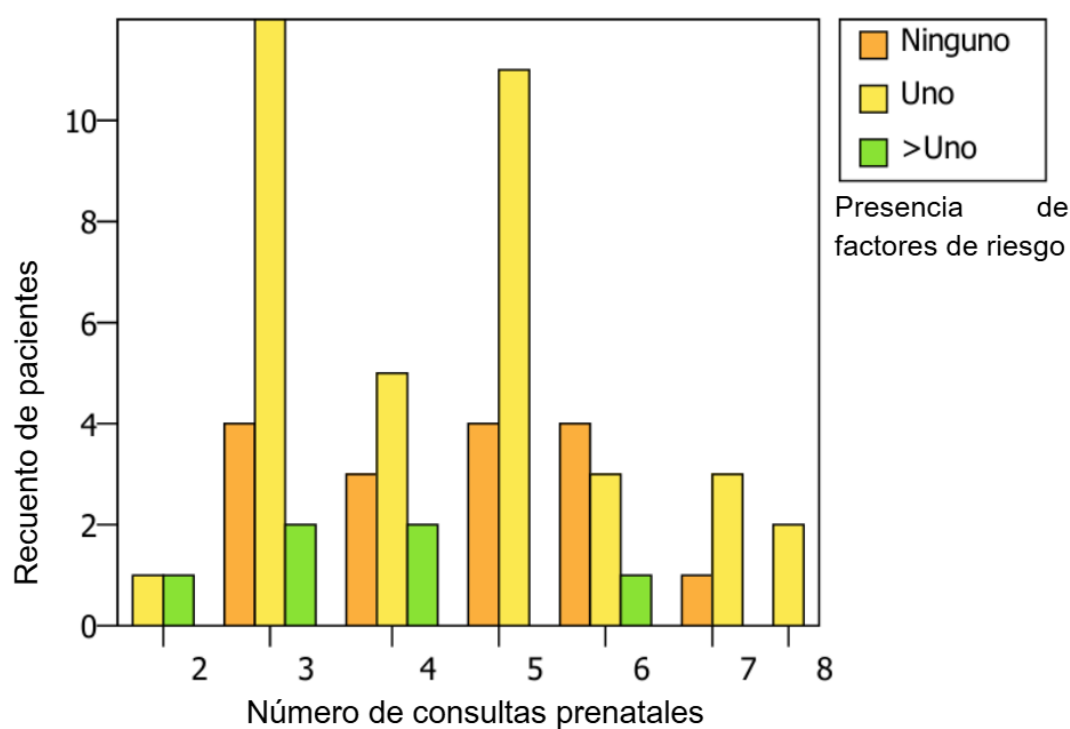


Gráfica 18. Relación entre el resultado global y el número de consultas prenatales. Autoría propia, elaborada en PSPP.

Relación entre el número de consultas prenatales y la presencia de factores de riesgo

			Factor_riesgo			Total
			Ninguno	Uno	>Uno	
Número consultas prenatales	2	Recuento	0	1	1	2
		% Fila	.0%	50.0%	50.0%	100.0%
		% Columna	.0%	2.7%	16.7%	3.4%
		% Total	.0%	1.7%	1.7%	3.4%
	3	Recuento	4	12	2	18
		% Fila	22.2%	66.7%	11.1%	100.0%
		% Columna	25.0%	32.4%	33.3%	30.5%
		% Total	6.8%	20.3%	3.4%	30.5%
	4	Recuento	3	5	2	10
		% Fila	30.0%	50.0%	20.0%	100.0%
		% Columna	18.8%	13.5%	33.3%	16.9%
		% Total	5.1%	8.5%	3.4%	16.9%
	5	Recuento	4	11	0	15
		% Fila	26.7%	73.3%	.0%	100.0%
		% Columna	25.0%	29.7%	.0%	25.4%
		% Total	6.8%	18.6%	.0%	25.4%
	6	Recuento	4	3	1	8
		% Fila	50.0%	37.5%	12.5%	100.0%
		% Columna	25.0%	8.1%	16.7%	13.6%
		% Total	6.8%	5.1%	1.7%	13.6%
	7	Recuento	1	3	0	4
		% Fila	25.0%	75.0%	.0%	100.0%
		% Columna	6.3%	8.1%	.0%	6.8%
		% Total	1.7%	5.1%	.0%	6.8%
	8	Recuento	0	2	0	2
		% Fila	.0%	100.0%	.0%	100.0%
		% Columna	.0%	5.4%	.0%	3.4%
		% Total	.0%	3.4%	.0%	3.4%
Total		Recuento	16	37	6	59
		% Fila	27.1%	62.7%	10.2%	100.0%
		% Columna	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% Total	27.1%	62.7%	10.2%	100.0%

	Valor	df	Sign. Asintótica (2-colas)
Chi-cuadrado de Pearson	11.07	12	.523
Razón de Semejanza	12.31	12	.421
Asociación Lineal-by-Lineal	1.47	1	.225
N de casos válidos	59		



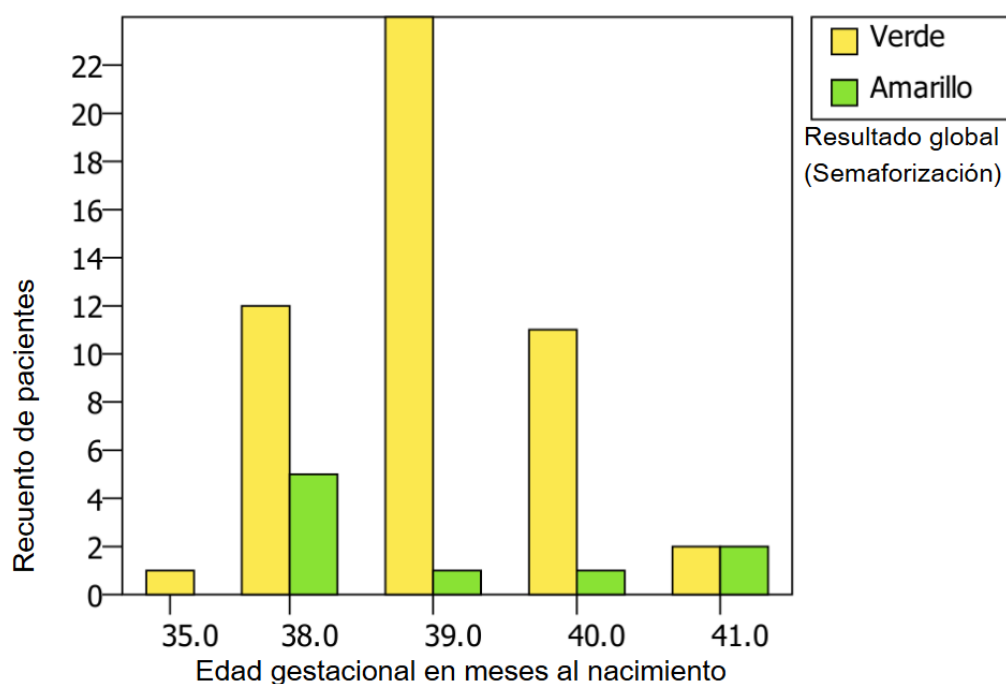
Gráfica 19. Relación entre el número de consultas prenatales con los factores de riesgo del paciente en el momento de la valoración inicial. Autoría propia, elaborada en PSPP.

