



**INSTITUTO  
DE  
TERAPIA  
OCUPACIONAL**

## **INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**PROGRAMA DE DETECCIÓN DE RIESGOS Y PREVENCIÓN DE  
RETRASOS DE DESARROLLO QUE AFECTAN EL DESEMPEÑO  
OCUPACIONAL DE LOS BEBÉS DE 0 24 MESES ALBERGADOS EN EL  
CENTRO DE ESTANCIA TRANSITORIA PARA NIÑOS Y NIÑAS DE LA  
PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA  
DEL DISTRITO FEDERAL (PGJDF).**

**REPORTE DE PRÁCTICA INNOVADORA  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN TERAPIA OCUPACIONAL  
PRESENTA  
MARÍA DE LOURDES GUZMÁN CONTRÓ**

**DIRECTORA DE TESIS  
DRA. MARÍA CRISTINA HERNÁNDEZ LARA DE BOLAÑOS  
SINODALES  
MTRA. DANIELA LÓPEZ SANTÍN Y  
MTRA. LAURA IAEL LÓPEZ HERNÁNDEZ**

**MÉXICO, D.F.**

**MARZO 2013**

**AGRADECIMIENTOS:**

**A DIOS POR SU AMOR INFINITO**

**A MIS HIJOS DIEGO Y ANDREA  
QUE SON MIS DOS MÁS GRANDES TESOROS  
Y EL RECUERDO CONSTANTE DE QUE LOS SUEÑOS  
SE HACEN REALIDAD SI UNO PONE EL ALMA PARA ALCANZARLOS**

**A MI MADRE  
QUE DESDE EL CIELO ME LLENA DE FUERZA  
Y VALOR PARA SEGUIR LUCHANDO POR LO QUE CREO**

**A MI PADRE  
QUE TODOS LOS DÍAS ME INSPIRA  
A CREER QUE NUNCA ES TARDE PARA EMPEZAR**

**A MIS HERMANOS Y A MIS AMIGOS POR SU APOYO Y CARIÑO**

**A MARÍA ELENA, A LOS BEBÉS Y AL PERSONAL DEL ALBERGUE  
POR HABER HECHO POSIBLE LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO**

**A MIS QUERIDOS PONENTES  
ALDARA, KARINA, LOURDES Y GERARDO**

**A TODOS MIS MAESTROS POR COMPARTIR SU SABER Y SU TIEMPO**

## ÍNDICE:

RESUMEN	4
I. INTRODUCCIÓN	5
II. ANTECEDENTES	8
III. PROPÓSITO	11
IV. OBJETO DE ESTUDIO	11
V. ESTADO DEL ARTE	12
VI. JUSTIFICACIÓN	18
VII. ORIGINALIDAD	21
VIII. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	21
IX. MARCO TEÓRICO	22
- Salud y Ocupación	22
- Terapia Ocupacional y la Ciencia de la Ocupación	24
- Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional	27
- Marco de Referencia del Desarrollo	29
- La Ocupación y el Desarrollo	36
X. METODOLOGÍA	38
- Diseño del Estudio	40
- Instrumentos	40
- Escenario	44
XI. ÉTICA DEL ESTUDIO	45
XII. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA	46
- Objetivo General	46
- Objetivos Específicos	46
XIII. EVALUACIÓN INICIAL	47
XIV. RESULTADOS DE LA FASE DE EVALUACIÓN	48

-	Resultados de los Indicadores de Riesgo del PCD-R (Bolaños, 2005, 2010)	54
-	Resultados del Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado PCD-R (Bolaños, 2005)	55
XV.	FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	56
XVI.	LOGROS ALCANZADOS	62
-	Resultados Cualitativos	62
-	Resultados Cuantitativos	67
XVII.	DISCUSIÓN	93
XVIII.	CONCLUSIONES	100
XIX.	REFERENCIAS	103

## ANEXOS

I	Cronograma de Actividades	113
II	Guía de Observación	116
III	Guión de Entrevista Semi-estructurada	117
IV	Cuadro Diagnóstico Persona-Ocupación-Ambiente (POA)	119
V	Resultados de los Indicadores de Riesgo del PCD-R (Bolaños, 2005, 2010)	126
VI	Resultados Antes/Después del Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado PCD-R (Bolaños, 2005)	137
VII	Listado de Acciones Prioritarias	147
VIII	Programas de Cuidados de Desarrollo	153
IX	Ejemplo de un Programa Especial	160
X	Ejemplo de un Programa de Desarrollo Antes/Después	161
XI	Programa de Alimentación	163
XII	Programa de Capacitación	164
XIII	Constancia de Capacitación	165

## **RESUMEN**

El desarrollo integral infantil depende de un equilibrio en el que cada individuo actúa sobre su entorno a través de ocupaciones significativas de auto cuidado, productividad/juego, recreación y descanso/sueño.

Los pequeños que viven en instituciones asistenciales carecen de las condiciones necesarias para favorecer este equilibrio, lo que ha traído como consecuencia un deterioro de las capacidades físicas, emocionales/sociales y cognitivas de estos pequeños.

Este trabajo permitió comprobar que un programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional fue capaz de detectar tempranamente indicadores de riesgo de retrasos o alteraciones del desarrollo, de reducir el grado de retraso de desarrollo que presentaban los bebés estudiados y prevenir mayores rezagos promoviendo un desarrollo integral a través del desempeño ocupacional.

Los resultados obtenidos durante el período de evaluación, coincidió con los obtenidos en poblaciones similares en otros países y el análisis estadístico realizado al final de la intervención demostró la importancia de la participación infantil en ocupaciones significativas como promotora de su desarrollo.

También quedó demostrada la importancia y la necesidad de que el terapeuta ocupacional se dedique a trabajar más desde la prevención que desde la atención de la discapacidad y se consolide como un educador constante de personal a cargo de la infancia vulnerable.

## I. INTRODUCCIÓN

El presente proyecto pretendió, evidenciar el impacto que tiene en el desarrollo, la falta de participación de los bebés de 0 a 24 meses institucionalizados en las ocupaciones propias de su edad; identificar los factores Personales, Ocupacionales y Ambientales que interfieren en dicha participación; y elaborar un plan de intervención que contemplara las acciones necesarias para facilitar la interacción de estos 3 factores para hacer posible su participación en ocupaciones significativas, permitiendo un desempeño ocupacional acorde a su edad que favoreciera su desarrollo integral. A esta edad, las ocupaciones más significativas son aquellas que forman parte de su vida diaria y que contemplan actividades de auto cuidado (alimentación, vestido, limpieza), productividad (juego), recreación (cuentos, música, paseos), y descanso (sueño).

De acuerdo con datos publicados por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2009), México ocupaba el segundo lugar en América Latina de niños de 0 a 18 años en condición de orfandad con 1.6 millones. El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática–INEGI (2010), señaló que en el país existen 682 casas hogar en donde residen 24,616 menores entre 0 y 17 años, de las cuales 61 se encuentran en el Distrito Federal y albergan a 1,622 menores y 42 en el Estado de México albergando a 3,998 pequeños. De acuerdo a proyecciones hechas por el INEGI y el Consejo Nacional de Población-CONAPO, para el 2015 este número podría aumentar a 30,368 niños (Morales, 2011). Otras publicaciones estiman que del total de niños institucionalizados, aproximadamente 11,075 se encuentran en situación de abandono (Ornelas, 2009).

La institucionalización de menores, ya sea a causa de abandono, omisión de cuidados, maltrato físico, emocional, u orfandad, constituye en sí misma un factor de riesgo ocupacional para estos pequeños. Al ingresar a una institución de protección y cuidado infantil los menores quedan sujetos a procesos de averiguación previa a fin de poder definir su situación legal lo que les permitiría, en algunos casos, ser reintegrados a sus familias de origen o quedar libres para poder acceder a una familia a través de la adopción. Desafortunadamente, los trámites legales son complejos y tardados, y estos menores se vean en la necesidad de permanecer en estas instituciones por periodos prolongados de tiempo, impactando su desempeño ocupacional al romperse el equilibrio

entre los factores que lo conforman (persona, ocupación y ambiente) y dejando al pequeño en una situación desfavorable cuyas consecuencias se hacen principalmente evidentes en el impacto que tiene este desequilibrio en su desarrollo integral.

El carácter meramente asistencialista de estas instituciones (cuyo objetivo primordial es brindar protección, techo, vestido y alimentación a estos pequeños, las lleva a actuar desde un concepto de salud limitado, basado en un enfoque médico/biológico centrado en la ausencia de enfermedad y el progresivo aumento de talla y peso. Los niños que presentan patologías, limitaciones o problemas de desarrollo evidentes son derivados a servicios especializados. Sin embargo, aquellos que se encuentran “sanos” es decir, no tienen en sus expedientes médicos ningún diagnóstico por algún padecimiento específico que requiera la atención de un especialista, sólo son atendidos en sus necesidades básicas de alimentación y limpieza.

Sin embargo, los recursos humanos y materiales disponibles para brindar estos cuidados son limitados. Durante un día normal hay al menos tres turnos diferentes de cuidadores y cada uno de ellos tiene asignadas las labores de alimentación, baño, cambio de pañal, medicación, aseo de sus cunas y arreglo de ropa de un promedio de 10 bebés. La atención es impersonal y rutinaria, las actividades deben llevarse a cabo en horarios específicos sin importar si el bebé está dormido o despierto, si necesita o no cambio de pañal o si tiene o no hambre. Su mandato es cumplir con lo señalado en el horario establecido dejando en un segundo término las necesidades o el estado emocional de los bebés, que son sacados de sus cunas únicamente a la hora de comer y del baño, permaneciendo acostados en ellas de día y de noche sin contar con juguetes apropiados para su edad con los que al menos pudiesen interactuar.

La falta de afecto, seguridad y apego a un cuidador primario, el impacto de la negligencia, el maltrato físico y/o emocional, la privación de oportunidades de desempeño ocupacional y la falta de un abordaje de salud integral que tome en cuenta todas las áreas de desarrollo de estos pequeños, incrementa exponencialmente el riesgo de que éste sector de la población infantil presente importantes retrasos de desarrollo en todas las áreas (emocional/social, intelectual, neuromotor y de comunicación), lo que sin duda limitará sus habilidades personales para un desempeño ocupacional futuro adecuado.

El rol tradicional del terapeuta ocupacional como rehabilitador, ha dado fe del alto costo económico y humano que implica atender los problemas de desarrollo generados por estas carencias y no identificados oportunamente, por esto, es imperativo que los terapeutas ocupacionales reorientemos nuestra labor y enfoquemos nuestros esfuerzos para trabajar a favor de la prevención.

Los primeros años de vida representan un tiempo crucial en el desarrollo de todo ser humano que nos brinda una ventana de oportunidad para intervenir positivamente en un desarrollo armónico y sano. Una intervención integral adecuada dentro de estos primeros años puede hacer una diferencia significativa en la vida presente y futura de estos niños (Cohen, 2009).

Esta oportunidad, es la que hizo surgir la idea de llevar a cabo el presente trabajo que consistió en una práctica innovadora de intervención con enfoque ocupacional que identificó oportunamente riesgos de desarrollo e implementó medidas preventivas para evitar mayores retrasos en el desarrollo de estos pequeños.

Para este proyecto, se eligió la población de bebés de 0 a 24 meses que no presentaban alguna discapacidad diagnosticada por algún especialista y que se encontraban en el área de lactantes del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) al momento de la intervención.

El concepto de salud que guió esta práctica, es el de la Organización Mundial de la Salud, que en 1948 la definió como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades", y se mantiene a la fecha (OMS, 1946).

Este trabajo se desarrolló durante 6 meses a través de la participación directa del investigador como voluntario en esta institución, estableciendo una relación directa tanto con los bebés como con sus cuidadores primarios, en coordinación con las áreas de psicología, nutrición, dirección, administración, trabajo social y operaciones según se requirió.

## II. ANTECEDENTES

Con el fin de comprender mejor el propósito del presente trabajo, comenzaré por reseñar brevemente el marco jurídico sobre el cual descansan las acciones encaminadas a velar por el bienestar de la infancia en México.

### **Marco Jurídico**

En México al igual que en otros países del mundo, existe una preocupación por la protección y seguridad de la infancia, considerada un sector muy vulnerable de la sociedad. Las niñas y los niños son protegidos desde antes de nacer y durante los años crecimiento. Es importante proteger su vida, su salud y el goce de sus derechos para poder garantizarle un desarrollo físico, mental, social y espiritual que le permita la formación de su carácter y personalidad.

La protección de los derechos de la infancia en México tiene sus orígenes en la constitución. El artículo 4º Constitucional, en su último párrafo, establece que es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental.

A fin de garantizar el respeto a los derechos de los niños y las niñas, la Asamblea General de la ONU, aprobó internacionalmente documentos como la “Declaración de los Derechos del Niño” (1959) y “La Convención sobre los Derechos del Niño” (1989).

El primero de estos documentos consta de 10 principios cuyos objetivos son que los niños disfrute de protección especial y disponga de oportunidades y servicios que le permitan desarrollarse felizmente en forma sana y normal, en condiciones de libertad y dignidad; para que tenga un nombre y una nacionalidad desde su nacimiento; para que goce de los beneficios de seguridad social y reciba tratamiento, educación y cuidados especiales si tiene algún padecimiento; para crecer en un ambiente de afecto y seguridad; para que reciba educación y figure entre los primeros que reciban protección y socorro en casos de desastre; para que se le proteja contra cualquier forma de discriminación, a la par de que sea educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, por la paz y la fraternidad universal.

Además de proclamar los derechos de los niños y las niñas, insta a los padres, a los adultos, a las organizaciones y a las autoridades, a reconocer estos derechos y a luchar por su observancia.

El segundo documento consta de una introducción y tres partes divididas en 54 artículos. El documento describe claramente todos los derechos de los niños, entre los cuales, los siguientes están directamente relacionados con este trabajo:

- El derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y de los servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación;
- El derecho a una alimentación nutritiva e higiénica;
- El derecho a la educación, la que estará encaminada a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades;
- El derecho que tienen los niños -que pertenecen a grupos étnicos- a disfrutar y a que se les respete su propia vida cultural; y
- El derecho al descanso y esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad, así como a participar libremente en la vida cultural y en las artes.

México ratificó su compromiso de observancia de este último documento el 21 de septiembre de 1990, publicó el decreto de su observancia en el Diario Oficial de la Federación el 25 de enero de 1991 y forma parte del Orden Jurídico Mexicano.

Además, la Ley para la Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, publicada el 25 de mayo del 2000 en el Diario Oficial de la Federación, manifiesta lo siguiente:

- **Título Primero - Disposiciones Generales**

**Artículo 3.** La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, tiene como objetivo asegurarles un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad.

**Artículo 4.** De conformidad con el principio del interés superior de la infancia, las normas aplicables a niñas, niños y adolescentes, se entenderán dirigidas a procurarles, primordialmente, los cuidados y la asistencia que requieren para lograr un crecimiento y un desarrollo plenos dentro de un ambiente de bienestar familiar y social.

- **Capítulo Cuarto - De los Derechos a Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Psicofísico**

**Artículo 19.** Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en condiciones que permitan su crecimiento sano y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, moral y social.

- **Capítulo Décimo Primero - De los Derechos al Descanso y al Juego**

**Artículo 33.** Niñas, niños, y adolescentes tienen derecho al descanso y al juego, los cuales serán respetados como factores primordiales de su desarrollo y crecimiento; así como a disfrutar de las manifestaciones y actividades culturales y artísticas de su comunidad.

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 emitido por la Secretaría de Salud, en concordancia con el Programa Nacional de Desarrollo 2007-2010 propuesto por el Presidente de México Felipe Calderón, plantea que para alcanzar las metas de salud propuestas en el documento es “indispensable generar acciones dirigidas a garantizar una adecuada atención de los recién nacidos y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños”.

### **III. PROPÓSITO**

Tomando en cuenta lo anterior, y considerando de vital importancia velar por el interés superior de los niños y las niñas en situación de vulnerabilidad, éste trabajo buscó elaborar un plan de intervención con enfoque ocupacional que favoreciera el desempeño ocupacional de los bebés de 0 a 24 meses albergados en el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la PGJDF a fin de favorecer su desarrollo integral.