Relación entre la edad gestacional y el resultado global

			Resultado global		Total
			Verde	Amarillo	
Edad gestacional	35.0	Recuento	1	0	1
		% Fila	100.0%	.0%	100.0%
		% Columna	2.0%	.0%	1.7%
		% Total	1.7%	.0%	1.7%
	38.0	Recuento	12	5	17
		% Fila	70.6%	29.4%	100.0%
		% Columna	24.0%	55.6%	28.8%
		% Total	20.3%	8.5%	28.8%
	39.0	Recuento	24	1	25
		% Fila	96.0%	4.0%	100.0%
		% Columna	48.0%	11.1%	42.4%
		% Total	40.7%	1.7%	42.4%
	40.0	Recuento	11	1	12
		% Fila	91.7%	8.3%	100.0%
		% Columna	22.0%	11.1%	20.3%
		% Total	18.6%	1.7%	20.3%
	41.0	Recuento	2	2	4
		% Fila	50.0%	50.0%	100.0%
		% Columna	4.0%	22.2%	6.8%
		% Total	3.4%	3.4%	6.8%
Total	Recuento		50	9	59
	% Fila		84.7%	15.3%	100.0%
	% Columna		100.0%	100.0%	100.0%
	% Total		84.7%	15.3%	100.0%

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2-colas)
Chi-cuadrado de Pearson	9.45	4	.051
Razón de Semejanza	8.97	4	.062
Asociación Lineal-by-Lineal	.00	1	.957
N de casos válidos	59		



Gráfica 20. Relación entre la edad gestacional al momento del nacimiento y el resultado global mediante la prueba EDI. Autoría propia, elaborada en PSPP.

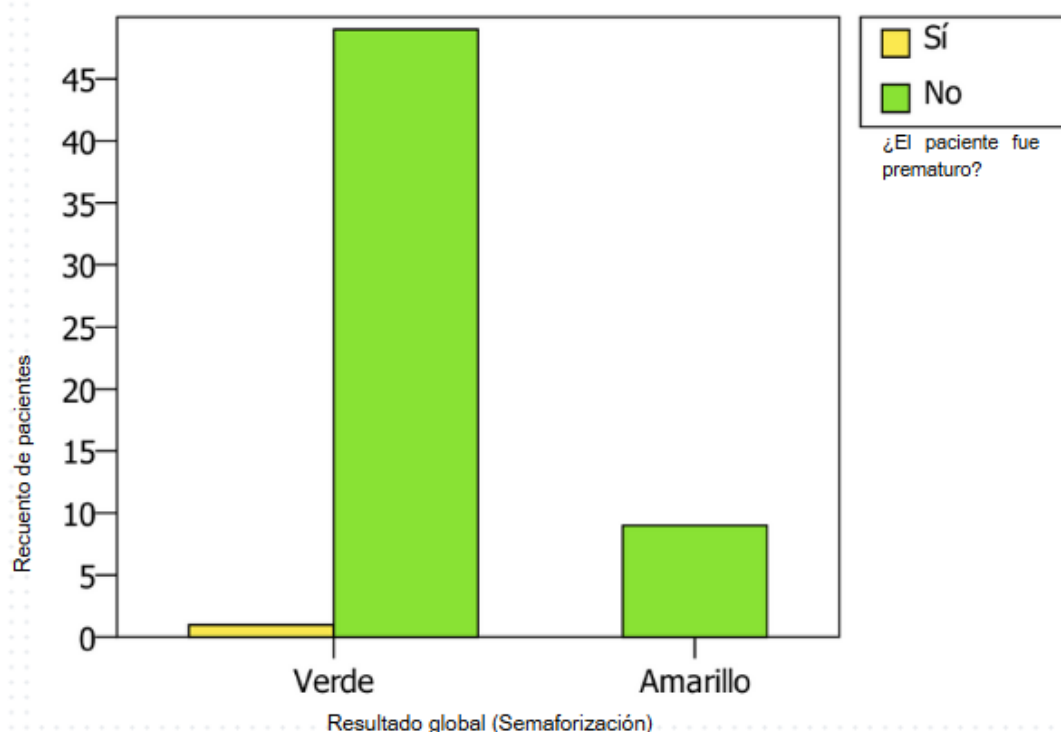
Relación entre la prematurez y el resultado global

Prematurez × Resultado global

			Resultado global		Total
			Verde	Amarillo	
Prematurez	Sí	Recuento	1	0	1
		% Fila	100.0%	.0%	100.0%
		% Columna	2.0%	.0%	1.7%
		% Total	1.7%	.0%	1.7%
	No	Recuento	49	9	58
		% Fila	84.5%	15.5%	100.0%
		% Columna	98.0%	100.0%	98.3%
		% Total	83.1%	15.3%	98.3%
Total		Recuento	50	9	59
		% Fila	84.7%	15.3%	100.0%
		% Columna	100.0%	100.0%	100.0%
		% Total	84.7%	15.3%	100.0%

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2-colas)	Sign. Exacta (2-colas)	Sign. Exacta (1-cola)
Chi-cuadrado de Pearson	.18	1	.669		
Razón de Semejanza	.33	1	.563		
Prueba exacta de Fisher				1.000	.847
Corrección de continuidad	.00	1	1.000		
Asociación Lineal-by-Lineal	.18	1	.671		
N de casos válidos	59				

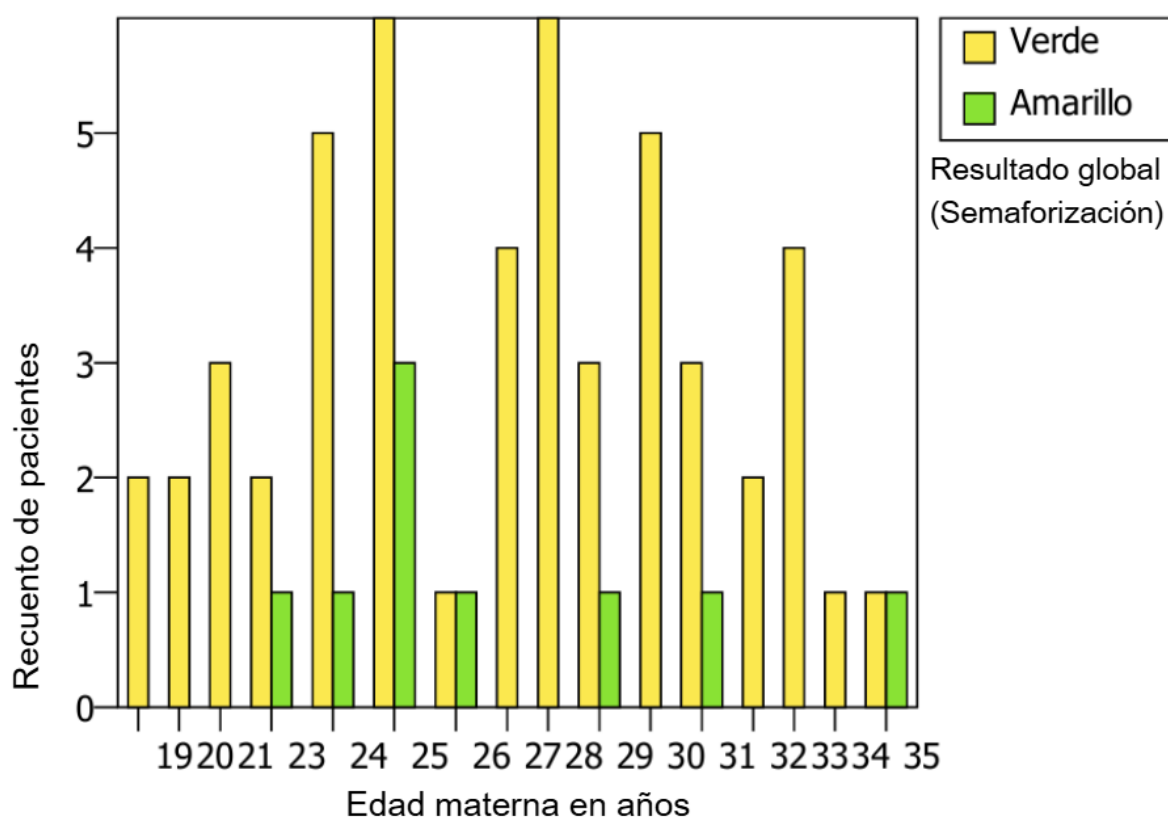


Gráfica 21. Relación entre la prematurez del producto (paciente) y el resultado global mediante la prueba EDI. Autoría propia, elaborada en PSPP.

Relación entre la edad materna y el resultado global

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2-colas)
Chi-cuadrado de Pearson	12.59	15	.634
Razón de Semejanza	15.17	15	.439
Asociación Lineal-by-Lineal	.00	1	.957
N de casos válidos	59		

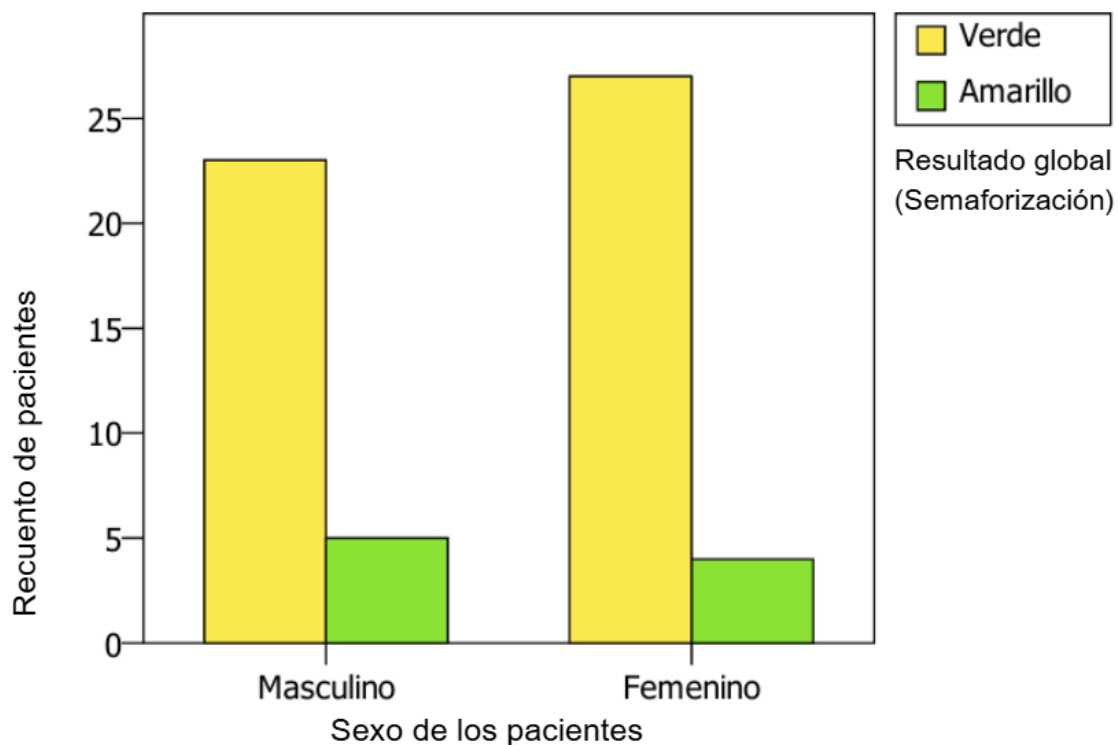


Gráfica 22. Relación entre la edad materna al momento del nacimiento y el resultado global obtenido de la prueba EDI. Autoría propia, elaborada en PSPP.

Relación entre el género y el resultado global

Contrastes Chi-cuadrado.

	Valor	df	Sign. Asintótica (2-colas)	Sig. Exacta (2-colas)	Sig. Exacta (1-cola)
Chi-cuadrado de Pearson	.28	1	.597	.723	.433
Razón de Semejanza	.28	1	.597		
Prueba exacta de Fisher					
Corrección de continuidad	.03	1	.868		
Asociación Lineal-by-Lineal	.27	1	.600		
N de casos válidos	59				



Gráfica 23. Relación entre el sexo de los pacientes y el resultado global obtenido en la prueba EDI. Autoría propia, elaborada en PSPP.

ANÁLISIS

Todos los gráficos pertenecientes a esta sección son de elaboración propia. La población perteneciente a esta investigación se recopila en las tablas 1 y 2, haciendo la diferenciación entre aquellos que asisten al grupo de estimulación temprana y los que no. Aplicando los criterios de inclusión, de la muestra total de 62 pacientes registrados excluimos a 3 pacientes semaforizados en rojo (figura 1).

Hasta el día 28 de enero del 2025 se tiene una población de 59 pacientes a los que se les ha realizado la prueba EDI. De nuestra población abordada, 31 (52.5%) pertenecen al género femenino y 28 (47.5%) al masculino, siendo un total de 59 participantes (gráfica 3).

El promedio de edad de nuestra población es de 11.5 meses, con una curva unimodal de sesgo positivo, moda de 6 y mediana de 8; un máximo de edad de 48 meses y un mínimo de 1 mes (gráfica 4).

La distribución de nuestra población se encuentra en 12 grupos de edad identificados de acuerdo con los parámetros del manual de aplicación de prueba EDI. Existiendo así una mayor cantidad en el grupo 5 (13, 22%), de 5 meses a 6 meses 29 días; seguido del grupo 6 (10, 16.9%) que abarca de los 7 meses a los 9 meses 29 días. El grupo con menos pacientes registrados es el número 13, con únicamente un paciente de 48 meses de edad (tabla 3).

En cuanto a los resultados de la semaforización de la prueba EDI, se obtuvo una muestra de 50 pacientes correspondientes al color Verde (54.7%), y 9 pacientes con resultado Amarillo (15.3%) (gráfica 5).