Las acciones realizadas se dirigieron hacia:

- 1) El diseño e implementación de programas individuales de cuidados del desarrollo de fácil seguimiento que dieran continuidad a la intervención en el largo plazo.
- 2) La realización de cambios al ambiente físico, social e institucional que brindaran a estos pequeños un ambiente propicio para la ejecución de sus ocupaciones diarias.

Estos cambios incluyeron:

- a) La adecuación física de las áreas usadas por los bebés (áreas de alimentación, limpieza, descanso y juego).
- b) La sensibilización y orientación de los cuidadores primarios sobre temas de ocupación, salud y desarrollo integral.
- c) La reorganización de rutinas y roles para incluir períodos específicos de juego y sueño y permitir la participación activa de los bebés en las ocupaciones de auto cuidado, productividad/juego, descanso/sueño, y recreación.

### **IV. OBJETO DE ESTUDIO**

Describir el impacto de un programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional en los lactantes de 0 a 24 meses en situación de riesgo ambiental.

## V. ESTADO DEL ARTE

El desarrollo normal del niño en los primeros años de vida ha sido ampliamente estudiado y documentado por autores como Piaget con sus teorías del desarrollo cognitivo y el juego (1952, 1962); Wallon con sus propuestas que vinculan al desarrollo infantil con la interacción con el medio social (1987); Gessel y sus etapas del desarrollo motor (1928, 1940); Vygotsky quién introdujo el concepto de “Zona de Desarrollo Próximo” el cual diferenciaba lo que el niño podía hacer por sí mismo de lo que podía hacer con la ayuda del adulto (1979); o Bronfenbrenner que en 1979 proponía en su teoría naturalista que el juego del niño se estudiaba de mejor manera en contextos naturales.

Jonh Bowlby por otro lado a través de su teoría del apego habló del efecto sobre el desarrollo de los seres humanos que tiene el establecimiento de una relación afectiva del bebé con un adulto en los primeros años de vida, planteando la existencia de una necesidad humana universal de formar vínculos afectivos estrechos y postulando que la capacidad de vincularse y crear apego está determinada biológicamente. El impulso de sobrevivir es algo básico en todas las especies y debido a que los infantes nacen indefensos, dependen de un cuidador adulto para su sobrevivencia. En el contexto de esta dependencia primaria, y de la respuesta materna a la misma, que se desarrolla una relación. En la mayor parte de los casos, las conductas de la madre son placenteras, consoladoras y nutrientes para el bebé, y las conductas del infante causan placer y satisfacción a la madre siendo este círculo de retroalimentación recíproca positiva donde se desarrolla el apego (Bowlby, 1969, 1986, 1988).

Ainsworth y Bell (1974) hablaron de las interacciones madre-hijo y su influencia en la calidad del vínculo del bebé con la madre, y de las conductas exploratorias y de juego del infante así como de su nivel.

Algunos factores cruciales en estas experiencias de vinculación incluyen: el tiempo que pasan juntos, las interacciones cara a cara, el contacto visual, la cercanía física, las caricias y otras experiencias sensoriales primarias como imágenes y sonidos. Coger al bebé, abrazarlo, mecerlo, cantarle, alimentarle, mirarlo detenidamente, besarle y otras conductas nutrientes asociadas al cuidado de infantes y niños pequeños, son

experiencias de vinculación y en nuestra población de estudio se esperaría que este vínculo se diera con él o los cuidador(es) primario(s).

Por su parte, Shonkoff, J. y Phillips, D.A. (2000) propusieron que las primeras relaciones del infante con el adulto influyen de forma determinante en su desarrollo emocional y social. Los niños pequeños que han sido abusados o abandonados tienen mayor dificultad para establecer vínculos emocionales de confianza con los adultos de quienes depende su cuidado. Su relación con un cuidador primario tiene un gran impacto en el desarrollo de sus habilidades cognitivas, lingüísticas, emocionales, sociales y morales”.

Las consecuencias en el desarrollo emocional, social, cognitivo o físico de la institucionalización infantil temprana han sido ampliamente estudiadas. Entre 1900 y 1960, investigadores de diversas disciplinas y nacionalidades, investigaron sobre los efectos de la falta de cuidados maternos (ser cargados, mecidos, tocados), la ausencia de oportunidades de interacción física y social y en general las limitaciones ambientales en las que viven estos pequeños, evidenciando retrasos de desarrollo en distintas áreas: lenguaje, inteligencia, neuromotora, física, emocional y social.

Entre las primeras investigaciones sobre este tema se encuentran las de René Spitz (1945/1946) quien estudió los cocientes de desarrollo de infantes en su primer año de vida observando cómo este iba decreciendo con el tiempo; las de William Goldfarb (1945) quien comparó entre otros aspectos los cocientes intelectuales de pequeños de 3 años institucionalizados y no institucionalizados observando que el CI promedio del primer grupo era de 72 contra 95 del segundo grupo; y las de Provence, S. y Lipton, R.C. (1962), quienes compararon las experiencias de aprendizaje de 75 bebés institucionalizados con las de 75 bebés no institucionalizados durante el primer año de vida y encontraron que los primeros presentaban diversos retrasos a nivel de desarrollo motor, habilidades sociales, desarrollo de lenguaje y conciencia corporal.

A finales de 1989, la caída del régimen comunista en Rumania, expuso la situación en la que vivían miles de niños en orfanatos manejados por el gobierno, en donde una pequeña cantidad de cuidadores se hacía cargo de un gran número de menores quienes vivían en una profunda privación física y social. Por fortuna, un gran número de estos pequeños pudieron ser adoptados por familias de diversos países como Estados Unidos, Canadá y

el Reino Unido, lo que les abrió una perspectiva de vida muy distinta. Desde entonces, las adopciones internacionales de niños de diversos países como China, Guatemala, Etiopía y Rusia, entre otros, se han incrementado considerablemente lo que ha permitido estudiar los efectos de la institucionalización y de la intervención temprana más ampliamente.

En los últimos 20 años, el número de investigaciones sobre los efectos de la institucionalización y sus posibilidades de recuperación tras la intervención (ya sea por adopción, inclusión en casas de cuidado familiares, o adaptaciones ambientales) se ha incrementado considerablemente. Diferentes aspectos del crecimiento, el desarrollo y la conducta, han sido estudiados desde el lente de diversas disciplinas.

Algunos investigadores han estudiado la salud general de niños adoptados en países diversos como Rumania (Johnson, et. al, 1992), China (Miller y Hendrie, 2000), Guatemala (Miller, Chan, Comfort, y Tirella, 2005) y Etiopía (Miller, Tseng, Tirella, Chan, y Feig, 2008).

Otros han estudiado factores específicos como talla, peso y perímetro cefálico (Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, y Juffer, 2007; Johnson, et al., 2010), el estado nutricional y su relación con el desarrollo (Miller, Kiernan, Mathers, y Klein-Gitelman, 1995), el apego (Chisholm, 1998), los desórdenes psiquiátricos (Zena, et al., 2009), el crecimiento y su relación con diversos diagnósticos médicos (Miller, et al., 2007), el desarrollo neurológico (Pollak, et al., 2010), o el desarrollo físico, cognitivo, y del lenguaje (Loman, Wiik, Frenn, Pollak, Grunnar, 2009; Van den Dries, Juffer, Van Ijzendoorn, y Bakermans-Kranenburg, 2010), por nombrar algunos.

También, se han llevado a cabo algunos estudios longitudinales de menores post-institucionalizados adoptados, utilizando muestras representativas y pruebas estandarizadas para medir diversos aspectos de la salud y el desarrollo infantil (físico, intelectual, conductual, social/emocional, de lenguaje), lo que ha permitido observar el grado de recuperación en el corto, mediano y largo plazo. Tal es el caso de las investigaciones realizadas en Canadá (Ames, 1992; Morrison, Ames, y Chisholm, 1995; Ames et al., 1997), en Inglaterra (Rutter, y the ERA study team, 1998; O'Connor et al., 2000) y en Estados Unidos (Albers, Johnson, Hostetter, Iverson, Miller, 1997). Estos

estudios coinciden en señalar que la institucionalización provoca retrasos significativos en todos los niveles, pero que una intervención adecuada ha permitido a la mayoría de estos niños recuperarse favorablemente, especialmente aquellos cuya adopción o reubicación en casas de cuidado familiares se llevó a cabo antes de los 6 meses de edad).

Por otro lado, el Dr. Charles Nelson estudió, junto con el equipo de investigadores del Proyecto de Intervención Temprana en Bucarest (BEIP por sus siglas en inglés-Bucharest Early Intervention Project), los efectos de una intervención temprana en pequeños institucionalizados. Este proyecto consistió en la selección de un grupo de 66 niños entre los 6 meses y los 2 años y medio institucionalizados para ser colocados en casas de cuidado familiares, con supervisión continua y entrenamiento a los cuidadores primarios, mientras que otros permanecieron en la institución.

Los avances de desarrollo observados en los niños de las casas familiares confirmaron nuevamente los efectos negativos de la institucionalización y las ventajas de una intervención temprana (brindar cuidados consistentes en un ambiente estimulado y seguro), en la recuperación de los niveles de crecimiento y desarrollo de estos pequeños. Una sugerencia consistente en estos estudios, es la existencia de un periodo sensible para el desarrollo cognitivo de la primera infancia, lo que acentúa el riesgo de colocar a los infantes abandonados en instituciones (Nelson, et. al 2007).

Desde la disciplina de terapia ocupacional, también han surgido numerosos estudios al respecto. Algunos de ellos incluyen los de Cermak y Groza (1998) que estudiaron los problemas de integración sensorial en niños post-institucionalizados concluyendo que los dos factores que contribuyen principalmente a los problemas de desarrollo y de integración sensorial son la privación de estimulación adecuada y la carencia de personas significativas que premien las respuestas de los niños pequeños y los animen a continuar explorando.

Lin, Coster, Cermak, y Miller (2005) estudiaron estos mismos problemas pero en relación con el tiempo de institucionalización utilizando la prueba de Procesamiento Sensorial y Praxis (SIPT-Sensory Integration and Praxis Test, Ayres, 1989).

A pesar de que los resultados no pudieron considerarse confiables (debido a que la prueba no estaba estandarizada para esta población), pudieron observar una relación positiva entre el tiempo de residencia en una institución y problemas de integración sensorial en áreas como procesamiento vestibular-propioceptivo, praxis y modulación (especialmente táctil), búsqueda de movimiento, estimulación visual y auditiva.

Daunhauer, Bolton, y Cermak (2005) estudiaron los patrones de uso del tiempo de 16 niños pequeños institucionalizados en Europa Oriental, y los compararon con los de 16 pequeños que vivían con su familia, encontrando que los primeros, pasaban mucho menos tiempo participando con adultos en actividades significativas diferentes guiadas por estos que los segundos, concluyendo que esto podía contribuir a los retrasos de desarrollo que presentaban estos niños.

Tirella et al. (2008), estudiaron también el uso del tiempo infantil pero en una población de 138 bebés de 1 a 48 meses en casas cuna de Rusia, encontrando que los bebés más grandes pasaban alrededor del 50 por ciento del tiempo solos y los más pequeños el 65 por ciento pero observaron que la mayor parte de este tiempo, estaba dedicado a actividades rutinarias de la vida diaria en lugar de actividades de juego y exploración y que las vocalizaciones e interacciones con los adultos u otros niños eran limitadas.

Por otro lado, Daunhauer y un equipo de colaboradores estudiaron en el 2007 los efectos de la relación cuidador-bebé con 26 pequeños de 10 a 38 meses en sesiones de juego solitario y sesiones de juego con un cuidador. Ellos, encontraron que los bebés tenían un nivel de juego más competente al interactuar con el adulto que cuando jugaron solos, sobre todo si el adulto se mostraba directivo y los animaba. Los autores, también notaron que entre más tiempo llevaban institucionalizados los pequeños, menos diferencia había entre los dos tipos de juego (Daunhauer, Coster, Tickle-Dengen, y Cermak, 2007).

Este mismo equipo de investigadores, en el 2010, observó la relación entre el funcionamiento cognitivo y las conductas competentes de juego en 26 pequeños institucionalizados de 10 a 38 meses de edad. Al comparar sus resultados con datos normativos de la escala de desarrollo infantil Bayley de niños coetáneos no institucionalizados, encontraron que las conductas de juego de los primeros eran menos

competentes. Sin embargo, al comparar los mismos resultados con los de niños no institucionalizados pero con un desarrollo cognitivo equivalente, no observaron diferencias significativas lo que los llevó a concluir que existe una fuerte relación entre la función cognitiva y la competencia en el juego (Daunhauer, Coster, Tickle-Dengen, y Cermak, 2010).

En México, muy poco se ha escrito sobre la institucionalización infantil y los efectos de esta en la salud de los niños. En el 2006, una investigadora de licenciatura en trabajo social de la Universidad Nacional Autónoma de México, propuso un programa de desarrollo integral para niños y adolescentes dentro de una casa hogar, confirmando la importancia de atender sus necesidades tanto afectivas como físicas (Velázquez, 2006).

En el 2007, Tellería en su tesis para obtener el grado de licenciatura en pedagogía, llevó a cabo una investigación sobre la adopción infantil en México, haciendo una breve reseña del abandono infantil, sus formas, sus causas y algunas de sus consecuencias. Sin embargo, el enfoque fue teórico y no se contó con una intervención que validara estas últimas.

Aunque será necesario seguir investigando los diversos efectos de la institucionalización en el desarrollo infantil para conocer más certeramente su etiología, es claro el impacto que tienen tanto el grado de privación emocional y sensorial como el tiempo de permanencia en la institución sobre el desarrollo posterior de los menores.

De igual modo, se han documentado ampliamente los efectos positivos de la intervención en la recuperación de retrasos de desarrollo físico, cognitivo/lenguaje, social y emocional en niños que vivieron institucionalizados (Ames, 1992; Morrison, Ames, y Chisholm, 1995; Ames et al., 1997; Rutter, y the ERA study team, 1998; O'Connor et al., 2000; Nelson, et. al 2007; Albers, Johnson, Hostetter, Iverson, Miller, 1997; Daunhauer, Coster, Tickle-Dengen, y Cermak, 2007, 2010; Lin, Coster, Cermak, y Miller, 2005).

## **VI. JUSTIFICACIÓN**

El número de niños abandonados en el Distrito Federal se ha incrementado cada año según lo muestran los datos estadísticos analizados en secciones anteriores.

Al momento de la intervención, vivían en el Centro de Estancia Transitoria de la PGJDF alrededor de 80 menores entre los 0 y los 14 años, de los cuales 20 tenían entre 0 y 24 meses. La complejidad de los trámites legales a los que están sujetos para definir su situación legal y poder reintegrarse a sus familias de origen o a una familia adoptiva, los obligan a permanecer en éste lugar por periodos prolongados de tiempo.

Independientemente de las desventajas propias de la institucionalización tales como privación de estimulación sensorial, carencia de lazos afectivos/emocionales, bajo peso y propensión a enfermedades, los niños que viven en casas cuna, casas hogar, orfanatos o albergues infantiles como éste, constituyen un sector de la población infantil en alto riesgo de presentar problemas de desarrollo a causa de un desequilibrio ocupacional.

Éste desequilibrio, es generado por la limitada interacción que existe entre los componentes personales (físicos, afectivos, cognitivos y espirituales) y ambientales (físicos, sociales, institucionales y culturales), que comprometen la participación de éstos pequeños en las ocupaciones propias de su edad (auto cuidado, productividad/juego, descanso/sueño y recreación).

En instituciones como esta, los niños que no presentan patologías, limitaciones o problemas que hayan sido diagnosticados por algún especialista, son considerados normales o sanos y sólo son atendidos de forma pasiva en sus necesidades básicas de alimentación, limpieza y cuidados médicos.

Las rutinas diarias no contemplan tiempo para el juego o el sueño, ni fomentan la participación activa de los pequeños en actividades de auto cuidado como el baño, el vestido, el aliño, y/o la alimentación. Los recursos humanos y materiales son insuficientes para dar atención individualizada a cada menor lo que dificulta el restablecimiento de este

equilibrio obstaculizando su desempeño ocupacional y poniendo en riesgo su desarrollo en las diferentes áreas: física, cognitiva, lenguaje, social y afectiva/emocional.