En relación con la edad gestacional de nuestros pacientes, se obtuvo un rango de 35 semana hasta 41 semanas de gestación al momento del nacimiento. Una media de 38.98, mediana de 39 y moda de 39 (gráfica 6).

De nuestra población estudiada es pertinente la mención sobre aquellos que fueron neonatos prematuros en su momento. Obtuvimos que, al nacimiento, únicamente un paciente masculino fue prematuro, con una edad de 35 semanas de gestación al nacimiento, además de haber sido obtenido por cesárea.

En lo que respecta en nuestra población a si forman parte o no del grupo de estimulación, se obtuvo que el 62.7% (37 pacientes) no se encuentran inscritos al grupo de estimulación al momento del estudio. Aquellos que forman parte son el 37.3% (22 pacientes) (gráfica 7).

En la identificación del número de consultas prenatales de las madres de nuestros pacientes, se obtuvo que la mayor asistencia fue de 3 consultas con un 30.5% (18 madres de pacientes), seguidas de 5 consultas con un 25.4% (15 madres de pacientes). La menor asistencia a consultas fue de 2 consultas y 8 consultas prenatales, cada una con 3.4% (gráfica 8).

Sobre infección de vías urinarias durante el embarazo, se encontró que el 52.5% (31 madres de pacientes) afirma no haber padecido ninguna durante el embarazo. De las que afirman haber padecido en una y dos ocasiones durante el embarazo son el 18.6% para ambos grupos. De 3 o más infecciones sólo el 10.2% (6 madres de pacientes) afirma haber padecido durante la gestación (gráfica 9).

Acercas de la vía de obtención de nuestros pacientes, el 89.8% (53 pacientes) fue obtenido por vía vaginal, mientras que sólo el 10.2% (6 pacientes) fue obtenido por cesárea (gráfica 10).

Con relación a la edad materna, se obtuvo un rango de 19 a 35 años, donde la media de edad es de 27.07 en nuestra población, mediana de 27 y moda de 25 años. En esta última se tiene un registro de 9 madres de pacientes que corresponden al 15.3%, seguido de las edades de 24 y 28 años ambas en segundo lugar; el grupo de edad materna con menor cantidad de personas fue el de 34 años, con únicamente una madre (gráfica 11).

Dentro de la identificación de los factores de riesgo, se obtuvo que 37 de los pacientes tiene al menos un factor de riesgo (62.7%), 6 pacientes más de 1 factor de riesgo (10.2%), y 16 paciente sin ningún factor de riesgo (27.1%) (gráfica 12).

Para analizar la relación entre la presencia de uno o más factores de riesgo con prematuridad, se realizó un estudio de chi cuadrada (X^2) de homogeneidad. Se obtuvo un valor de X^2 de Pearson de 8.99 y un valor de $p=0.11$, por lo que se concluye que en nuestra población se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la prematuridad con la presencia de más factores de riesgo (gráfica 13).

Para el análisis de la relación entre la presencia de factores de riesgo y de estar o no en el grupo de estimulación, se realizó un estudio de X^2 de homogeneidad entre ambas variables. Se obtuvo un valor de X^2 de Pearson de 36.94 y un valor de $p=0.000$, por lo que se concluye que en nuestra población se encontró una asociación de que formar parte del grupo de estimulación temprana disminuye la probabilidad de presentar uno o más factores de riesgo (gráfica 14).

Para el análisis de la relación entre la semaforización inicial y la revaloración en que se mantenga en verde, o el cambio de amarillo a verde, se realizó una prueba de X^2 de independencia entre nuestras variables dicotómicas de ambos grupos. Se obtuvo un resultado de X^2 de Pearson de 22.36 y una $p=0.00$, por lo que se concluye que en nuestra población el resultado global de aquellos que ameritaba revaloración mejoró tras las actividades encaminadas del grupo de Estimulación Temprana y el seguimiento en consulta de crecimiento y desarrollo. Nuestros valores obtenidos demuestran un cambio del 100% a semáforo verde en la revaloración de aquellos pacientes que inicialmente se habían clasificado como amarillos (gráfica 15).

Se realizó una prueba de X^2 de independencia para valorar la asociación entre aquellos que acuden al grupo de estimulación temprana y su semaforización en la prueba EDI: la asociación no es estadísticamente significativa (χ^2 1.52, $p=0.218$), por lo que concluimos que en nuestra población no

existe una relación entre la pertenencia al grupo de estimulación y la semaforización según la prueba EDI (gráfica 16).

Para el análisis de la relación entre la vía de obtención del bebé y la semaforización, se realizó una prueba de χ^2 de independencia. En nuestra población se obtuvo un valor de χ^2 de Pearson de 6.24 y $p=0.013$, por lo que se concluye que en nuestra población estudiada la vía de obtención está relacionada a la semaforización, teniendo más probabilidad de un resultado amarillo en aquellos obtenidos por vía abdominal (cesárea) (gráfica 17).

De la misma forma, se elaboró el análisis estadístico de la relación entre el número de consultas prenatales y el resultado de semáforo en la prueba EDI. Se realizó la prueba de χ^2 de independencia donde se obtuvo un resultado de 9.86 χ^2 de Pearson, y $p=0.131$, además de una diferencia de datos con valor de 6; por lo que se puede concluir que en nuestra población no existe una relación de un mejor resultado en la prueba entre más cantidad de consultas prenatales (gráfica 18).

En siguiente instancia, se realizó un análisis similar, tomando en cuenta el número de consultas y su relación con la aparición de factores de riesgo. Mediante la prueba de χ^2 de independencia se obtuvo un valor de χ^2 de Pearson de 11.07 y $p=0.523$, con una diferencia de datos de 12, aún mayor que en el análisis anterior. Por lo tanto, concluimos que en nuestra población no existe una relación de una menor aparición de factores de riesgo a una mayor cantidad de consultas prenatales (gráfica 19).

En relación con el análisis elaborado para determinar la asociación entre la edad gestacional y el resultado semáforo en el EDI, se obtuvo un resultado de X^2 de Pearson de 9.45 y $p=0.05$. Con estos resultados podemos concluir que en nuestra población a mayor sea la edad gestacional, mejor será el resultado global en la prueba EDI (gráfica 20).

Se realizó el análisis entre la prematurez y el resultado global en la prueba EDI. Se obtuvo un valor de X^2 de 0.18 y $p=0.669$, por lo que se concluye que en nuestra población no existe una asociación estadísticamente significativa entre la prematurez y un resultado desfavorable en la prueba EDI. Cabe mencionar que en nuestra población sólo se obtuvo un paciente prematuro de 35 semanas de gestación (gráfica 21).

En el análisis estadístico de la relación entre edad materna al momento del nacimiento y el resultado de semáforo, se obtuvo un X^2 de Pearson de 12.59 y $p=0.634$, por lo que no existe relación entre dicha asociación mencionada (gráfica 22).