La cantidad y la calidad de tiempo dedicado a los infantes de este Centro, está sujeta a rutinas poco flexibles, a la falta de capacitación de los cuidadores primarios en temas de ocupación, salud y desarrollo integral y a un alto grado de resistencia al cambio. La falta de un apego positivo con un cuidador primario capacitado para brindarle el ambiente y las oportunidades necesarias para desempeñar sus ocupaciones para que pueda madurar, crecer, aprender y desarrollarse adecuadamente incrementan el estado de vulnerabilidad de esta población.

El desarrollo ulterior de estos infantes, depende principalmente del desempeño de sus cuidadores, quienes carecen de la preparación necesaria en temas de ocupación y la relación de esta con la salud y el desarrollo integral, lo que hace imperativo sensibilizarlos y orientarlos a través de programas de capacitación a fin de poder dar inicio a un camino de cambios paulatinos que lleven a una flexibilización de las rutinas existentes y den cabida al desempeño ocupacional de los bebés brindándoles la oportunidad de acceder a un desarrollo sano a través de la participación en sus ocupaciones.

Es comúnmente aceptado que es más fácil y eficiente prevenir que remediar, los altos costos que implican dar atención a problemas de desarrollo no identificados oportunamente hacen imperativo actuar desde la prevención a fin de evitar estos retrasos en los pequeños siendo deber de todo terapeuta ocupacional incursionar en esta área de atención primaria.

Todos los hallazgos encontrados hasta ahora, nos hacen reflexionar sobre la urgente necesidad de buscar formas para aminorar los efectos de la institucionalización, ya sea a través de la adopción, la inclusión de menores en casas de cuidado familiares (como sucede en muchos países del mundo) o bien, a través de la intervención directa en las instituciones mismas con programas como el que se plantea en el presente trabajo.

## VII. ORIGINALIDAD

Como se mencionó en párrafos anteriores, es de vital importancia velar por un desarrollo integral en los primeros años de vida debido a la gran influencia que este ejerce a nivel físico, cognitivo, emocional y social en la vida ulterior de todo ser humano.

En el caso de niños institucionalizados, independientemente de la causa, este desarrollo se ve violentado por la falta de oportunidades de un desempeño ocupacional adecuado y de lazos afectivos que lo soporten y promuevan.

El gran número de investigaciones realizadas a nivel mundial para conocer los efectos negativos de la institucionalización en la salud y el desarrollo infantil, evidencia la urgencia de que los terapeutas ocupacionales realicen acciones preventivas a través de la elaboración e implementación de programas y planes de intervención en este tipo de instituciones para minimizar lo más posible estos efectos.

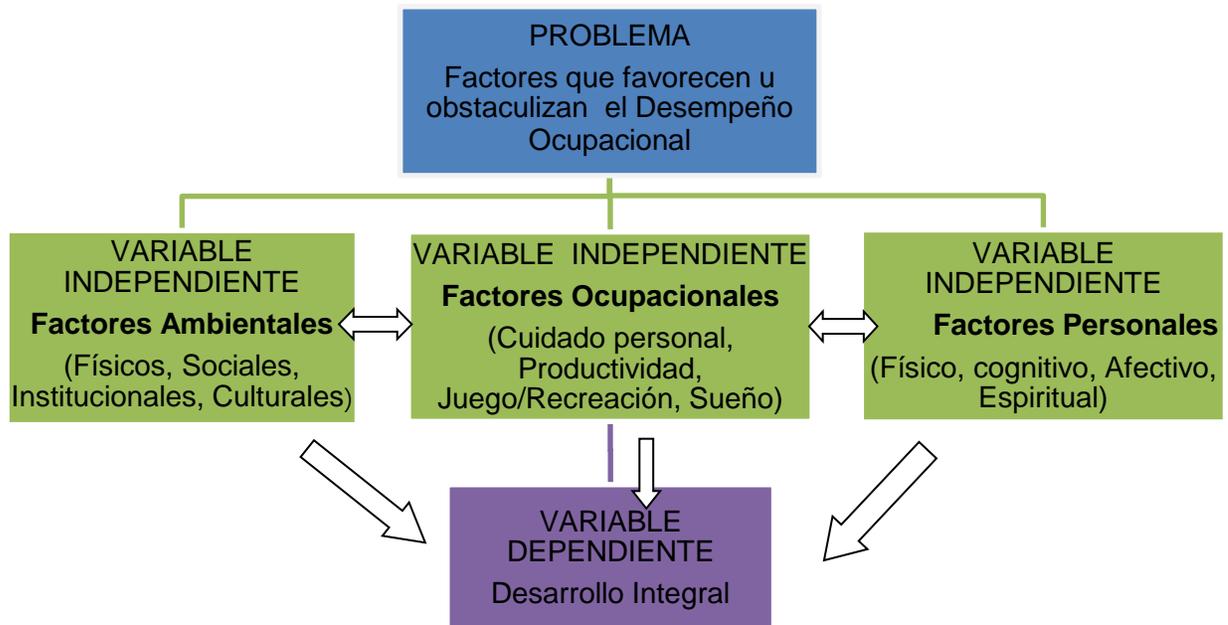
A pesar de toda la evidencia que estas investigaciones han arrojado, poco se ha hecho en nuestro país por menguar los daños y esta práctica innovadora pretendió justamente eso, llevar a cabo un plan de acción que permitiera limitar en la medida de lo posible las consecuencias de la institucionalización en el desarrollo de los pequeños albergados.

Este trabajo buscó realizar una intervención, con enfoque ocupacional de fácil implementación y seguimiento, que garantizara su continuidad y brindara tanto a los bebés actualmente albergados como a los que llegasen en el futuro, oportunidades que facilitaran su participación en ocupaciones acordes a su edad atemperando los factores que la obstaculizan y permitiendo una interacción dinámica entre los componentes **Persona-Ocupación-Ambiente (POA)** de cuya interacción depende el **Desempeño Ocupacional**, a fin de favorecer su desarrollo integral y evitar en lo posible retrasos de desarrollo que dificulten su proceso de integración futura a la vida familiar, social, escolar o productiva.

## VIII. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Partiendo del hecho de que la privación de oportunidades de desempeño ocupacional afecta el desarrollo integral de los bebés de 0 a 24 meses institucionalizados, fue imperativo preguntarnos ¿Qué factores en la relación **POA** estaban limitando su desempeño y si podía un programa con enfoque ocupacional disminuir los riesgos de retraso de desarrollo de los mismos?

Lo anterior se ejemplifica en el siguiente esquema, donde las variables independientes (componentes **POA**) incluyen factores que favorecían u obstaculizaban el desempeño ocupacional y donde la variable dependiente de estos factores fue el desarrollo integral.



A partir de este esquema, se extrajo la Hipótesis fundamental de esta intervención: ¿puede un programa de intervención con enfoque ocupacional (que influya en los factores POA), facilitar la participación de los bebés de 0 a 24 meses de edad en ocupaciones significativas, y favorecer su desarrollo integral?

## **IX. MARCO TEÓRICO**

A fin de adentrarnos en la fundamentación teórica de este trabajo comenzaré por abordar distintos conceptos sobre ocupación y salud partiendo de definiciones convencionales para posteriormente enfocarnos en ellos, desde de la perspectiva de Ciencia de la Ocupación y la disciplina de Terapia Ocupacional. Más adelante, introduciré los conceptos centrales sobre ocupación y desempeño ocupacional abordados desde el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, el cuál servirá de guía para el desarrollo del presente trabajo. Por último, abordaré algunos constructos teóricos del Marco de Referencia del Desarrollo en el cuál se sustentará la presente investigación, haciendo referencia al modo en que la ocupación sirve de base para el desarrollo, el cual constituye una parte inseparable de la salud.

### **Salud y Ocupación**

Uno de los temas centrales de la legislación existente en relación a la infancia, es el de velar por su salud, pero a pesar de que la salud infantil, es una de las principales preocupaciones del gobierno, su abordaje sigue siendo limitado, al estar profundamente influenciado por un enfoque biomédico que sirve de base para dirigir las acciones que en temas de salud se han iniciado en nuestro país. Un ejemplo de estas acciones, es el Seguro Médico para una Nueva Generación, creado el 1° de diciembre de 2006 con el objetivo de reducir la carga de enfermedad y discapacidad en los recién nacidos y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros años de vida.

Estos intentos continúan sin tomar en cuenta a la salud con un proceso integral que vaya más allá de la simple ausencia de enfermedad o discapacidad por lo que el desarrollo integral de los pequeños sigue sin contar con la atención que merece en áreas como el desarrollo de habilidades cognitivas, motoras, físicas, emocionales/sociales y de comunicación.

El diccionario de la Lengua Española define a la salud como "el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones".

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946).

La Carta de Ottawa (1986), con el lema "Salud para todos en el año 2000", establece que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Este documento hace hincapié en seguir fomentando el trabajo del terapeuta ocupacional en programas de Prevención y conservación de la salud.

Los terapeutas ocupacionales, desde siempre han estado muy interesados en la relación entre ocupación y salud, lo que ha sido tema de debate desde los inicios de la disciplina de terapia ocupacional a principios del siglo XX.

Adolph Meyer, uno de los fundadores de la disciplina de terapia ocupacional, enfatizó los quehaceres diarios de las personas y sus experiencias como las principales fuentes de salud (Meyer, 1922/1977). Mary Reilly postuló que el "hombre a través del uso de sus manos energizadas por su mente y voluntad, podía influir en su propio estado de salud" (Reilly, 1962).

Elizabeth Yerxa conceptualizaba a la salud "no como una ausencia de patología orgánica sino como la posesión de un repertorio de habilidades que permite a la persona lograr sus metas vitales en sus propios ambientes" (Yerxa, 1998).

Ann Wilcock, habló de la privación ocupacional, a la que definió como "un estado influenciado por un agente o circunstancia externa que privaba a la persona de la posibilidad de adquirir, usar o disfrutar algo", como un factor de riesgo que afectaba la salud de los seres humanos y que "los infantes privados de la oportunidad de aprender a través del hacer debido a la falta de estimulación sensorial en su ambiente, fracasaban en su desarrollo normal o en su prosperidad". (Wilcock, 1998, pp. 145)

## **Terapia Ocupacional y la Ciencia de la Ocupación**

Desde los orígenes de la Terapia Ocupacional en 1917, la ocupación jugó un papel preponderante en la práctica de tratamiento de enfermos mentales. Meyer, desde entonces, hablaba de los grandes cuatro: trabajo, descanso, juego y dormir, y enfatizaba la importancia de mantener un balance entre ellos para lograr en la persona un estado de salud y bienestar (Meyer, 1922/1977).

Durante los años que siguieron a la 1ª y 2ª Guerra mundial, los terapeutas ocupacionales dejaron sus raíces ocupacionales para enfocarse en la rehabilitación física y emocional de los heridos de guerra, lo que ocasionó que enfoques médicos inundaran la práctica de intervención en esta disciplina.

No es sino hasta la década de los '60 y '70 que Reilly retoma los orígenes de la disciplina de terapia ocupacional diferenciando sus objetivos de los de la medicina y devuelve el concepto de ocupación al centro de la práctica centrada en el cliente. Durante su presentación en la Ponencia de Eleanor Clarke Slagle de 1961, manifestó que había evidencia científica para decir que el hombre tiene una necesidad vital de ocuparse y que su sistema nervioso central demanda los estímulos ricos y variados que proporciona la resolución de los problemas de la vida, siendo estas las necesidades básicas de las cuales se debía ocupar la terapia ocupacional (Reilly, 1962).

Influenciado por los trabajos de Reilly, Gary Kielhofner creó su Modelo de la Ocupación Humana en la década de los '80 y contribuyó a que otros terapeutas ocupacionales retomaran la promesa básica de la disciplina, recobrar la salud a través de la ocupación.

En esta misma década, Yerxa concibió el desarrollo de una Ciencia de la Ocupación, como una ciencia básica, diferenciada de la disciplina aplicada de Terapia Ocupacional y en 1989, consiguió la aceptación de la ciencia de la ocupación como la base de un programa de doctorado en la Universidad del Sur de California bajo la dirección de Florence Clark. El objeto de estudio de esta nueva ciencia se delineó como uno centrado en la interacción de los individuos con su ambiente, basado en el desarrollo y que abordaría las complejidades de la ocupación. (Wilcock, 2003).

Estas complejidades son las que han mantenido el debate sobre la definición de la ocupación y su relación con la salud sobre la mesa desde los inicios de la disciplina de terapia ocupacional. A pesar de que la actividad ha sido usada a lo largo de la historia de la humanidad, como una herramienta terapéutica para favorecer la salud, aún no existe consenso sobre su significado ni sobre su universalidad como promotor de esta.

La Ciencia Ocupacional ha sido definida por Yerxa en 1993 como “una ciencia básica dedicada al estudio del ser humano como ser ocupacional”, y por Wilcock en 1998 como “el estudio riguroso de los seres humanos como seres ocupacionales” (Clark y Lawlor, 2009, p. 3), lo que sugiere que la participación en ocupaciones es una conducta innata, un aspecto integral de humanidad; que la ocupación (hacer) y la humanidad (ser) tienen una íntima relación; y que esa ocupación tiene funciones evolutivas, biológicas, sociales y económicas (Wilcock, 2003).

La Ciencia Ocupacional sigue desarrollándose y en su breve existencia ha ido echando raíces en todo el mundo a través de la creación de diversas organizaciones cuyos objetivos primarios son promover la investigación sobre la ocupación en relación con la salud principalmente, y sus hallazgos, continúan informando e influyendo sobre la práctica innovadora de la terapia ocupacional (Clark y Lawlor, 2009).

En 1999, se estableció la Sociedad Internacional de Científicos de la Ocupación (ISOS por sus siglas en inglés) en base a cuatro creencias básicas:

1. La ocupación abarca toda actividad humana (mental, física, social y espiritual; reflexiva, relajante y activa; obligatoria y auto-elegida; pagada y no pagada);
2. La ocupación es fundamental para la autonomía, la salud, el bienestar y la justicia;
3. La ciencia ocupacional genera conocimiento sobre la diversidad y riqueza de la ocupación humana (y sobre las condiciones socioculturales, políticas, financieras y demás, necesarias para soportar ocupaciones saludables, satisfactorias y significativas tanto para individuos como para comunidades en diversos contextos mundiales).

4. La Ciencia Ocupacional abraza una visión multidisciplinaria y multiperspectiva del debate, la investigación y el activismo.

La ocupación, ha sido y seguirá siendo estudiada y definida desde distintos ámbitos, sin embargo, todos ellos parecen coincidir en mayor o menor grado en que se refiere a aquello que las personas hacen con su tiempo. La real academia española define a la ocupación, como: f. Acción y efecto de ocupar u ocuparse, f. Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa. f. Trabajo, empleo, oficio. f. Actividad, entretenimiento.

La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA por sus siglas en inglés) describió la ocupación como el uso del tiempo, la energía, el interés y la atención con propósito (AOTA, 1972) y en 1985 Kielhofner agregó que también incluía actividades de juego, descanso, serias y productivas. Para Wilcock, la ocupación es el mecanismo por medio del cual las necesidades básicas de las personas son satisfechas, está influenciado por factores socioculturales y está vinculado íntimamente con la supervivencia, la salud y las habilidades para desarrollarse en ambientes que favorezcan el crecimiento de su potencial (Wilcock, 1993).

Yerxa (1993) la postula como actividades que son clasificadas y denominadas por la cultura según los propósitos que cumplen para permitir a las personas cubrir los retos ambientales con éxito.

Law, Polatajko, Baptiste y Townsend (1997) se refirieron a la ocupación como lo que las personas hacen para mantenerse ocupadas, como lo es, cuidar de sí mismas (auto cuidado), disfrutar de la vida (recreación) y contribuir al tejido social y económico de sus comunidades (productividad).

Larson, Word y Clark (2003) ven a la ocupación como las actividades que forman parte de nuestra experiencia vital y pueden ser denominadas por la cultura.

Helen Polotajko expresó que la ocupación es un fenómeno complejo y multivariado que para poder entenderlo se requiere de un acercamiento multifacético, un examen

cuidadoso del contexto del “hacer”, de la perspectiva del que “hace” y del marco de referencia del que “conoce”, y propuso que para explorar este concepto es necesario hacerse seis preguntas: ¿quién?, ¿qué?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿cómo? y ¿por qué? (Polatajko, 2004).

A fin de poder guiar su trabajo profesional, terapeutas ocupacionales alrededor del mundo han creado diversos modelos teóricos desde los cuales proponen distintas clasificaciones conceptuales de los factores que intervienen en el quehacer humano. Desde estos modelos, definen y clasifican a la ocupación, sus componentes y los factores ambientales y personales que influyen en ella a fin de facilitar los procesos de evaluación, investigación e intervención.

Uno de estos es el de **Persona-Ocupación-Ambiente (POA)** postulado por el **Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (MCDO)**, que es el modelo teórico que se ha elegido para guiar el presente trabajo y cuyos constructos teóricos sentarán la base para esta intervención. A pesar de que este modelo no hace referencia específica al concepto del sueño, este trabajo lo incluirá como un componente más de la dinámica entre los factores POA por la importancia que desde sus orígenes (Meyer, 1922) se le ha brindado a éste desde la disciplina de terapia ocupacional.

### **Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional-MCDO**

Este modelo es un marco conceptual que describe, desde el punto de vista de la terapia ocupacional, la interrelación que existe entre las personas, sus ocupaciones, el ambiente y el desempeño ocupacional resultante de la interacción de estos tres elementos.

En este modelo, el cliente puede ser una persona con problemas ocupacionales o, como en el caso del presente proyecto, una organización que influye en el desempeño ocupacional de un grupo de personas. La práctica se basa en el cliente y sus necesidades, y se trabaja en equipo para el logro de sus objetivos.

El rol actual de la terapia ocupacional es -hacer posible la ocupación- y este modelo busca facilitar, guiar, asesorar, escuchar, reflexionar y animar al cliente a fin de que

cuenta con los medios necesarios y las oportunidades para resolver sus propios problemas.

Para el MCDO, la ocupación es el conjunto de tareas y actividades de la vida diaria al que los individuos y la cultura nombran, organizan, valoran, le dan un significado y una estructura. Ocupación es todo aquello que la gente hace para ocuparse, incluyendo cuidar de sí mismos (auto-cuidado), disfrutar de la vida (recreación), y contribuir con el tejido social y económico de sus comunidades (productividad); ocupación es el campo de interés y el medio terapéutico de la terapia ocupacional.

La **ocupación** es una necesidad humana, un factor determinante en la salud, una fuente de significado, de propósito, de elección, de control, de equilibrio y satisfacción, es un medio para la organización del tiempo, de los materiales y el espacio y para generar ingresos, es un descriptor de la conducta humana y una herramienta terapéutica (CAOT, 1997).

Entre las ocupaciones se encuentran las de **auto cuidado**, que se encargan del cuidado de la persona e incluyen en un nivel básico a la alimentación, el baño y el vestido; y en un nivel más elevado, la movilidad funcional, las responsabilidades personales y la organización del espacio y el tiempo; las **productivas** que tienen una contribución social o económica, como el trabajo y el juego (la ocupación principal de la infancia) y las de **recreación**.

La **persona** se considera un ser integral que incorpora espiritualidad, experiencias socio/culturales y componentes observables de desempeño ocupacional. Así como el desempeño socio/cultural es modelado por el ambiente, los otros componentes de desempeño son definidos como afectivos (sentir), cognitivos (pensar) y físicos (hacer). La espiritualidad como la concibe este modelo, está en el centro, es la esencia del yo lo que implica el respeto de los valores, las creencias y los objetivos de cada persona sin importar edad, habilidad o ningún otro factor.

El **ambiente** es definido como los contextos y situaciones que ocurren fuera de los individuos y que provocan respuestas de su parte (Law, 1991). El ambiente es el contexto

dentro del cual se da el desempeño ocupacional. Lo clasifica como físico, social, institucional y cultural.

El **desempeño ocupacional** en este modelo se define como el resultado de la interacción dinámica entre la persona, el ambiente en el que vive día a día y las ocupaciones que lleva a cabo a lo largo de su vida; la habilidad de elegir, organizar y realizar satisfactoriamente ocupaciones significativas definidas culturalmente y apropiadas a cada edad a fin de cuidar de uno mismo, divertirse y contribuir al desarrollo comunitario. Desde este modelo, la persona está conectada con su entorno y la ocupación ocurre en la interacción entre las personas y sus ambientes, por lo que un cambio en cualquiera de estos factores afecta a los otros. La espiritualidad, está embebida en el centro de estas interacciones.

La vida del hombre transcurre a través del equilibrio entre estas tres áreas y su relación dinámica conforma el desempeño ocupacional, el cual cuando es adecuado, favorece el desarrollo integral del individuo, contribuye a un estado saludable y mejora su calidad de vida.

La población, en la cual la organización (el cliente) está preocupada (los bebés de 0 a 24 meses), comparte ambientes y ocupaciones pero la interacción entre estos factores es muy limitada. Los estímulos afectivos y sensoriales son escasos y la rutina diaria es inflexible, lo que limita la participación de los bebés en ocupaciones significativas. Este desequilibrio ocupacional interviene en el desarrollo armónico de componentes personales limitando aún más la posibilidad de participación y obstaculizando el desempeño ocupacional, creando como consecuencia retrasos en su desarrollo integral.

### **Marco de Referencia del Desarrollo**

Para poder hablar y definir al Desarrollo es importante hablar y definir a la Infancia. Del latín *infantis* (*in* = no; *faris* = hablar) se desprende la palabra infancia para referirse a los niños pequeños que aun no podían hablar.

Desde los tiempos de Platón y Aristóteles ya se hablaba de la infancia. Jesús de Nazaret simpatizaba con los niños, defendía la igualdad y la dignidad de todos los seres humanos.

San Agustín (S. IV -354-430), en sus "Confesiones", se quejaba de la enseñanza mediante azotes. San Juan Crisóstomo (384-407), en "La vanagloria y la educación de los hijos", otorga una gran importancia a la primera educación. Mahoma (570-632) al igual que el cristianismo, supuso también una mejora en la consideración de la infancia. A pesar de este aparente interés, los niños seguían siendo vistos como pequeños adultos y después de un breve período de dependencia se les incorporaba a la vida laboral y productiva.

No es sino hasta finales del siglo XVIII e inicios del S. XIX que la infancia comienza a cobrar importancia como una etapa independiente y digna de estudio. Juan Jacobo Rousseau (1712-1778) reclama en su libro "Emilio" que la naturaleza quería que los niños fueran niños antes de ser hombres, y fue el primero en bosquejar cuatro etapas de desarrollo en los niños: Infancia, Niñez, Niñez tardía y Adolescencia.

Las teorías biologicistas sobre el desarrollo surgen con Darwin (1809-1882), quién, en 1859, planteó su teoría sobre el origen de las especies y la evolución del hombre a través de un proceso de selección natural y de supervivencia del más apto.

El siglo XX fue testigo de grandes cambios en la mirada de la infancia. Después de la primera guerra mundial comenzaron a surgir centros de investigación que buscaban establecer patrones de desarrollo del niño en diferentes etapas y en diferentes áreas: física, cognitiva, y psicosocial.

G. Stanley Hall (1846-1942), influido por Darwin, inició el estudio de la infancia y lo que se podía esperar en cada etapa, dividiéndolas en: Infancia (0 a 4 años etapa animal), Niñez (5 a 7 años, hombre de las cavernas), Juventud (8 a 12 años, inicio de la civilización) Pubertad (18 a 24 años, la adolescencia y el paso a la vida adulta).

La lista de estudiosos del desarrollo de la infancia es muy vasta, sin embargo hay algunos cuyas investigaciones siguen vigentes hasta nuestros días como en el caso de Alfred Binet (1857-1911), considerado el padre de las pruebas de inteligencia fue el creador de

la primera escala para medir la inteligencia infantil, la Escala de Inteligencia Stanford-Binet publicada en 1916.

Arnold Gesell (1880-1961), que influenciado por Hall estudió las conductas infantiles en su libro *“Los Primeros 5 Años”* recopila los hitos de desarrollo más importantes alcanzados en estas edades. Creó la Cámara de Gesell, una escala de Desarrollo y comprendió la importancia del binomio Herencia-Ambiente en la polémica de innatismo/aprendizaje.

En el campo de la psicología, los tres personajes más destacados y considerados los padres de la psicología moderna fueron: Henry Wallon (1879-1963), que investigó el desarrollo del niño influenciado por la maduración biológica y el medio social.

Lev Vygotsky (1896-1934), que estudió el desarrollo del lenguaje y su influencia en la conducta humana. Creó el concepto de “Zona de Desarrollo Próximo” que diferenciaba entre lo que el niño podía hacer por sí mismo y lo que era capaz de hacer con ayuda de un adulto u otro niño mayor.

Jean Piaget (1896-1980), padre de la Epistemología Genética, intentó explicar el desarrollo intelectual desde el recién nacido hasta la etapa adulta como resultado de un proceso de equilibración (adaptación) entre el individuo y el medio a través de los mecanismos de asimilación y acomodación. Piaget dividió este proceso en estadios (etapas que se suceden unas a otras en un orden específico e inalterable) y los agrupó en tres períodos:

- Inteligencia Sensorio-motriz (0 a 2 años)
- Inteligencia Preoperatoria (2 a 7 años)
- Inteligencia Operatoria (8 a 15 años)

Diferenciamos el concepto de desarrollo del de crecimiento en cuanto a que éste último se refiere a los cambios cuantitativos físicos/biológicos que vive el ser humano al ir aumentando de talla y peso; y del de maduración en cuanto a que esta es el proceso de preparación neurológica a través de la mielinización y la expansión de las redes

neuronales que servirán de base para la adquisición y el desarrollo de habilidades cada vez más complejas.

Para entender los diferentes procesos hay que conocer el momento en que cada una de las conductas esperadas se va presentando, lo cual ocurre en un determinado momento cronológico. Sin embargo, a pesar de que este momento está definido en base a la edad en la que la mayoría de los niños van presentando ciertas conductas, es importante considerar que cada niño tiene su propio ritmo y que es necesario esperar un tiempo razonable para que estas se presenten.

Los cambios en las diferentes conductas, se ven influenciados tanto por las capacidades innatas del niño como por su participación activa sobre el mundo que le rodea. El crecimiento biológico, la maduración neurológica y el desarrollo de habilidades inician desde la gestación y continúan después del nacimiento a un ritmo muy intenso durante los primeros 2 años de vida, donde, las conexiones neuronales del cerebro se incrementan aceleradamente. Su peso y talla aumentan significativamente, comienza a hablar, a caminar, a socializar y se van afinando sus sistemas sensoriales (visión, audición, olfativo, gustativo, táctil, vestibular y propioceptivo).

En resumen, podemos decir que desarrollo infantil es un proceso continuo de cambios cualitativos de conducta a nivel motor, cognitivo, sensorial, de comunicación y emocional/social, que tienen lugar a medida que el niño va creciendo y madurando. Cada área del desarrollo implica un proceso distinto pero cada uno de estos procesos sirve de base para la adquisición de conductas de otras áreas.

El desarrollo infantil generalmente se divide en 4 grandes áreas:

#### **a) Desarrollo Motor:**

Los recién nacidos muchas veces se mueven y actúan sobre los objetos por la acción de los reflejos primitivos con los que nacen (marcha, prensión, moro, succión, búsqueda) y que los acompañan durante las primeras semanas o meses de vida. Poco a poco muchos de estos reflejos se van integrando y comienzan a desarrollarse, de forma secuencial y progresiva durante los primeros meses de vida e involucrando diferentes partes del

cuerpo, patrones de movimiento voluntario y coordinado, dirigidos por el bebé mismo. Es así como la actividad motriz va evolucionando a partir de los actos reflejos y movimientos incoordinados del neonato, hacia los movimientos coordinados y precisos de los actos voluntarios que con la práctica se vuelven automáticos. Sin embargo, el desarrollo de cada bebé es diferente y sigue su propio curso y ritmo dependiendo de factores personales, ocupacionales y ambientales individuales.

El 1er año de vida tiene dos grandes retos:

- Vencer la gravedad, llevando al niño desde la posición prona (boca abajo) hacia la marcha iniciando con el control de cabeza y cuello, el apoyo en brazos, la reptación, el gateo, el sentado, la bipedestación y la marcha; y
- Desarrollar sus habilidades manuales partiendo de la posición supina (boca arriba), la cual facilita la interacción con los objetos y la adquisición de habilidades óculo-manuales al alcanzar, agarrar, soltar y manipular objetos que con frecuencia son llevados a la boca para una mayor exploración.

**b) Desarrollo Cognitivo/Perceptual:**

Del latín: *cognoscere*, "conocer", se puede definir como la capacidad de los seres humanos de procesar la información que proviene de los estímulos tanto internos como externos y que llegan al SNC a través de los sentidos. En éste proceso participan activamente las habilidades de percepción, de discriminación y de razonamiento para poder manipular la nueva y la vieja información a fin de darle a la experiencia una significación cada vez más compleja.

Una de las adquisiciones principales en esta área de desarrollo es la de permanencia de objeto, es decir, saber que los objetos no desaparecen por el simple hecho de haber salido de su campo visual.

En esta etapa (sensorio-motriz), el niño comprende el mundo a partir de las actividades que lleva a cabo en él y por lo que percibe de él. El movimiento, le permite entrar en contacto con las personas y los objetos que le rodean, va aprendiendo a resolver

problemas y a elaborar hipótesis en relación con lo que percibe. Así, un niño puede aventar cosas repetidamente simplemente para ver qué sucede o imaginar el tiempo que tardará en hacer ruido; planear como sacar un juguete que ha rodado debajo de un mueble, o bien calcular si el espacio que hay entre dos objetos es suficientemente grande para que pueda pasar entre ellos.

A finales de esta etapa, entre los 18 y los 24 meses, el pequeño comienza a dejar de ser bebé para convertirse en niño. Se inicia la transición de la inteligencia motora a la cognitiva. Las conductas del niño ya no se limitan al ensayo y error, ahora cuenta con más representaciones mentales de objetos y acontecimientos, y empieza a ser capaz de internalizar acciones y conocer sus consecuencias sin necesidad de llevarlas a cabo.

El desarrollo de la función simbólica, cuya expresión más característica se aprecia durante el “juego simbólico” típico de los niño/as alrededor de los tres años (ej. jugar a hacer creer... como la comidita o el doctor), también inicia en los primeros dos años de vida. Las habilidades de imitación se van incrementando. El pequeño, disfruta al imitar personas u objetos de su entorno y comienza lo que Piaget llamó imitación diferida, o capacidad de imitar cosas o personas que ya no están presentes.

### **c) Desarrollo de la Comunicación:**

El desarrollo de las habilidades de comunicación y del lenguaje propiamente dicho es otra de las áreas que alcanza importantes logros en los dos primeros años de vida. Comienza en el nacimiento cuando el bebé se comunica por primera vez con el exterior a través del llanto. A medida que pasan los días, éste se va diferenciando y la persona a cargo de su cuidado es capaz de saber si es que tiene hambre, está mojado o algo más lo inquieta o molesta.

La función de hablar propiamente (articular palabras) tiene tanto una base motriz como fisiológica de las estructuras orales involucradas (lengua, dientes, paladar, etc.). Desde los primeros meses es capaz de comunicarse con el adulto a través de movimientos corporales, gestos y vocalizaciones. La etapa preverbal del primer año, le permite desarrollar destrezas para identificar sonidos, mover sus labios y su lengua, mientras disfruta escuchando su voz.

El desarrollo del lenguaje expresivo (hablar) y receptivo (comprender) está íntimamente ligado al desarrollo cognitivo y tiene una fuerte influencia social y emocional. Antes de aprender a hablar, los bebés comprenden mucho más de lo que pueden decir (“dí adiós” “hazme ojitos” “mándale un beso” “no”). Los sonidos y balbuceos de los primeros meses, se van volviendo cada vez más complejos hasta llegar a la emisión de las primeras palabras con intención alrededor del primer año (mamá, agua, ven), y se acompañan de gestos y señas para comunicarse con los adultos de su entorno. Las primeras palabras de un niño son simples y le sirven para nombrar objetos o personas familiares; poco a poco empieza a unir dos palabras para formar frases y declaraciones, imperativas, interrogativas, etc. (“más agua”, “no leche” ¿mamá coche?).

#### **d) Desarrollo Emocional/Social:**

Lo social está definido por la habilidad de hacer y mantener relaciones con pares y de insertarse en el contexto social adecuadamente. Las primeras interacciones sociales comienzan desde las primeras semanas de vida cuando el bebé es capaz de sonreír en respuesta a la atención que le da el adulto. Vygotsky (1979) postulaba que los niños aprenden en las interacciones sociales, a través de andamiajes provistos por los cuidadores y maestros.