Por último, también se realizó el análisis estadístico si existía alguna relación entre el sexo de los pacientes y la semaforización de la prueba EDI. Se realizó un χ^2 de independencia con resultado de χ^2 de 0.28 y $p=0.597$, por lo que no existe ninguna asociación estadística entre el sexo y el resultado semáforo de la prueba (gráfica 23).

De los pacientes evaluados con la prueba EDI que resultaron en semáforo rojo fueron tres casos, y que por nuestros criterios de inclusión no forman parte del análisis: El primero corresponde a una paciente femenina de 3 años y 4 meses, en la cual se detectó un trastorno del lenguaje y de la articulación de la fonetización. En consecuencia, se realizó una referencia al Hospital Materno Infantil Xochimilco el 6 de noviembre de 2024. Al realizar el seguimiento correspondiente, se informó que no se ha logrado contactar al responsable de la menor para verificar si se ha llevado a cabo su cita en Terapia del Lenguaje. El segundo caso involucra a un paciente masculino de 4 años y 16 días, quien al ser evaluado presentó indicios de trastorno del espectro autista. Por tal motivo, se realizó una referencia al Centro Integral de Salud Mental el 4 de noviembre de 2024. Al dar seguimiento a esta referencia un mes después el familiar del menor comunicó que, debido a la falta de disponibilidad de citas, se le solicitó que el familiar acuda en la segunda semana de enero para agendar una cita. Se procede a la exclusión de otro resultado de EDI de rojo global en la investigación para una paciente femenina de 1 año y 1 mes, quien padece Trisomía 21.

De nuestra población de 59 pacientes recalamos puntos importantes. De las madres durante el periodo prenatal, el 25.4% acudió a las consultas mínimas indicadas por la NOM 007. En los rubros de evaluación de la prueba EDI señala como factor de riesgo biológico el haber tenido menos de 3 consultas, sin embargo, por normatividad deben de ser 5 o más consultas prenatales.

Para el análisis de factores de riesgo incluimos a aquellos pacientes que durante el periodo prenatal la madre acudió a menos de 3 consultas, tuvieron tres o más infecciones de vías urinarias durante el embarazo, una edad materna menor a 17 años, y la prematurez del producto.

En los análisis estadísticos comparativos del control de consultas prenatales, los resultados obtenidos son debido principalmente a la dispersión de los datos en nuestra población, y a una muestra reducida que está afectando este análisis estadístico en específico. Similar al análisis entre el número de consultas prenatales y la semaforización, la relación entre el número de consultas prenatales con la presencia de factores de riesgo tiene aún mayor dispersión de datos, como consecuencia al tamaño de nuestra muestra.

Por esta razón resalto que se deben de tomar estos resultados con cautela debido a que resultan paradójicos; ya que lógicamente a una mayor asistencia de consultas prenatales se reduciría la probabilidad de que el producto se enfrente a tener un factor de riesgo; y la atención de primer nivel va encaminada en la promoción y prevención, y en especial la higiene durante los cambios morfológicos en el embarazo para evitar no solamente una infección de vías urinarias, sino también cualquier tipo de patología desfavorable. Lo recalco de nuevo, como limitación en este rubro es la población con la que se trabajó, a mayor población podríamos demostrar un resultado estadísticamente significativo en estos dos análisis.

En comparación con la literatura revisada, en México se tiene una publicación del 2017 (Callejas et al) acerca de la aplicación de pruebas EDI en “un centro de salud” en el estado de Querétaro. De una población de 204 pacientes, 54 (26.47%) tuvieron un resultado diferente de amarillo en su aplicación

de Primera Vez. En el estudio mencionado no se realiza seguimiento a los pacientes ni se menciona sobre actividades encaminadas a la estimulación ni sobre algún grupo de apoyo; de la misma forma, no se realizan comparaciones estadísticas ni se cuenta con una base de datos, por lo que no podemos hacer ningún comparativo directo con nuestros resultados. De lo que podemos mencionar, en nuestra población solo el 15.3% que corresponden a 9 pacientes fueron inicialmente semaforizados en amarillo, y tras las medidas de estimulación, en la revaloración los 9 pacientes cambiaron a verde.

CONCLUSIONES

La implementación de la prueba EDI en el Centro de Salud CST-II Santa María Nativitas ha permitido realizar una evaluación integral del desarrollo infantil en niños de entre 1 y 71 meses de edad, lo que ha facilitado la identificación no solo de aquellos con un desarrollo adecuado, sino también de aquellos que presentan rezagos o riesgos significativos en su neurodesarrollo. Este proceso ha sido crucial para la toma de decisiones oportunas respecto a las intervenciones y el seguimiento de los menores en diversas etapas de su desarrollo, contribuyendo a la mejora de sus habilidades y su bienestar general.

La Estimulación temprana es esencial para el neurodesarrollo íntegro de los y las niñas. Es una forma de introducción a estímulos externos sin sobresaturación y de manera escalonada, del inicio de la comunicación verbal y no verbal, y de la maduración del pensamiento y la instauración de las bases para experiencias futuras.

Como ya se ha mencionado, la Estimulación Temprana juega uno de los factores determinantes para el Desarrollo Infantil Temprano, y su ausencia se traduce en un factor de riesgo que podría llegar a influenciar el crecimiento y desarrollo de los niños en cualquiera de sus etapas; desde la etapa de lactantes hasta la de preescolares. Es por lo que múltiples acciones han sido encaminadas para estandarizar el desarrollo infantil y, en tiempos recientes, surgió y se aprobó la Prueba de Evaluación de Desarrollo Infantil (EDI), oficialmente usada desde 2014 para México.

De esta manera, cualquier personal de la salud capacitado puede hacer el tamizaje de los niños por grupo de edad y, mediante el interrogatorio y la exploración física, detectar señales de alarma o alteraciones en el desarrollo.

Como limitación principal fue una muestra reducida de la población secundaria a los espacios dedicados y al poco tiempo con el que contaban las familias, además de que no se pudo lograr la captura de la totalidad de los pacientes en la consulta general debido a que no existe un módulo dedicado al control del niño sano. Sin embargo, la infraestructura del centro de salud no lo permite y no sería rentable para los pacientes que acuden por diferentes motivos. Es por esta razón que existe dispersión de los datos en los análisis estadísticos, por lo que reitero, se deben tomar con cautela.

De los objetivos planteados se cumplen en su totalidad. Sobre la hipótesis planteada se cumple que: nuestra población estudiada se encuentra dentro de valores normales según los parámetros establecidos por la prueba EDI.

En nuestra investigación con el análisis estadístico concluimos que el formar parte del grupo de Estimulación Temprana está asociado con la disminución en la aparición de factores de riesgo. Así como lo plantean Vázquez y autores (2020), la presencia de menos factores de riesgo contribuye a que en la población lactante e infante se tenga como desenlace un Desarrollo Infantil Temprano óptimo. Es necesario continuar con la aplicación de pruebas para aumentar el volumen de nuestra población y demostrar mayores asociaciones estadísticas.