E. Erikson, postulaba que el ser humano dependía totalmente, y por mucho más tiempo que otras especies, del cuidado (alimentación) y la protección de otra persona para poder sobrevivir, y que sus experiencias iniciales eran claves para poder confiar en que estas necesidades serían satisfechas. En su teoría del desarrollo psicosocial (1950, 1982), identificó ocho etapas o crisis que se dan a lo largo del ciclo vital y que consideró esenciales en el desarrollo de la personalidad. La primera de ellas, que abarca de los 0 a los 18 meses, la llamó “confianza básica vs desconfianza básica”, y la consideró un período en el que los bebés son capaces de saber en que personas u objetos a su alrededor pueden confiar, siendo necesario que encuentren un equilibrio entre la confianza (que les permita establecer relaciones íntimas) y la desconfianza (que les ayude a protegerse). Si la confianza predomina, los niños desarrollan la virtud de la esperanza, creyéndose capaces de satisfacer sus necesidades y lograr sus deseos, pero si la desconfianza es mayor, verán al mundo como impredecible y hostil y tendrán dificultad para relacionarse. La siguiente etapa, que abarca de los 12/18 meses a los 36 meses, y

que llamó “autonomía vs vergüenza”, busca establecer un equilibrio entre la interdependencia y la autosuficiencia (Papalia, 2000).

Lo emocional está definido por la habilidad del niño de auto-regularse, tomar decisiones, ser empático. Abarca conductas que reflejan autoconocimiento, autocontrol, autoestima, seguridad afectiva. La capacidad de reconocer diferentes estados de ánimo (enojo, tristeza, alegría) forma parte de las habilidades emocionales de todo ser humano. El desarrollo de ambas áreas es de vital importancia ya que inciden en todo el proceso de desarrollo del niño. El papel que ejercen los adultos sobre la vida socioemocional de los niños es determinante ya que de ellos dependen el establecimiento de vínculos afectivos saludables que brinden la seguridad y confianza necesarias para sentar los cimientos necesarios para su vida emocional futura.

### **La Ocupación y el Desarrollo**

Desde el **ámbito ocupacional**, Kielhofner (1995) afirmaba que el hecho de que los seres vivos se involucren en actividades productivas, de juego y de la vida diaria, produce y mantiene cambios en sus capacidades, creencias y disposiciones. Reed y Sanderson (1999), manifestaron que el hecho de que una persona realice o participe en ocupaciones distintas durante su vida coadyuva a su maduración sensorial, física y psicológica, a su desarrollo socio/emocional, y al aprendizaje de habilidades para que pueda adaptarse al entorno, afirmando que la ocupación humana se vincula estrechamente con el proceso de desarrollo ontogénico individual.

Doris Pierce planteó que a pesar de haber mucha investigación que fundamenta la relación entre el desarrollo de los bebés y el ambiente social poco se había investigado sobre la relación entre el desarrollo infantil y las interacciones de los niños con el ambiente físico o el entorno de su hogar. Partiendo de los postulados de Mary Reilly que consideraba que la razón por la que los terapeutas ocupacionales se interesaban en el juego infantil residía en que este es la ocupación a la que los niños pequeños dedicaban la mayor parte de sus horas de vigilia, Pierce llevó a cabo una investigación con 18 bebés de 0 a 18 meses siguiendo de cerca el desarrollo de habilidades como la percepción y el movimiento en interacciones de juego con objetos de su entorno en el hogar y con cuyos

resultados desarrolló su Teoría del Espacio Infantil (Pierce, Munier, y Teeters Myers, 2009).

A través de las ocupaciones, el niño logra el desarrollo de diferentes componentes (posturales, perceptuales, neuromotores, comunicativos, cognitivos y socio/emocionales) favoreciendo el alcance de todo su potencial de Desarrollo. La participación del niño en las actividades de auto cuidado (baño, vestido, aliño, alimentación) es muy importante para favorecer su independencia y la interacción con el ambiente.

Favorecer el **juego** como la ocupación principal de la infancia, es indispensable, ya que este es un modo efectivo para desarrollar los diferentes componentes de las áreas de desarrollo y ayuda a las habilidades de trabajo (Parham, 2008). El comportamiento ocupacional contribuye a la organización de la persona, al desarrollo de las estructuras físicas, psicológicas, afectivas y sociales, y por ende a un desarrollo integral. El juego contribuye a la maduración de las funciones del cuerpo, cuya integridad le permite participar cada vez más activamente en éste, y su secuencia ordenada, nos permite ver el progreso del desarrollo.

Finalmente, un ambiente físico y social que brinde al niño un reto justo dentro de su zona de desarrollo próximo, dándole la posibilidad de explorar y actuar en relación a los objetos y sus características, permitiéndole entender mejor el efecto de sus acciones en el medio, le da la posibilidad de avanzar en su desarrollo (Case-Smith, 2005).

El desarrollo infantil no puede dividirse. La capacidad que un niño tiene para aprender, está subordinada a su grado de salud, su nutrición y la interacción entre el niño y el adulto. No es suficiente alimentar a un niño para lograr un desarrollo adecuado, es necesario que la salud, la nutrición física, afectiva y la estimulación entren en interacción para que el crecimiento y el desarrollo se vean favorecidos. Si tomamos en cuenta a la ocupación como un promotor de la salud y al desarrollo como el resultado de la ocupación infantil, se elimina la distancia entre estos conceptos teóricos y ya no es posible hablar de salud sin un desarrollo adecuado, ni viceversa.

## X. METODOLOGÍA

Esta práctica innovadora, buscó llevar a cabo un programa de intervención ocupacional que introdujera los cambios necesarios para favorecer la participación de los bebés en las ocupaciones propias de su edad, dentro del ambiente en el que se desenvuelven (**desempeño ocupacional**) a fin de promover su desarrollo integral.

La muestra elegida incluyó a los 20 bebés sin diagnóstico de alguna patología entre los 0 y los 24 meses que se encontraban en la sala de lactantes del Centro de Estancia Transitoria de Niños y Niñas del Albergue de la PGJDF al momento de la intervención.

Aunque el trabajo se desarrolló dentro de las instalaciones del área de lactantes específicamente, durante la elaboración del diagnóstico inicial se observaron características generales de otras áreas del Centro que pudiesen afectar el desempeño ocupacional de estos pequeños (nutrición, administración, médica, trabajo social).

Para lograr lo anterior se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- 1) Se elaboró un **Cronograma de Actividades**, a fin de que todas las personas involucradas en el proyecto tuviesen conocimiento de las etapas del proyecto y las acciones que se pretendían llevar a cabo durante el mismo (Anexo I).
- 2) Se evaluaron los factores **Persona-Ocupación-Ambiente (POA)** que favorecían o limitaban el desempeño ocupacional de estos bebés.
  - a) Para conocer los factores **Personales** (físico, cognitivo, social, espiritual) que intervenían en el desempeño ocupacional de los pequeños se aplicaron los siguientes instrumentos:
    - i) Los Indicadores de Riesgo del PCD-R (Bolaños, 2005, 2010) a todos los infantes que conformaron la muestra.

- ii) El Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R (Bolaños, 2005) a todos los bebés que presentaron algún indicador de riesgo.
- b) Para conocer los factores **Ambientales** (físicos, sociales, institucionales y culturales) y **Ocupacionales** (auto cuidado, productividad/juego, descanso/sueño y recreación), que intervenían en el desempeño ocupacional de los bebés, se elaboraron los siguientes documentos:
- i) Guía de Observación (Anexo II).
  - ii) Guión de Entrevista Semi-estructurada (Anexo III).
- 3) Se analizaron los datos obtenidos durante el proceso de evaluación (observación, reuniones grupales y aplicación de Indicadores de Riesgo del PCD-R (Bolaños, op cit) y del Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R (Bolaños, op cit) y se elaboró un **Cuadro Diagnóstico Persona–Ocupación–Ambiente POA** de la institución. Este cuadro, sirvió de base para elaborar el plan de intervención (Anexo IV).
- 4) Se elaboró el plan de intervención que contempló las siguientes acciones:
- a) El desarrollo de un **Listado de Acciones Prioritarias** en el cual se sugirieron diversas modificaciones en los componentes **Personales** (físico, cognitivo, emocional, espiritual), **Ocupacionales** (auto cuidado, productividad /juego, descanso/sueño y recreación) y **Ambientales** (físico, social, institucional, cultural), tomando en cuenta los roles y rutinas existentes a fin de permitir su interacción y establecer un entorno favorable para el desempeño ocupacional que favoreciera el desarrollo integral de estos bebés (Anexo VII).
  - b) La elaboración de **Programas de Cuidados del Desarrollo** individuales partiendo de los resultados obtenidos con la aplicación de los Indicadores de Riesgo del PCD-R y el PCD-R (Anexo VIII).

- c) La organización e implementación del **1er Programa de Capacitación sobre Ocupación, Salud y Desarrollo** dirigido hacia los cuidadores primarios y al resto del personal del albergue involucrado directa o indirectamente en el cuidado y la atención de los bebés (Anexo XII).
  - d) La coordinación de personal de psicología, voluntariado y estudiantes de servicio social para la implementación de los programas de cuidados de desarrollo de cada bebé durante los tres meses que duró el proyecto (octubre, noviembre y diciembre).
- 5) Al finalizar la intervención, se aplicó nuevamente el PCD-R a todos los pequeños evaluados al inicio de la misma con este instrumento a fin de documentar los avances de desarrollo logrados por cada uno de ellos en las diferentes áreas y poder evaluar el grado de efectividad del programa.

A fin de evitar sesgos en los resultados obtenidos, la mitad de estas evaluaciones fueron realizadas solamente por el investigador y la otra mitad por el investigador y por personal del departamento de psicología del Centro previa capacitación sobre el uso y aplicación del instrumento del PCD-R. Los resultados obtenidos por los evaluadores reflejaron en todos los casos avances de desarrollo significativos (Anexo VI).

### **Diseño del Estudio**

Se trató de un estudio mixto en el que se utilizó un diseño antes-después y en el cual se buscó atemperar la situación de vulnerabilidad de un grupo de bebés institucionalizados a fin de detectar y prevenir retrasos de desarrollo, a través de la participación directa del evaluador en las fases de evaluación inicial, elaboración, planeación, ejecución y evaluación final del mismo.

### **Instrumentos**

Se utilizaron 4 instrumentos para la realización de este proyecto:

- 1. Guía de Observación:** Esta guía fue especialmente elaborada para evaluar las características generales de las distintas áreas de la institución y las específicas

del área de lactantes a fin de recabar información pertinente sobre los componentes **POA** que favorecían o limitaban el desempeño ocupacional de los bebés (Anexo II).

**2. Guión de Entrevista Semi-estructurada:** Éste instrumento sirvió de guía para llevar a cabo reuniones grupales con el personal encargado del área de lactantes en los diferentes turnos y con miembros del equipo multidisciplinario responsable del cuidado integral de estos bebés a fin de conocer las características de la atención brindada, los roles y las rutinas que regían la vida de éstos pequeños y los componentes **POA** que favorecían o limitaban su desempeño ocupacional (Anexo III).

**3. Indicadores de Riesgo del PCD-R (Bolaños, 2005, 2010).** Este tamiz se utilizó para llevar a cabo una valoración inicial de conductas cuya presencia fuese indicativa de posibles retrasos o alteraciones de desarrollo y determinar la necesidad de evaluar más a fondo el desarrollo de cada bebé.

**4. Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R (Bolaños, 2005).** Este instrumento fue utilizado al inicio del programa para evaluar más a fondo el desarrollo de los bebés que presentaron indicadores de riesgo durante el tamizaje inicial y poder conocer su coeficiente de desarrollo. De igual modo se utilizó como medio para evaluar los resultados al final del proyecto.

Se decidió aplicar éste instrumento de evaluación debido a que es la única escala de desarrollo confiable, validada con población mexicana para evaluar el desarrollo de menores de 0 a 4 años de edad. Dichas características, fueron confirmadas a través de la realización de dos estudios con el Perfil de Conductas de Desarrollo – PCD (Bolaños, 1997, 2005).

El primero integró la validación de contenido (a través de un panel de expertos que revisó la validez concurrente (la cual se llevó a cabo comparando el PCD con el Denver Developmental Screening Test I, utilizando una muestra de 374 niños y niñas de distintos estratos sociales radicados en el D.F. y área metropolitana, de los cuales la mitad eran

cuidados por sus madres y la otra mitad asistían regularmente a guarderías); y de validez de constructo (fundamentada en el marco organísmico de desarrollo).

También se llevó a cabo el análisis de confiabilidad de Alpha de Cronbach, Interobservadores y de Error Estándar (Bolaños, 2003).

En 1999, en un estudio posterior, se llevó a cabo la validación concurrente del PCD con el Brunet-Lezine mostrando que la confiabilidad de la media para el PCD fue  $X(PCD) = 91\%$ ,  $X$  mientras que para el Brunet-Lezine fue  $= 85\%$ , resultando que el PCD tiene menor variabilidad (Bolaños, 2003)

Ambos estudios concluyeron que el PCD era un instrumento válido y confiable que permitía identificar el nivel de desarrollo y las áreas involucradas en caso de existir retrasos en el mismo. Los resultados de estos estudios fueron publicados Boletín Médico del Hospital Infantil de México en el 2003.

En el 2005, se llevó a cabo una revisión de este instrumento y ese mismo año el Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R (Bolaños, 2005) se validó mediante un estudio de validez concurrente utilizando la escala de desarrollo Bayley II (EDIB-II).

La muestra consistió en 40 niños entre 1 y 42 meses de edad de los cuales el 48% eran niños y el 52% niñas, el 85% asistía a centros de desarrollo infantil, el 10% asistía solo a preescolar y el 5% restante era cuidados por sus madres. El nivel socioeconómico del 62% de los niños que conformaron la muestra era alto y el del 38% restante era de nivel medio bajo.

Se realizó un análisis descriptivo y la correlación de Pearson, y un análisis de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. Para realizar algunos de estos análisis se agrupó el PCD-R en las áreas del EDIB-II.

Se encontró una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el PCD-R y el EDIB-II en las escalas mental y motora, mostrando que ambos instrumentos miden fenómenos (constructos) similares en estas áreas. En el área emocional no se

encontraron correlaciones significativas entre ambas debido a la forma de calificar los reactivos.

Los resultados obtenidos en los diferentes análisis fueron:

- Sensibilidad: 0.888 para el área motora, 0.900 para el área mental, y 0.375 para el área emocional
- Especificidad: 0.909 para el área motora, 0.933 para el área mental y 0.937 para el área emocional
- Valor Predictivo Positivo: 0.494 para el área motora, 0.491 para el área mental y 0.359 para el área emocional; y
- Valor Predictivo Negativo: 0.985 para el área motora, 0.987 para el área mental y 0.927 para el área emocional.

Las pruebas de validez y confiabilidad realizadas a este instrumento han permitido que sea ampliamente utilizado por diferentes profesionales de la salud para elaborar diagnósticos y fundamentar resultados de diversos proyectos de investigación desde 1998.

El instrumento consta de 7 escalas divididas en los siguientes grupos de edad:

- Rango 1 (de 0 a 4 meses)
- Rango 2 (de 4 a 8 meses)
- Rango 3 (de 8 a 12 meses)
- Rango 4 (de 12 a 18 meses)
- Rango 5 (de 18 a 24 meses)
- Rango 6 (de 24 a 36 meses)
- Rango 7 (de 36 a 48 meses)

Este instrumento permitió evaluar el estado de desarrollo de cada bebé en 11 áreas distintas:

1. Gateo
2. Sedestación
3. Bipedestación
4. Marcha
5. Lenguaje Expresivo
6. Lenguaje Receptivo
7. Emocional/Social
8. Alimentación
9. Habilidad Manual
10. Cognición
11. Praxis

### **Escenario**

El proyecto se llevó a cabo en las instalaciones del área de lactantes del Centro a través de la participación directa del investigador dentro de las actividades diarias del área. La convivencia diaria con el personal responsable de los bebés favoreció el intercambio de información y la participación del mismo en la toma de decisiones.

Sin embargo, inicialmente se observó resistencia por parte del personal del área el cual se mostró poco receptivo a los cambios propuestos por lo que la mayoría de las acciones llevadas a cabo fueron mediadas por la dirección a fin de poder implementar los cambios sugeridos.