Sin embargo, siempre es preferible que en ausencia de contar con el grupo de estimulación se debe de continuar con el seguimiento de crecimiento y desarrollo o “Control de niño sano” de manera mensual en los lactantes e infantes, y se debe tener un mayor apego en aquellos que sean diferentes al semáforo verde. Como mencionan Puche & Correa (2009), a lo largo del tiempo puede haber adelantos y retrocesos que individualizados a cada paciente se pueden considerar normales, por lo que un resultado previamente “normal” de un paciente puede cambiar al semáforo amarillo. Es aquí donde cobra importancia el encaminar las estrategias en la consulta y su consiguiente revaloración para estos pacientes. En nuestra población el resultado global de aquellos que ameritaba revaloración mejoró tras las actividades encaminadas del grupo de Estimulación Temprana y el seguimiento en consulta de crecimiento y desarrollo. Nuestros valores obtenidos demuestran un cambio del 100% a semáforo verde en la revaloración de aquellos pacientes que inicialmente se habían clasificado como amarillos.

También hacemos realce a la atención prenatal. Propiamente no fue objetivo de medición en esta investigación el seguimiento desde la concepción, pero es fundamental para el DIT y se toma en cuenta dentro de los rubros de la EDI y, tras los resultados que encontramos hacemos la siguiente mención. Se debe de hacer mayor promoción a la orientación pregestacional y a la atención prenatal. Como lo mencionan Ramírez & Becerra (2023) el Desarrollo Infantil inicia desde el momento de la concepción del producto.

En conclusión, el uso de la prueba EDI y la promoción de programas de estimulación temprana se configuran como herramientas esenciales para abordar las necesidades de desarrollo infantil en poblaciones vulnerables. Garantizar el acceso a estas estrategias, junto con un seguimiento sistemático, no solo mejora el desarrollo físico, cognitivo y social de los niños, sino que también contribuye a reducir las brechas asociadas con condiciones de marginación y desigualdad. Por lo tanto, resulta imperativo fortalecer estos programas y fomentar la concienciación entre padres, cuidadores y autoridades de salud sobre su impacto positivo en la vida de los menores. De la misma forma, se hace la invitación a la continuación y elaboración de estudios similares en los centros de salud para homologar resultados y tener una base de datos fidedigna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Interamericano de Desarrollo. (2022). *Comunidad de Práctica en Desarrollo Infantil Temprano*.
2. Callejas, K. B. T., Mejía, L. M. A., Pacheco, M. A. M., Peña, M. de L. G., Sánchez, L. E. C., Malagón, G. V., Argenis, G., & Segura, H. (2017). Prevalencia De Alteraciones En El Desarrollo Psicomotor Para Niños De 1 Mes A 5 Años Valorados Con La Prueba EDI En Un Centro De Salud En México En El Periodo Febrero A Noviembre De 2015. *European Scientific Journal*, 13(3). <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v13n3p223>
3. CEEY. (2023). El desarrollo infantil temprano en México: diagnóstico y propuesta de una estrategia integral para su atención. *Impulsando La Movilidad Social: Nota de Política*, 01/2023.
4. Consuelo, A., Neves, I., Graciela, V., & Benguigui, Y. (2011). *MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL (0-6 AÑOS) EN EL CONTEXTO DE LA AIEPI* (Biblioteca Sede OPS, Ed.; Segunda). Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
5. Esteves, I., Avilés, M., & Matamoros, Á. (2018). La estimulación temprana como factor fundamental en el desarrollo infantil. *Espirales. Revista Multidisciplinaria de Investigación*, 2(14), 25.
6. External Gender Consultative Group. (1996). *A REPORT ON THE FIRST ANNUAL MEETING*.
7. Myers, R. G. (2015). Desarrollo infantil temprano en México: Avances y retos. In *Boletín Medico del Hospital Infantil de Mexico* (Vol. 72, Issue 6, pp. 359–361). Masson-Doyma Mexico, S.A. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.11.001>
8. Orcajo-Castelán, R., Sidonio-Aguayo, B., Alcacio-Mendoza, J. A., & López-Díaz, G. L. (2015). Análisis comparativo de pruebas de tamiz para la detección de problemas en el desarrollo diseñadas y validadas en México. *Boletín Medico Del Hospital Infantil de Mexico*, 72(6), 364–375. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.11.004>
9. Organización de las Naciones Unidas. (2023). *Global Scales for Early Development*. WHO.
10. Puche, R., & Correa, M. (2009). *Desarrollo infantil y competencias en la Primera infancia*. Ministerio de Educación Nacional.
11. Ramírez, E., & Becerra, M. (2023). *EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN MÉXICO: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA INTEGRAL PARA SU ATENCIÓN*. www.ceey.org.mx
12. Ramos Miño, E. R., Pincay Cevallos, S. D., Llanos González, G. L., & Vinuesa Villacis, C. M. (2019). Estimulación temprana sinónimo de un mejor desarrollo infantil. *RECIAMUC*, 3(1), 164–180. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(1\).enero.2019.1164-180](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.1164-180)
13. Rizzoli, A., Liendo, S., & Rodríguez, M. (2021). *Manual para la Aplicación de la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI)* (Secretaría de Salud, Ed.; Segunda). CeNSIA. <https://drive.google.com/file/d/1GbpF3kG7kQ3QHHmo08ZjWOPHS4xL3czl/view>
14. Rizzoli-Córdoba, A., Ortega-Ríosvelasco, F., Villasís-Keever, M. Á., Pizarro-Castellanos, M., Buenrostro-Márquez, G., Aceves-Villagrán, D., O'Shea-Cuevas, G., & Muñoz-Hernández, O. (2014). Confiabilidad de la detección de problemas de desarrollo mediante el semáforo de la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil: ¿es diferente un resultado amarillo de uno rojo? *Boletín Medico Del Hospital Infantil de Mexico*, 71(5), 277–285. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2014.10.003>
15. Saucedo García, J. M. (2023). *EL DESARROLLO EN LA INFANCIA: REVISIÓN*.
16. Vázquez, R., Sánchez, J., Allen Betania, & Hubert Celia. (2020). *Desarrollo Infantil Temprano en México*. https://www.insp.mx/assets/documents/webinars/2021/CISP_Desarrollo_infantil_temprano.pdf
17. Vázquez-Salas, A., Hubert, C., Villalobos, A., Sánchez-Ferrer, J., Ortega-Olvera, C., Romero, M., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2020). Características infantiles y contextuales asociadas con el desarrollo infantil temprano en la niñez mexicana. *Salud Publica de Mexico*, 62(6), 714–724. <https://doi.org/10.21149/11869>
18. Vázquez-Salas, A., Villalobos, A., Pérez-Reyes, M. del R., Barrientos-Gutiérrez, T., & Hubert, C. (2023). Early childhood development, its determinants and discipline in Mexican childhood: Ensanut 2022. *Salud Publica de Mexico*, 65. <https://doi.org/10.21149/14824>

ANEXOS

FORMATO ÚNICO DE APLICACIÓN										Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI)									
Nombre del Niño										¿Población indígena?									
Nombre de la Madre										Expediente									
Unidad de Salud										PROGRAMA		Oport.		Seg. Pop.		Otro			
SEGUIMIENTO AL DESARROLLO																			
Fecha Nac.		Inicial		Subsecuente 1		Subsecuente 2		Subsecuente 3		Subsecuente 4		Subsecuente 5							
Fecha		/ /		Fecha		/ /		Fecha		/ /		Fecha							
Edad		años		Edad		años		Edad		años		Edad							
meses				meses				meses				meses							
Semanas de gestación		años		años		años		años		años		años							
Total		meses		Total		meses		Total		meses		Total							
Completó				Completó				Completó				Completó							
No. de prueba				No. de prueba				No. de prueba				No. de prueba							
SEÑALES DE ALERTA																			
FRB		Inicial		Subsecuente 1		Subsecuente 2		Subsecuente 3		Subsecuente 4		Subsecuente 5							
1		1		1		1		1		1		1							
2		2		2		2		2		2		2							
3		3		3		3		3		3		3							
4		4		4		4		4		4		4							
5		5		5		5		5		5		5							
6		6		6		6		6		6		6							
7		7		7		7		7		7		7							
Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado							
ÁREAS DEL DESARROLLO																			
Inicial		Subsecuente 1		Subsecuente 2		Subsecuente 3		Subsecuente 4		Subsecuente 5									
Grupo anterior		Grupo anterior		Grupo anterior		Grupo anterior		Grupo anterior		Grupo anterior									
1		1		1		1		1		1									
2		2		2		2		2		2									
3		3		3		3		3		3									
Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado									
MG		MG		MG		MG		MG		MG									
1		1		1		1		1		1									
2		2		2		2		2		2									
3		3		3		3		3		3									
Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado									
MF		MF		MF		MF		MF		MF									
1		1		1		1		1		1									
2		2		2		2		2		2									
3		3		3		3		3		3									
Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado									
LE		LE		LE		LE		LE		LE									
1		1		1		1		1		1									
2		2		2		2		2		2									
3		3		3		3		3		3									
Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado									
SO		SO		SO		SO		SO		SO									
1		1		1		1		1		1									
2		2		2		2		2		2									
3		3		3		3		3		3									
Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado									
CO		CO		CO		CO		CO		CO									
1		1		1		1		1		1									
2		2		2		2		2		2									
3		3		3		3		3		3									
Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado									
EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA																			
Inicial		Subsecuente 1		Subsecuente 2		Subsecuente 3		Subsecuente 4		Subsecuente 5									
1		1		1		1		1		1									
2		2		2		2		2		2									
3		3		3		3		3		3									
Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado									
SEÑALES DE ALARMA																			
Inicial		Subsecuente 1		Subsecuente 2		Subsecuente 3		Subsecuente 4		Subsecuente 5									
1		1		1		1		1		1									
2		2		2		2		2		2									
3		3		3		3		3		3									
Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado		Resultado									
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN																			
NOMBRE DE LA PERSONA QUE APLICÓ LA PRUEBA EDI																			

Formato de aplicación de prueba EDI (Rizzoli et al., 2021).

CAPÍTULO 2. CONCLUSIONES DEL PASANTE SOBRE SU SERVICIO SOCIAL

CON RELACIÓN A SU FORMACIÓN COMO PERSONA

El ser pasante del servicio social de Medicina ha sido de las experiencias más gratificantes que he tenido desde el inicio de la licenciatura en Medicina. Se nos viene diciendo desde que empezamos la carrera en medicina sobre las metas a largo plazo y la satisfacción a posteriori de todo nuestro esfuerzo; es que realmente se van construyendo peldaños con el conocimiento que vamos adquiriendo para poder ponerlo en práctica de manera integral, de la mejor forma posible, siempre en beneficio para las personas.

El establecer relaciones sociales respetuosas entre los compañeros, tutores, superiores y colegas siempre es esencial parte para poder tener una sana convivencia. Trato digno, igualitario, responsable y respetuoso para todas las personas, sean pacientes, médicos adscritos, trabajadores de otra área, o pasantes de otras licenciaturas o técnicas, es lo que siempre me ha gustado ofrecer.

El ambiente de la zona de Nativitas no es igual a la zona centro de Xochimilco. Mientras que el turismo y comercio ha favorecido más a la zona chinampera, el pueblo de Nativitas no corre la misma suerte. Sin embargo, su atractivo reside en sus amplias extensiones de áreas verdes y, aunque pareciera que por su cercanía deberían de compartir el mismo clima, en el pueblo de Nativitas se siente mayor frescura en el aire.

Un aspecto inherente del servicio social, que todos llegamos a realizar, es la aplicación de encuestas casa por casa para la elaboración del diagnóstico de salud. Desde mi punto de vista esta es una de las mejores oportunidades que tenemos para poder conocer a nuestra población; no hago mención de esto por pensar en la parte estadística, sino que la esencia de recorrer las calles y poder ver a las personas. ¿Cómo se ven, cómo interactúan, quiénes se conocen, quién podrá vivir en esta casa? Son preguntas que nunca me podría haber llegado a responder si el servicio social se tratara sólo de dar consulta. El empaparse de experiencias y aires ajenos que, si nos lo llegan a permitir (y así fue), forman parte de nosotros, y formamos parte de ellos, aunque en una temporalidad brevísima que son sólo 12 meses.

Estar en Xochimilco, y realizar el servicio social en el pueblo de Nativitas es algo de lo que nunca me hubiera imaginado formar parte. Aunque es un periodo cíclico de ir y venir, pasantes llegan, pasantes se van, me gusta pensar que con poquitas personas pude conectar y hacer una mínima diferencia en su vida.

Encontré la motivación en ir todos los días al centro de salud porque sabía que siempre podría compartir mis vivencias y aprender de las personas dentro. Porque esos son los tesoros del servicio social, la parte humana de la medicina, porque atendemos a personas y no a enfermedades. ‘(Nos)’ Atendemos a un sistema complejísimo lleno de opiniones, vivencias, carencias, deficiencias, emociones, virtudes, valores, que somos los seres humanos.

CON RELACIÓN A SU FORMACIÓN PROFESIONAL

Durante las rotaciones clínicas y en el internado nunca se me había planteado completamente dar la atención médica por mí mismo, siempre había alguien guiando y apoyando sobre las decisiones que se debían de tomar en ese momento. No fue hasta que llegué al servicio social que tuve que hacer frente y de manera autónoma la toma de decisiones y afrontarme por mí mismo a la responsabilidad real de estar cara a cara con una persona que pone en plena confianza el manejo de su salud en mis manos.

Acerca de lo que mencioné previamente de “las metas a largo plazo”, desde el internado médico inicia la cosecha de los frutos del esfuerzo y aprendizaje durante la licenciatura. Es aquí en el servicio social donde se marca la satisfacción de usar nuestro conocimiento con las personas.