Asimismo, fue necesario involucrar al área de psicología como responsable de la ejecución de los programas de desarrollo ya que las cuidadoras principales opinaron que esa no era parte de su responsabilidad laboral. El personal de psicología acogió con agrado y compromiso el proyecto y participó activamente durante su planeación, ejecución y evaluación. El proyecto quedó implementado y el seguimiento del mismo una vez culminada la fase inicial, quedó a cargo de esta área bajo la guía y supervisión del investigador.

## **XI. ÉTICA DEL ESTUDIO**

Al tratarse de infantes en situación de vulnerabilidad y en proceso judicial para definir su situación legal, se hizo necesario cuidar la identidad de cada bebé en todos los pasos del proceso.

Por lo anterior, fue necesario omitir información oficial de los mismos, sustituyendo sus nombres por un número de bebé (del 1 al 10) y eliminando de los instrumentos y reportes utilizados su fecha de nacimiento.

La fiscalía del menor de la PGJDF a través de la directora general del Centro autorizó la aplicación de los instrumentos y la realización de este proyecto.

La directora del Instituto de Terapia Ocupacional, A.C., titular de los derechos de los instrumentos utilizados (Indicadores de Riesgo del PCD-R y del Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R), autorizó la utilización y adecuación de los mismos para los fines de esta investigación.

Todos los bebés que llenaron los requisitos poblacionales planteados en la muestra (tener entre 0 a 24 meses y no haber sido diagnosticados con alguna discapacidad) fueron integrados en todas las etapas y acciones del proyecto.

En todo momento se consideraron en primer lugar los derechos de los pequeños y el interés superior de los mismos.

Las estrategias utilizadas, tuvieron como fin promover el desarrollo integral de cada bebe.

Todas las propuestas fueron puestas a consideración de la dirección del Centro y cada decisión fue aprobada por la misma tomando en cuenta las ideas y opiniones de cada una de las áreas involucradas.

## **XII. PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA**

El presente trabajo planteó la elaboración de un plan de acción basado en la ocupación que favoreciera un desarrollo integral a través del desempeño ocupacional de los bebés de 0 a 24 meses que no habían sido diagnosticados con algún padecimiento de desarrollo por algún especialista y que se encontraban albergados en el Centro de Estancia Transitoria de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) al momento de la intervención.

Esto se llevó a cabo partiendo de la identificación de los factores que obstaculizaban o limitaban este desempeño y la implementación de un programa de cuidados de desarrollo que lo favorecieran. La identificación de estos factores cobró relevancia al tratarse de una intervención basada en la ocupación cuyas acciones se encaminaron al restablecimiento del equilibrio ocupacional de los menores a través de la adecuada interacción de sus componentes **Persona-Ocupación-Ambiente (POA)**.

### **Objetivo General del Programa**

Disminuir los riesgos de retraso de desarrollo de los bebés de 0 a 24 meses albergados en el Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal a través de la creación de un programa de acción con enfoque ocupacional que favorezca su desarrollo integral.

### **Objetivos Específicos**

- 1) Detectar indicadores de riesgo de desarrollo en los bebés de 0 a 24 meses de edad.
- 2) Identificar los retrasos o problemas de desarrollo actuales de los bebés de 0 a 24 meses.
- 3) Diseñar e implementar programas de cuidados de desarrollo para intervención individual con cada bebé.
- 4) Realizar las modificaciones necesarias de los factores **POA** para favorecer la participación de los bebés en las ocupaciones propias de su edad.
- 5) Capacitar al personal encargado, directa e indirectamente, de la atención de los bebés en temas de ocupación, salud y desarrollo integral.
- 6) Evaluar los resultados de los programas implementados.

### **XIII. EVALUACIÓN INICIAL**

La primera etapa del programa consistió en la recopilación y evaluación de datos con el fin de identificar los factores **POA** que favorecían u obstaculizaban la participación de estos bebés en sus ocupaciones a fin de poder elaborar un diagnóstico temprano de indicadores de riesgo o retrasos de desarrollo provocados por un desequilibrio en la relación de estos factores (desempeño ocupacional).

Esto se llevó a cabo a través de las siguientes acciones:

- ❖ **Persona:** Se evaluaron los factores personales de cada bebé a través de la aplicación individual de los Indicadores de Riesgo del PCD-R para poder identificar tempranamente factores de riesgo que pudiesen obstaculizar su desarrollo.

Asimismo, se administró el Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R a los bebés que presentaron riesgos de desarrollo a fin de conocer su nivel de desarrollo real.

- ❖ **Ocupación:** Se evaluaron las ocupaciones de los bebés a través del análisis de los roles y la observación de las rutinas en las que participan los pequeños diariamente.

- ❖ **Ambiente:** Se evaluaron los ambientes físico, social, institucional y cultural a través de observación y entrevistas grupales, con los cuidadores directos de los bebés en sus diferentes turnos y el personal administrativo del Centro.

En las entrevistas también participaron la directora general y los subdirectores del área médica, administrativa, de psicología, de nutrición y de trabajo social.

Los instrumentos utilizados fueron elaborados especialmente con este fin y pueden ser consultados en los Anexos II y III.

#### XIV. RESULTADOS DE LA FASE DE EVALUACIÓN

En los párrafos siguientes se presentará un resumen de la información recabada durante la etapa de evaluación inicial a fin de brindar al lector un panorama lo más claro posible de la situación que guardaba la vida en el Centro antes de la intervención y poder compararla con los resultados finales.

Para facilitar su comprensión se describirán cada uno de los factores que intervienen en el **desempeño ocupacional** de los infantes comenzando por las visitas de observación y las discusiones grupales en relación con el **Ambiente** y las **Ocupaciones** y posteriormente se describirán los resultados de los factores **Personales** de los pequeños obtenidos mediante la aplicación de los Indicadores de Riesgo del PCD-R y del Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R. Los resultados obtenidos tras la aplicación de estos dos últimos instrumentos se pueden consultar en los Anexos V y VI.

##### **AMBIENTE**

- **Físico:** Conformado por un área de dormitorio de tamaño adecuado pero con poca ventilación e iluminación natural, con ventanas pequeñas que permanecen siempre cerradas “para evitar enfriamientos”. Se observaron muchos moscos y algunas cucarachas. Se observó también un área de tamaño adecuado para llevar a cabo labores de baño y aliño, pero no contaba con espacios apropiados para guardar la ropa de cama, la los bebés, y los utensilios de limpieza lo que la hacía lucir desordenada.

La mayoría de las cunas eran muy pequeñas y con barrotes de metal sin protección lo que daba la impresión de desmotivar el movimiento de los bebés debido a que constantemente se golpeaban. Los bebés de 0 a 3 meses aproximadamente o aquellos que presentaban reflujo permanecían en sillas de huevo todo el día y toda la noche. Las cunas estaban dispuestas una junto a otra pero evitando que hubieran dos niños grandes juntos “porque mueven sus cunas y se quitan sus mamilas, se jalan la ropa o se pelean”.

No existía un área específica para las actividades de alimentación mismas que se llevaban a cabo junto a las cunas, utilizando como mesa de apoyo para las mamilas y papillas el escritorio del médico de guardia. El área no contaba con sillas altas para alimentar a los pequeños y estos eran alimentados en las piernas de las cuidadoras.

No contaba con un área específica para el juego y la recreación. Se observaron algunos juguetes rotos o sin pilas los cuales solo en algunas ocasiones fueron colocados en la cuna de alguno de los bebés más grandes. Se observaron algunos móviles y sonajas pero en ningún momento se usaron u ofrecieron a los bebés.

A nivel de estímulos sensoriales, el área se caracterizó por una constante competencia de estímulos visuales y auditivos desorganizados (luz artificial, ventiladores, TV, radio, frecuente entrada y salida de personas) durante todo el día y la mayor parte de la noche. Además, la constante ejecución de rutinas como el cambio de pañales o la alimentación, aunada a la falta de momentos específicos de descanso/sueño o de juego fuera de las cunas, generaban un ambiente de estrés que provocaba el llanto constante de bebés.

Por otro lado, el sabor, color y consistencia de los alimentos era monótono y no se les permitía a los bebés tocarlos o explorarlos. El cambio de alimentación a comida regular (pedazos grandes de fruta, verduras y carne) se llevaba a cabo alrededor de los 18 meses pero se observaba dificultad de parte de los bebés para masticarla, quizá a falta de una transición adecuada.

- **Social:** Este consistió en una limitada interacción entre los bebés y los cuidadores cuyo trato a pesar de ser cuidadoso, era poco afectivo y solo los sacaban de sus cunas para llevar a cabo actividades de limpieza y alimentación. No se observó que los bebés fueran mecidos, abrazados ni acariciados, no se escuchaban juegos ni pláticas entre niños y adultos. Tampoco se observó convivencia entre bebés, y cuando alguno de los bebés más grandes intentaba interactuar con otro, las cunas eran separadas para “evitar pleitos”.

- **Institucional:** Este estaba caracterizado por roles y rutinas rígidas que incluían actividades de alimentación, revisión médica y limpieza en serie sin contemplar espacios de tiempo específicos para el juego, la recreación o el descanso/sueño. Todos los bebés entre los 0 y los 24 meses siguieron exactamente la misma rutina de limpieza y alimentación.

Se observaron 5 turnos distintos a cargo de los bebés, todos ellos formados por médicos, enfermeros y puericultores. El promedio actual de bebés a cargo de cada cuidador fue de 4 a 6 aunque a decir del personal este número ha llegado a ser de 8 a 10 bebés por cuidador. Uno de los comentarios más frecuentes del equipo de cuidadores fue que “no tienen capacitación en temas de ocupación y desarrollo y que están muy ocupados por lo que no tienen tiempo para interactuar más con los bebés”.

Otras áreas involucradas, aunque de forma indirecta, en el cuidado de los bebés fueron la de nutrición, cuyo rol fue preparar las formulas lácteas y los alimentos de acuerdo a la solicitud del médico de guardia; la de psicología, cuyo rol era valorar a cada bebé a su ingreso al Centro y llevar un seguimiento semestral de su proceso de desarrollo pero sin contar con un programa establecido de desarrollo enfocado a la detección temprana y la prevención de retrasos de desarrollo; y la de trabajo social cuyo rol era el de coordinar las salidas de los bebés del albergue ya sea por cuestiones de salud o administrativas.

No se observó trabajo interdisciplinario en el manejo y cuidado de los bebés, los médicos de turno tomaron todas las decisiones relativas a éstos y en varias ocasiones se observaron discrepancias entre los puntos de vista de los médicos encargados de los diferentes turnos (ej. el médico de un turno indicó que se le diera comida molida a un bebé específico, mientras que el médico del turno siguiente cambió la orden a papilla argumentando que “solo así se la come”). No se observó intercambio de información entre el área de psicología y el área médica en relación con los hallazgos encontrados durante las valoraciones.

- **Cultural:** Quizá debido a que el personal del área médica del albergue es el responsable directo del cuidado de los bebés, la atención a los mismos está definida

por un enfoque biomédico de salud cuyo único objetivo es que no se enfermen, aumenten de talla y peso y que no estén rozados. Por otro lado, se observó una actitud hacia el trabajo de parte de la gran mayoría de cuidadoras caracterizada por la ley del menor esfuerzo.

El contacto entre el adulto y el bebé se limitó a lo mínimo indispensable argumentando que si lo hacen son criticados por otros cuidadores quienes manifiestan que “si los acostumbran a cargarlos o cantarles luego van a llorar pidiendo brazos y ellos se van a tener que hacer cargo”. Además, comentaron que de nada servía que le “echaran más ganas o hicieran más cosas de las que tenían que hacer si de todos modos no les iban a pagar más”.

## **OCUPACIÓN**

- **Auto Cuidado:** Todas las actividades observadas se relacionaron con rutinas fijas e inamovibles de limpieza y alimentación. Durante las rutinas de limpieza (baño, vestido, aliño, cambio de pañal), el rol de los bebés fue el de sujetos pasivos receptores de cuidados en serie.

Durante las actividades de alimentación, los bebés comían sentados en las piernas del cuidador con las manos sujetas para que no las metieran en la comida y “se ensuciaran”. Fue común observar que los bebés no querían comer, lo que llevaba a las cuidadoras a utilizar diversas estrategias para hacerlos comer (distraerlos, rebotarlos en las piernas, mezclar los sabores, darles un bocado tras otro), sin detenerse a reflexionar sobre la posible causa de la falta de apetito.

Todos tomaban su leche en mamila (nadie en vaso) y aquellos que eran capaces de sostenerla por si mismos se la tomaban en su cuna sin ser sacados de ella ni siquiera durante esta actividad.

La movilidad de estos bebés era muy limitada. Permanecían acostados boca arriba todo el día, a menos que pudieran cambiar de posición por si mismos, pero aún así, su movilidad se veía obstaculizada por la falta de espacio en sus cunas. Solo se les

observó salir de estas para ser alimentados, bañados y cambiados de pañal, lo que los confinaba a un espacio reducido un promedio de 20 horas diarias.

- **Productividad/Juego:** A pesar de que el juego es la ocupación en la que los pequeños pasan normalmente la mayor parte de su tiempo de vigilia, no se observaron actitudes de juego entre estos bebés. Dentro de las rutinas diarias no se dedicó un tiempo específico para jugar, no había juguetes al alcance de los bebés, los cuidadores no jugaban con ellos ni se observó interacción entre pares.
- **Recreación:** No se les observó participar en ninguna actividad recreativa, como sería escuchar música o cuentos, formar parte de los eventos sociales organizados por el Centro para los niños mayores, o simplemente salir a tomar el sol.
- **Descanso/Sueño:** No se observó un tiempo específico para estas ocupaciones dentro de la rutina diaria. Los bebés permanecían todo el día dentro de sus cunas dormitando. Sin embargo, cada vez que llegaba la hora de llevar a cabo alguna actividad programada (ya sea de alimentación o limpieza) estos eran despertados y sacados de sus cunas sin tomar en cuenta si tenían o no hambre, si requerían cambio de pañal o no, o si simplemente necesitaban dormir un poco más.

Es muy posible que esta sea la causa de que los bebés no hayan establecido aún patrones claros de sueño y vigilia, es decir, ciclos circadianos saludables y presentaran llanto constante.

## **PERSONA**

- **Físico:** Se observaron retrasos importantes a nivel motor grueso (sedestación, gateo, bipedestación y marcha) y fino (habilidades manuales y de praxis), muy posiblemente debido a que los bebés permanecían el 90 por ciento del día dentro de su cuna donde el espacio para moverse era muy reducido y no tenían al alcance juguetes ni materiales que pudieran manipular.

En varios de los bebés entre los 2 y 3 meses de edad se observaron contracturas de cuello y deformidad craneal de diferente magnitud posiblemente debido a que

permanecían más de 20 horas diarias dentro de una sillita de huevo mirando en una sola dirección.

- **Cognitivo:** Estas habilidades también se encontraron funcionando por debajo de lo esperado para la edad de cada uno de estos bebés. Al estar estrechamente vinculados al desarrollo motor y al juego, estos retrasos posiblemente son consecuencia de su limitada posibilidad para moverse, explorar e interactuar con el medio que los rodea, de la carencia de juguetes y actividades de juego y a su falta de participación en actividades de auto cuidado.

Las habilidades comunicativas de estos bebés se observaron seriamente limitadas, siendo esta área una de las más retrasadas en todos ellos. No se escuchaban balbuceos ni pláticas, la única forma de comunicación con el adulto fue a través del llanto.

A pesar de ser capaces de establecer contacto visual, no se observó intención comunicativa en ninguno de ellos, nadie respondía a su nombre y en la mayoría de los casos no se inmutaban por la presencia de adultos a su alrededor. Esto quizá se ha generado por la limitada exposición de estos bebés al lenguaje de forma individual, ya que a pesar de escuchar voces todo el día, solo en contadas ocasiones las voces se dirigen hacia ellos.

- **Social/Emocional:** Estas áreas también se encontraron retrasadas en todos los pequeños, sus rostros eran poco expresivos, no interactuaban entre ellos, no sonreían ni participaban en juegos cuando un adulto los abordaba. Es posible que estos retrasos sean consecuencia del trato impersonal y rutinario con el que son manejados por los adultos a su cargo, el cual a pesar de ser cuidadoso era poco afectivo.
- **Espiritual:** A pesar de su corta edad y de las condiciones adversas en las que viven estos pequeños, se pudo percibir en el fondo de la mirada de cada uno de ellos un espíritu fuerte capaz de subsistir a estas condiciones de vida y a cada una de sus historias personales lo que incrementa el compromiso social de velar por ellos en todas sus dimensiones.

### **Resultados de los Indicadores de Riesgo del PCD-R (Bolaños, 2005, 2010).**

El investigador aplicó las tablas de Indicadores de Riesgo a los 20 bebés del área de lactantes encontrando que diez de ellos presentaban algún indicador de riesgo de desarrollo.

Los resultados obtenidos se muestran a continuación:

**Tabla A. Resultados de Indicadores de Riesgo**

<b>BEBÉ</b>	<b>EDAD /RANGO</b>	<b>INDICADORES DE RIESGO PRESENTES</b>
1	1 m 7 d Rango 1	- No tolera la posición boca abajo
2	2 m 21 d Rango 1	- Succión débil (se fatiga, le toma más tiempo de lo esperado alimentarse) - No tolera la posición boca abajo
3	3 m 6 d Rango 1	- Hiper-extiende la espalda y el cuello se arquea - No tolera la posición boca abajo - Persiste pulgar dentro de la mano - Brazos muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él - Mueve un lado del cuerpo más que el otro
4	3m 15d Rango 1	- No tolera la posición boca abajo - Persiste pulgar dentro de la mano - Mueve un lado del cuerpo más que el otro
5	7 m 11 d Rango 2	- Dificultad para rodarse - Dificultad para alcanzar estando boca abajo
6	7 m 12 d Rango 2	- No se acomoda al cuerpo del adulto cuando es cargada - Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (al comer llora mucho)
7	7 m 26 d Rango 2	- No tolera la posición boca abajo - Dificultad para rodarse - Dificultad para alcanzar estando boca abajo
8	8 m 24 d Rango 3	- No voltea cuando se le habla - No participa en juegos y rutinas
9	12 m 13 d Rango 3	- No participa en juegos y rutinas - No muestra afecto a sus cuidadores, no da besos o abrazos - No imita (dice adiós, mueve la manita) - No explora los juguetes en diferentes formas (no varía el juego)
10	24 m 0 d Rango 5	- No expresa verbalmente lo que quiere - No imita trazos verticales y horizontales

**Resultados del Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R (Bolaños, 2005)**

A fin de conocer a fondo el estado real de desarrollo de los diez pequeños que presentaron indicadores de riesgo en el tamizaje anterior, el investigador les aplicó a todos ellos el PCD-R.

Los resultados obtenidos en el PCD-R se muestran a continuación. Se han expresado en desviaciones estándar para facilitar su comprensión.

**Tabla B. Resultados Iniciales del PCD-R**

ÁREA	BEBÉ									
	1 1m 7d R – 1	2 2m 21d R – 1	3 3m 6d R – 1	4 3m 15d R – 1	5 7m 11d R – 2	6 7m 12d R – 2	7 7m 26 R – 2	8 8m 24d R – 3	9 12m 13d R – 3	10 24m 0d R – 5
<b>Sedestación</b>	-0.60	-0.88	-0.88	-0.32	-1.78	-1.78	-2.52	-0.85	-0.45	0.52
<b>Gateo</b>	-0.18	-0.46	-1.85	-1.30	-2.21	-0.71	-2.59	-0.42	-1.05	0.00
<b>Bipedestación</b>	-0.95	-0.44	-1.71	-1.96	-1.92	-1.92	-1.76	-1.00	-1.15	-2.94
<b>Marcha</b>	-0.21	-1.04	-2.40	-1.04	-1.57	-1.12	-1.57	-1.32	-1.01	-2.96
<b>Lenguaje Expresivo</b>	-1.58	-1.88	-3.08	-2.18	-3.31	-1.99	-1.46	-1.36	-1.76	-1.90
<b>Lenguaje Receptivo</b>	-0.76	-1.08	-1.70	-1.08	-3.20	-2.36	-2.92	-3.19	-2.45	-2.51
<b>Emocional/Social</b>	-0.42	-1.00	-2.16	-1.00	-2.14	-1.42	-3.09	-1.67	-2.17	-2.57
<b>Alimentación</b>	0.45	-0.01	-1.64	-1.88	-2.39	-2.72	-2.72	-1.16	-1.16	-4.80
<b>Habilidad Manual</b>	-0.81	-1.10	-2.23	-2.23	-1.32	-0.88	-0.88	-0.26	-1.12	-3.84
<b>Habilidad Cognitiva</b>	-0.54	-0.04	-2.05	-0.29	-3.60	-1.13	-1.41	-0.72	-2.11	-2.82
<b>Praxis</b>	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	-2.42

## **XV. FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN**

Con la información recabada durante la evaluación, se desarrollaron y ejecutaron una serie de acciones dirigidas a mejorar las condiciones de vida de estos bebés a fin de facilitar la interacción entre los componentes **POA** y promover un desempeño ocupacional adecuado que favoreciera su desarrollo integral.

Las acciones llevadas a cabo fueron las siguientes:

- 1) Se elaboró un **Cuadro Diagnóstico** del Centro con los factores **POA** que intervenían en el desempeño ocupacional de los bebés incluyendo una descripción de los roles y las rutinas existentes (Anexo IV).
- 2) Se elaboró un **Listado de Acciones Prioritarias** con sugerencias de modificaciones en los distintos factores **POA** involucrados en el desempeño ocupacional de los bebés. Estas acciones fueron discutidas con el personal del Centro durante una reunión en la cual se presentaron los resultados obtenidos durante la etapa de evaluación (Anexo VII).

Algunas de las sugerencias incluidas en este documento fueron:

- a) Mantener el número de bebés en el área del cunero en los límites actuales (4 ó 5 por cuidador) a fin de permitir una atención más personalizada.
- b) Ajustar las rutinas existentes para incluir tiempos específicos de juego y sueño.
- c) Crear un área especial para el juego y la recreación.
- d) Separar el área de alimentación del área de descanso/sueño.
- e) Implementar los programas de cuidados de desarrollo realizando diariamente actividades de juego y estimulación con los bebés.
- f) Capacitar al personal encargado de los bebés en temas de ocupación, salud y desarrollo.

- 3) Se elaboró un **Programa de Cuidados de Desarrollo** para cada bebé de acuerdo a las conductas de desarrollo pendientes de adquisición según su rango de edad y nivel de desarrollo (Anexo VIII).
- a) Con cada programa se imprimió un poster con el nombre y la fecha de nacimiento de cada bebé.
  - b) Para los niños que presentaron indicadores de riesgo y/o mayores retrasos de desarrollo se elaboró un segundo póster con las conductas de rangos anteriores que aún no habían sido adquiridas (Anexo IX).
  - c) Los posters fueron colgados sobre la cuna de cada bebé. Las nuevas conductas observadas en los bebés se fueron registrando en estos posters, lo que permitió que estos sirvieran como una guía visual de fácil acceso para conocer de forma rápida los avances que cada bebé iba teniendo a lo largo del programa (Anexo X).
  - d) También se preparó un poster con conductas de Alimentación, que se colocó en el área en la que se llevaba a cabo esta actividad, como recordatorio para los cuidadores en relación a las habilidades que se esperan en cada bebé según su edad (Anexo XI).
- 4) Se convocó a una reunión con el personal encargado del área de lactantes a fin de informarles sobre los resultados de la evaluación, los objetivos y las metas del programa. La junta fue presidida por la directora del Centro, quién habló sobre las modificaciones que se llevarían a cabo tanto en las instalaciones como en las rutinas diarias, sobre los programas de desarrollo para cada bebé y sobre los siguientes pasos del proyecto, exhortando al personal encargado de los bebés a participar activamente en el mismo.

Durante la reunión se comentaron los pasos a seguir para la implementación del programa entre los que se incluyeron:

- a) Identificar y habilitar un área para el juego de los bebés.
- b) Reorganizar las rutinas para incluir tiempo de juego y descanso, respetando el sueño de los bebés.

- c) Organizar el área del cunero para delimitar las áreas de sueño y alimentación.
  - d) Colocar los programas de desarrollo junto a cada cuna.
  - e) Iniciar junto con el área de psicología la implementación de los programas de cuidados de desarrollo con los bebés.
  - f) Participar en el programa de capacitación sobre ocupación, salud y desarrollo.
- 5) Se dio inicio a la fase de implementación del programa de intervención a través de las siguientes modificaciones al Ambiente (físico, social, institucional y cultural):
- a) Selección y habilitación del área de juego y recreación:
    - i) a dirección asignó un salón adyacente al área de cunero para ser habilitada como área de estimulación, juego y recreación para los bebés.
    - ii) Junto con la participación de personal del Centro:
      - Se pintó y se decoró el área con motivos infantiles.
      - Se clausuraron los contactos eléctricos, se cubrieron los muros de concreto con material acojinado y se colocó piso de foami para eliminar zonas de riesgo.
      - Se compraron colchonetas, rollos de varios diámetros, pelotas terapéuticas, cuñas para masaje y/o reflujo, y una alberca de pelotas con escalera y resbaladilla.
      - Se colocaron repisas para el material y un espejo con una barra de madera.
      - Se habilitaron juguetes existentes y se compraron nuevos incluyendo columpios, mecedoras, sonajas, rompecabezas, juguetes para morder, juguetes con texturas, libros, cubos y otros materiales de ensamble.
      - Se colocó un aparato de sonido y discos de música clásica e infantil.
  - b) Reorganización del cunero para delimitar las diferentes áreas:
    - i) Área de Baño:
      - Se retiraron de esta área los objetos que no pertenecían a ella (horno de microondas, utensilios de comida).

- Se adquirió un tapete anti-derrapante para la plancha de acero inoxidable en donde son bañados los bebés a fin de eliminar el contacto de su piel con la superficie fría y evitar accidentes.
- Se sugirió un área para la organización de la ropa de los bebés.

ii) Área de Alimentación:

- Se separó lo más posible del área de descanso (cunas).
- Se adquirieron sillas altas para la alimentación de los bebés más grandes.
- Se elaboró un póster con las conductas de alimentación esperadas a cada edad de desarrollo y se colgó en esta área a la vista de los cuidadores.

iii) Área de Descanso/Sueño:

- Se procedió a la reorganización de las cunas a fin de que los bebés pudiesen mirar en más de una dirección.
- Se bajaron los respaldos de las cunas a fin de ampliar el área de movimiento de los bebés y se adquirieron cuñas para posicionar a los bebés con reflujo después de la alimentación y pudiesen ser sacados de sus sillas de huevo para colocarlos en cunas normales.
- Se retiraron del área los muebles y equipos que no eran utilizados en esta (TV, archiveros, sillas, andaderas) permitiendo mayor organización y dejando espacio libre para la circulación.
- Se confeccionaron pabellones para las cunas a fin de evitar picaduras de moscos.
- Se arreglaron los móviles de las cunas y se adquirieron sonajas y otros juguetes.

c) Reorganización de la rutina diaria para incluir tiempo para el juego y el sueño:

Se implementaron las siguientes normas:

- i) Sacar a todos los bebés de su cuna una hora por la mañana y una hora por la tarde para jugar con ellos, permitir el libre movimiento y la socialización con otros bebés. Estas actividades podían ser llevadas a cabo dentro del área de juego o en el patio lo que además les permitiría tomar el sol y el aire fresco.
- ii) Colocar juguetes adecuados para cada bebé dentro de su cuna en caso de encontrarse despiertos.

- iii) Respetar el horario de sueño establecido para los bebés y no despertarlos para cambiar de turno, cambiarles el pañal o alimentarlos, esperando a que despierten por sí solos.
- iv) Apagar las luces del cunero a las 8 de la noche para permitirles dormir y descansar.
- v) Colocar a los bebés más pequeños cerca de la zona de alimentación para poder alimentarlos por la noche sin despertar a los más grandes.

<b>RUTINA AJUSTADA PARA INTEGRAR EL JUEGO Y EL SUEÑO</b>			
<b>HORARIO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>JUSTIFICACION</b>	
6 a 7 am	Leches	Es muy importante para un adecuado desarrollo físico, cognitivo y emocional que los bebés tengan una rutina bien definida para cada actividad de su día.	
7 a 8 am	Cambio de pañal		
8 a 8:30 am	Cambio de turno		
8:30 a 10 am	Desayuno		
10 a 11 am	<b>JUEGO LIBRE</b>	Es vital para lograr este objetivo que identifiquen la cuna con la hora de DORMIR, la silla con la hora de COMER y el área de juego con la hora de JUGAR.	
11 am a 12 pm	Baño		
12 a 1:30 pm	Comida y cambio de pañal		
1:30 pm	<b>SUEÑO hasta despertar solos</b>		
2 a 2:30 pm	Cambio de turno		
3 pm	Al despertar cambio de pañal		
3:30 a 4 pm	Leche o agua		
4 a 5 pm	<b>JUEGO LIBRE</b>		
5:30 a 7 pm	Cena y cambio de pañal		
7 pm	<b>SUEÑO hasta despertar solos</b>		
8 a 8:30 pm	Cambio de turno	Las rutinas actuales establecen horarios fijos para comer, el cambio de pañal y el baño pero no hay horarios específicos para jugar ni para dormir. Esto provoca que se la pasen dormitando de día y de noche pues su sueño es interrumpido cada vez que hay que llevar a cabo alguna actividad rutinaria.	
8:30 pm	Al despertar cambio de pañal		
9 a 10 pm	Última mamila para los mayores de 8 meses		
10 pm	Último cambio de pañal para los más grandes		
10:30 pm	<b>SUEÑO.</b> Los grandes, ya deben quedarse dormidos toda la noche		
12 am (½ noche)	Última leche para los bebés de 4 a 8 meses, cambio de pañal y <b>SUEÑO</b> hasta despertar por sí mismos.		
3 am	Última mamila para los bebés de 0 a 4 meses mientras la sigan solicitando.		
			Los bebés mayores a 8 meses ya deben ser capaces de dormir toda la noche sin despertar. Los bebés 4 a 8 meses deberían poder dormir desde la media noche hasta el día siguiente y solo los bebés de 0 a 4 meses deben ser alimentados y cambiados a las 3 de la mañana. Esto se puede ir ajustando poco a poco a libre demanda.

- d) Ejecución y seguimiento de los programas de cuidados de desarrollo:
- Junto con él área de Psicología se inició el programa familiarizando a su personal con éste a fin de garantizar su seguimiento al concluir el proyecto. Se llevaron a cabo las acciones siguientes:
- i) Coordinar a los integrantes del equipo de psicología, voluntarios y estudiantes en servicio social para destinar al menos dos horas diarias a trabajar con los bebés del cunero en distintas actividades de estimulación y juego.
  - ii) Registrar los avances de desarrollo de cada bebé en sus posters individuales.
  - iii) Modelar la forma de interactuar afectivamente con los bebés y hacerlos partícipes de sus ocupaciones a fin de ser imitados por el personal del área médica encargado de los bebés.
  - iv) Capacitar a la psicóloga encargada de la evaluación y seguimiento de los bebés en la aplicación del Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R a fin de que lo utilice no solamente durante el período de re-evaluación del proyecto sino para evaluar a nuevos bebés que se incorporen al Centro en el futuro y poder darle seguimiento al programa.
- e) Organización del 1er Programa de Capacitación sobre Ocupación, Salud y Desarrollo:
- i) Selección y aprobación de los siguientes temas sobre el desarrollo infantil de 0 a 3 años:
    - ❖ Ocupación, Salud y Desarrollo Integral
    - ❖ Desarrollo Neuromotor
    - ❖ Desarrollo Cognitivo
    - ❖ Desarrollo del Lenguaje
    - ❖ Desarrollo Afectivo/Emocional/Social
  - ii) Se elaboró un póster con los temas, las fechas y los horarios del curso y se colocó en un lugar visible del Centro a fin de informar e invitar a todo el personal interesado (Anexo XII).
  - iii) Se ejecutó el programa de capacitación, presentándose un tema semanal durante 5 semanas en sesiones de 2 horas cada una.
  - iv) Se elaboraron y repartieron constancias de participación para cada uno de los asistentes (Anexo XIII).

## **XVI. LOGROS ALCANZADOS**

Los resultados obtenidos con la implementación del programa fueron analizados tanto cualitativa como cuantitativamente a fin de reflejar lo más claramente posible el impacto de esta intervención.