Sin embargo, también aprendí que no se le puede obligar a aceptar la ayuda a alguien que no la quiere. Siempre hay personas que van a rechazar lo que parece a nuestros ojos lo mejor, pero en su imaginario de cada persona puede ser que no sea es el caso. Lo importante no es desanimarse, ni desesperarse, ni generalizar a despecho estas acciones; se debe recordar que nosotros como profesionales de la salud brindamos un servicio y ponemos en la mesa las opciones con sus pros y contras, y cada persona va a elegir lo que mejor le conviene según sus valores y deseos. En este sentido, no existe lugar para el rencor si vemos que alguien cambia de opinión, pues cada persona está en su derecho de tomar sus propias decisiones. Debemos de dejar esa actitud paternalista.

El aceptar los errores de ambas partes también es esencial en la superación personal diaria. Para eso estamos todos los colegas de esta rama: la búsqueda constante en el conocimiento actualizado para poder ayudar a las personas

El convivir con mis demás colegas en la clínica me hizo saber que la atención médica no lo es todo para la salud integral de las personas. Todos formamos parte del delicado sistema de salud, y debemos de estar en la mejor disposición de brindar nuestros servicios con respeto y sin discriminación.

Algo que es un poco lamentable es que en la transición que viví de los servicios de Secretaría de Salud hacia IMSS-BIENESTAR, se tiene como prioridad la cantidad sobre calidad. El acortamiento del tiempo para las consultas no resulta en una mejor atención, sino todo lo contrario. La parte burocrática del sistema de salud es algo con lo que constantemente nos estaremos enfrentando, y depende de cada uno de nosotros el camino que queremos tomar en esta situación. En lo personal me gusta dedicar tiempo para las personas ~~pacientes/usuarios~~. Es cuestión de tiempo para ver si los resultados son beneficiosos para el Estado o para aquellos que lo formamos.

CON RELACIÓN A SU APORTACIÓN A LA COMUNIDAD

Desde sus inicios, el servicio social ha tenido como objetivo el poner a disposición de los grupos más vulnerables las prácticas de los futuros profesionistas.

Durante mi estancia en la clínica CST-II. Santa María Nativitas tuve la oportunidad de realizar diversas actividades, no solo estar en el servicio de consulta médica, sino también formar parte de los diversos programas de la Secretaría de Salud. Seguí una especie de cronograma con mi enlace de enseñanza en el que roté tanto en consulta general, epidemiología y servicios de calidad.

En la consulta general pude estar atendiendo de primer contacto a personas y orientarlas sobre su salud y eligiendo juntos lo mejor en cada escenario. En el servicio de epidemiología pude realizar seguimiento a casos de relevancia epidemiológica, participar en la planeación de cercos epidemiológicos por casos de alto riesgo por sospecha de rabia, la toma de pruebas rápida de hisopado nasofaríngeo para Covid, el tamizaje para casos sospechosos de tuberculosis, y la atención oportuna y su debido llenado de estudios de caso epidemiológico en enfermedades diarreicas y varicela.

Durante las campañas, ferias y jornadas de la salud participé en la toma de detecciones de enfermedades crónicas, en la promoción de salud y prevención de enfermedades de transmisión sexual, y como apoyo en las jornadas nacionales de aplicación de vacunas antirrábicas.

En los servicios de calidad tuve la oportunidad de realizar la relación de detecciones de enfermedades crónicas mediante el Sistema Integral de Enfermedades Crónicas; la elaboración de certificados de discapacidad y médicos; la entrega oportuna de resultados de tamiz neonatal; y la entrega de resultados de citologías cervicales y mastografías, haciendo la referencia correspondiente a segundo nivel en aquellos casos que fueron necesarios.

De la misma forma, mi aportación a la comunidad fue encaminada en la aplicación de cédulas de diagnóstico de salud, en la que pude detectar los principales retos de salud a los que se enfrenta la población del pueblo de Santa María Nativitas. De estos resultados es derivado este proyecto de intervención.

Me gusta pensar que los aportes que tuve en mi centro de salud no solo quedan plasmados en lo cuantificable, sino en cada persona con la que pude interactuar: desde indicaciones dentro de la clínica, o recomendaciones en la consulta médica, la orientación sobre los procedimientos en el centro de salud, el hacer curaciones y retiro de puntos, o la referencia oportuna a aquellas personas que lo ameritaban.

EN RELACIÓN CON SU INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Un aspecto que no me parecía distintivo de la UAM-Xochimilco es el sistema modular, pero en su momento era lógico, o al menos para mí, que no era tan diferente en enseñanza con otras universidades. Mi única forma de compararlo era con amigos de la preparatoria que ahora iban en otras universidades y de carreras de otras “áreas”, no me parecía justo la comparación si lo hacía con mi amigo de ingeniería, o mi amigo de mercadotecnia: no había un punto real para saber si el sistema modular beneficiaba a mi formación como médico.

A pesar de que trimestre a trimestre “somos y estamos” en el sistema modular, fue hasta que vi por cuenta propia en el internado médico lo que significaba realmente. No es en vano su aspecto social tan característico en los módulos que en ocasiones parecía más un discurso de humanidades que de biológicas, pero es eso lo que me permitió conectar mejor con las personas que atendí: al momento de entablar el diálogo, o el iniciar el rapport, me era más sencillo el poder relacionarme con los pacientes. La buena comunicación médico-paciente no se trata sólo de hablar por hablar ni de convencer a la otra persona sobre alguna decisión. Y esta situación la pude apreciar mejor ya en el servicio social, en la clínica donde lo realicé, con tantas personalidades diferentes, de diferentes tiempos y sistemas de educación. No invito a la soberbia a estas palabras y que no quepa duda de eso en estas líneas. Es motivo de comparación el diverso abordaje que cada médico de diferente generación e institución tiene. Un poco cuadrado, o un poco monótono; o un poco de titubeo en aquellos que entramos, o los tecnicismos que se decían en la cara de personas que poco saben y no tienen la obligación de tener el mismo nivel de conocimiento. Algo muy llamativo es su forma de ser como persona y médico aquellos que no son de la UAM. Y si bien, un semestre o si acaso un año de semiología y entrevista médica no son suficientes; desde que llevamos los módulos de “El hombre y...” a inicios del segundo año (cuarto trimestre) es que estamos en íntimo contacto con el abordaje médico integral hacia las personas.

De la misma forma, uno de los aspectos fuertes del sistema modular es la investigación, que realizamos trimestre con trimestre y con la que estamos tan familiarizados que hasta podemos concluir un proyecto final en un fin de semana. Esa familiaridad sobre los conceptos y con la metodología de la investigación me permitió poder recorrer con pasos firmes este trabajo, sin la preocupación

Tampoco digo que me fue fácil desde que inicié mi primer consulta sólo con mi pluma y mi estetoscopio. No me considero necesariamente una persona sociable, pero sí a la hora de estar con los pacientes y asertivo cuando es necesario, es solo en la práctica y en la constancia que pude mejorar hasta el día de hoy, y que gracias a mi formación universitaria lo pude lograr. Y esto lo menciono porque a mí pensar el sistema modular me permitió ser así en este punto. Durante la licenciatura siempre fue requerida la participación activa y fundamentada para poder tener, valga la redundancia, un aprendizaje activo. Es por esto que considero que la UAM-Xochimilco me permitió tener las herramientas necesarias para poder desenvolverme como persona y como médico.