### **Resultados Cualitativos:**

A continuación se enumeran los cambios logrados a través de la intervención en diferentes factores **Ambientales, Ocupacionales y Personales**, y de cuya interacción depende el desempeño ocupacional de éstos bebés.

#### **AMBIENTE**

- **Físico:** Las siguientes modificaciones al ambiente físico se llevaron a cabo sin problemas:
  - a) Habilitamiento del área de juego y recreación.
  - b) Acondicionamiento del área de baño y alimentación.
  - c) Eliminación de muebles y equipos innecesarios del área de cunas.

Sin embargo, no fue posible realizar todos los cambios deseados debido a factores varios como un limitado presupuesto, falta de espacio físico y costumbres arraigadas entre las cuidadoras. Las acciones que quedaron pendientes para otro momento son las siguientes:

- a) Cambio de las cunas por unas de mayor tamaño y con más protección.
- b) Separación total del área de cunas y el área de alimentación. Sin embargo, es importante mencionar que las cuidadoras comenzaron a usar las sillas altas para alimentar a los bebés más grandes lo que les abrió la posibilidad de ser alimentados de frente al cuidador, establecer contacto visual, mirar sus alimentos e incluso tocarlos y tomarlos por sí mismos.
- c) Arreglo de las toallas, la ropa de los bebés y la ropa de cama de forma ordenada en un solo lugar. Esto continuó quitando tiempo valioso de las cuidadoras en su selección diaria.

- **Social:** Al programa de capacitación sobre ocupación, salud y desarrollo, asistieron más de 50 personas incluyendo médicos, enfermeras, puericultoras, maestras, nutriólogos, cocineros, psicólogos, trabajadores sociales y personal administrativo del Centro. Sin embargo, solo unas cuantas cuidadoras del área del cunero participaron en esta por propia iniciativa. A pesar de la resistencia abierta que opuso el personal del área de cunero a los cambios propuestos, la capacitación sirvió de parte aguas para poder observar cambios significativos en la relación entre las cuidadoras y los bebés.

Entre los cambios observados están los siguientes:

- a) Los alimentaban sentados en sus sillas mirándolos a los ojos y platicándoles.
- b) Les ofrecían pan o galletas para que se las comieran solos.
- c) A los bebés más grandes les comenzaron a ofrecer de beber en taza y a dejarles tomar una cuchara con la que intentaban comer por sí mismos.
- d) Se escuchaban cantos y platicas acordes a la edad de los niños a la hora del baño y vestido.
- e) Normalmente respetaban la hora del sueño de los bebés sin despertarlos para cambio de pañal o de turno.
- f) Los llevaban al área de juego y los supervisaban y en ocasiones algunas de ellas interactuaban con ellos.
- g) Colocaban sonajas y otros juguetes en sus cunas o encendían los móviles.
- h) Los colocaban boca abajo por períodos breves de tiempo durante el día.
- i) Sacaron a la mayoría de los bebés de las sillas de huevo y dejaron de envolverlos como taco durante el día.

- **Institucional:** Los cambios realizados en la rutina diaria fueron dándose de forma paulatina. Los primeros cambios en ejecutarse fueron los de incorporar una hora de juego por las mañanas lo cual se llevó a cabo de forma consistente durante la duración del programa.

También comenzaron a respetar el sueño de los bebés por la noche (apagando las luces entre 8 y 9 pm) y durante el día procuraban mantener el área en silencio a la hora de la siesta después del jugar por la mañana, y después de comer por la tarde, lo que permitió que los bebés comenzaran a dormir durante tiempos establecidos.

Aunque por las noches siguieron despertando a la mayoría de los bebés para darles de comer, se fueron alargando los tiempos de sueño de los más grandes ya que estos eran los últimos en ser alimentados y en ocasiones coincidía con la primer mamila de la mañana.

Otro cambio importante, se observó en la interacción del equipo médico y de cuidadoras con el personal de psicología encargado de los programas de cuidados de desarrollo de los bebés. Constantemente se escuchaban conversaciones en relación al desarrollo de algún niño específico o comentarios sobre conductas que estaban presentando ya sea durante la alimentación o en algún otro momento.

Las cuidadoras comenzaron a cooperar con el equipo de psicología comentando sobre avances observados en los pequeños y ayudando a registrar dichos avances en los programas individuales de cuidados del desarrollo.

También se inició el diálogo entre el personal del área de nutrición y el equipo médico a cargo del cuidado y la alimentación de los bebés para asegurarse de que los alimentos se elaboraran con la calidad de molido o picado necesaria y se les permitiera a los niños participar y autoalimentarse de acuerdo a su edad.

- **Cultural:** A pesar de que los médicos aparentemente continuaron sobre su línea de salud = ausencia de enfermedad, fue posible conversar con algunos de ellos en distintos momentos sobre la importancia de ver a la salud física solo como un componente más de la salud global, en la que el desarrollo de las distintas áreas representa una parte igualmente importante.

La participación voluntaria de la mayoría de los médicos en el programa de capacitación fue un signo positivo en el proceso de sensibilización y posiblemente poco a poco irán ampliando su concepción actual de salud.

## OCUPACIÓN

- **Auto cuidado:** Uno de los cambios más notorios durante la intervención fue ver como los bebés comenzaron a interactuar con los cuidadores durante las rutinas de limpieza y alimentación al ser invitados a participar a través de comentarios como dame la mano, mete el pie, cierra los ojos. Los bebés de 6 meses en adelante dejaron de ser alimentados en las piernas de los cuidadores para ser sentados en sillas altas, en ocasiones se les veía tomando una cuchara y metiéndola al plato o chupando una galleta. Los más grandes comenzaron a tomar agua de una taza ayudando al cuidador a sostenerla o intentando tomarla por sí mismos.
- **Productividad:** Todos los bebés empezaron a pasar más tiempo fuera de sus cunas, jugando, moviéndose y explorando el ambiente, los materiales y los juguetes del área de juego. Los más pequeños comenzaron a observar con atención sus alrededores al ser llevados al área de juego, a tolerar de mejor manera el tiempo que se les colocaba boca abajo, a manipular objetos y llevarlos a sus bocas o simplemente a jugar con sus manos y pies.

Los bebés un poco mayores intentaban desplazarse para tomar algún objeto o ir hacia donde se encontraba algo o alguien que llamaba su atención. Sus habilidades motoras empezaron a florecer, girándose, sentándose o incluso gateando o caminando. Su curiosidad crecía día a día, se mostraban atentos a la plática y por primera vez se les observó sonreír, a varios de ellos se les escucho balbucear o simplemente buscar la forma de llamar la atención de algún adulto para conseguir algo. También comenzaban a explorar objetos chupándoselos, aventándolos, chocándolos entre ellos o intentando meterlos o sacarlos de recipientes.

Los bebés más grandes comenzaron a sentarse por si mismos, a gatear, a pararse jalándose de algún objeto cercano y algunos de ellos a caminar. Su curiosidad por tocar y jugar con objetos diversos aumentaba cada día, les gustaba escuchar música y bailar al compás de esta.

Comenzaron a observarse conductas sociales de imitación como decir adiós, mandar besos o hacer ojitos. Se escuchaba parloteo constante con ellos mismos o con otros bebés cercanos, sin

embargo, aún no se escuchó a ningún bebé decir ninguna palabra. Algunos de ellos comenzaron a relacionar su nombre y a voltear cuando se les llamaba y a participar en juegos y rutinas simples.

- **Recreación:** Todos los bebés escuchaban música infantil todos los días, a los bebés más grandes se les empezaron a leer cuentos, y se comenzó a sacar a los bebés al patio a tomar el sol al menos una vez a la semana. También fueron invitados a presenciar/participar en eventos infantiles organizados en otras áreas (una posada).
- **Descanso/Sueño:** El establecimiento y respeto de un horario fijo de sueño/siesta por la mañana y uno por la tarde permitió a todos los bebés dormir por más tiempo sin ser despertados con el pretexto de alguna rutina. Los bebés más grandes poco a poco comenzaron a dormir toda la noche sin despertar. Todos comenzaron a asociar la cuna con la hora de dormir y el área de juego con la hora de jugar. Cada vez se les escuchaba llorar menos durante el día ya que normalmente cuando estaban en sus cunas era momento de dormir y cuando se despertaban era porque tenían hambre, necesitaban cambio de pañal o ya habían dormido lo suficiente como para estar de buen humor.

## PERSONA

- **Físico:** Todos los bebés re-evaluados con el PCD-R (Bolaños, 2005) lograron avances significativos en su desarrollo físico general.
  - a) Las conductas motoras gruesas más observadas fueron el rodado de boca arriba a boca abajo, el gateo y el sentado sin ayuda, dos bebés comenzaron a caminar de forma independiente.
  - b) Las habilidades de coordinación fina que presentaron mayor desarrollo fueron las de alcance y prensión de objetos, así como su manipulación y exploración
  - c) Los bebés que presentaban deformidad craneal y contractura de cuello mejoraron notablemente al ser sacados de la silla de huevo y cambiados de posición constantemente.
  - d) Todos los bebés comenzaron a tolerar de mejor manera el tiempo boca abajo.
- **Cognitivo:** Del mismo modo, el resultado de las evaluaciones aplicadas a los bebés arrojaron cambios importantes a nivel cognitivo, aunque estos no fueron tan notorios como los motrices. A

pesar de escucharse mayor número de vocalizaciones, mayor respuesta a la plática del adulto y aumento en la intención comunicativa, aún no se escucho a ninguno emitir ninguna palabra, dejando a las áreas de lenguaje receptivo y expresivo como dos de las que requieren mayor estimulación.

- **Social/Emocional:** Los bebés se observaban más contentos, lloraban menos y sonreían más. Algunos comenzaron a presentar conductas sociales como aplaudir, decir adiós, hacer ojitos o emocionarse ante la presencia de algún adulto conocido. Todos comenzaron a mostrar actitudes de juego individual y ante el adulto de acuerdo a su edad de desarrollo. Los mayores comenzaron a responder a juegos como ¿Dónde está el bebé?.
- **Espiritual:** Se observan bebés más felices, cuyas caras reflejan una luz distinta que solo es capaz de brindar una nueva esperanza de vida.

### **Resultados Cuantitativos:**

La medición de los cambios observados en los pequeños involucrados en este programa, se llevaron a cabo al comparar la diferencia en el estado de desarrollo (**sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual y habilidad cognitiva**) de un grupo de bebés de 0 a 24 meses antes y después de tres meses de ejecución del programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional propuesto en este trabajo. Aunque el PCD-R cuenta también con una escala para medir el área de **praxis**, la edad del grupo sujeto de esta medida, se ubicó dentro de los rangos del instrumento que no medían esta habilidad con excepción de uno de ellos, por lo que esta área no fue considerada dentro del análisis estadístico de los resultados.

#### **1. Decisión de pruebas estadísticas.**

En virtud de que el instrumento de medición (Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R (Bolaños, 2005), es una escala de desarrollo que detecta retrasos y alteraciones en el desarrollo de niños de 0 a 4 años a través de una calificación cualitativa de la conducta, y dado el tamaño de la muestra, fue pertinente utilizar pruebas estadísticas de tipo descriptivo y pruebas no paramétricas, aplicándose las siguientes:

- a) Pares igualados de Wilcoxon: para comparar al grupo entre sí en cada área de desarrollo, en las mediciones antes y después de la ejecución del programa.
- b) Prueba de Kruskal Wallis: para estimar las diferencias en las áreas de desarrollo al interior del grupo, antes y después de la ejecución del programa.
- c) Prueba de los Signos para estimar si el programa tiene un efecto sistemático, evaluando la magnitud de cambio en el grupo después de la ejecución del programa.

## 2. Estadística descriptiva.

**Participantes:** La muestra la compusieron 10 niños (4 niñas y 6 niños) entre los 0 y los 24 meses de edad, que fueron evaluados antes y después de la ejecución del programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional cuya duración fue de 3 meses. La media de edad, rango y desviación típica en meses de estos niños se muestran en el cuadro I.

**Cuadro I.**  
**Estadísticos descriptivos de la muestra de estudio**

	Antes de la ejecución del programa	Después de la ejecución del programa
<b>N</b>	10	10
<b>Media</b>	7.60	10.60
<b>Rango/Edad (meses)</b>	1 – 24	4 – 27
<b>Desviación típica.</b>	6.736	6.736

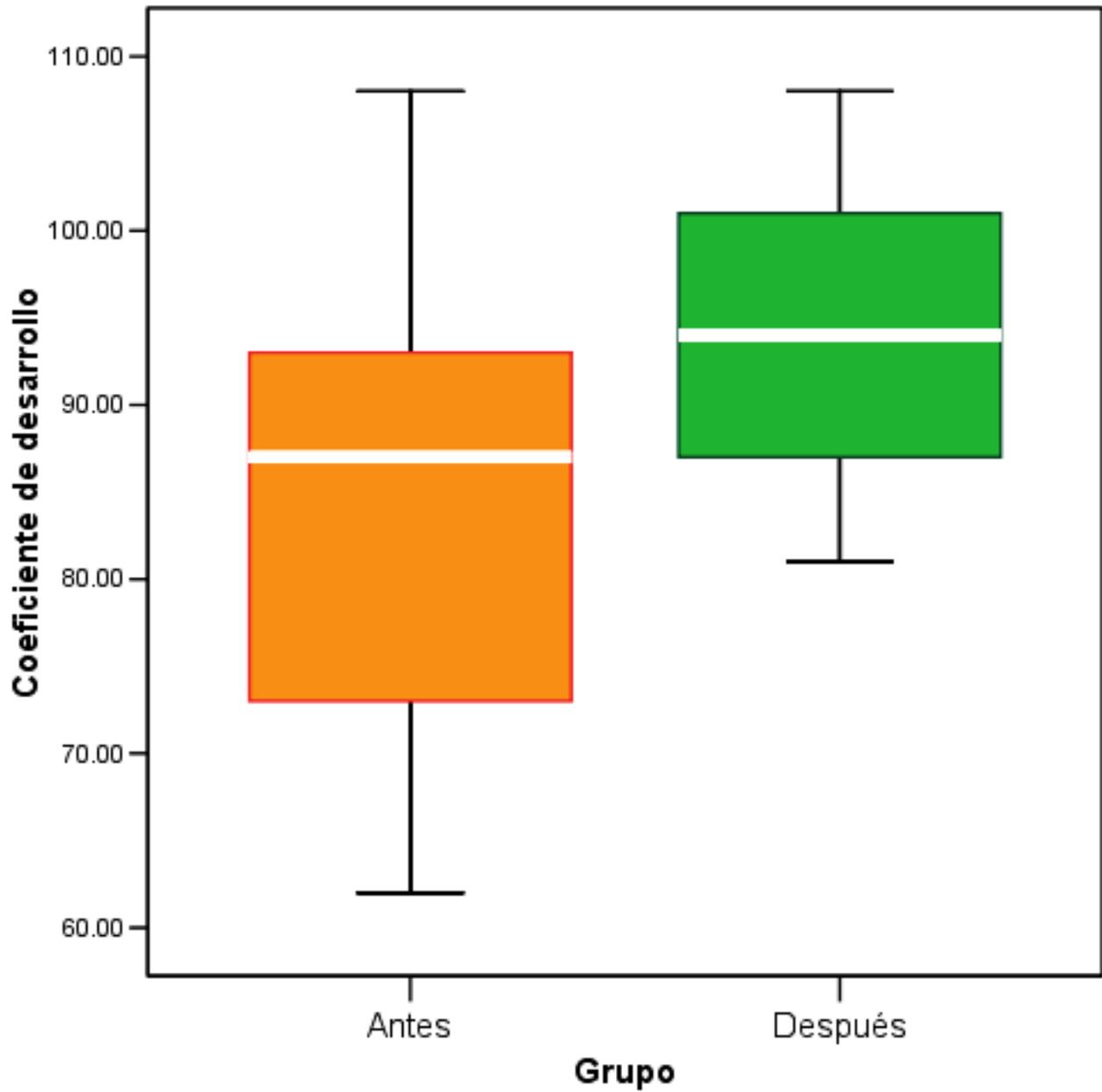
### **Coefficiente de Desarrollo del PCD-R:**

Las figuras 1 a 10 describen el comportamiento del coeficiente de desarrollo por área de desarrollo obtenida por el grupo de estudio antes y después de la ejecución del programa. Nótese que no se ha incluido el área de **praxis**, por las razones descritas anteriormente.

**Sedestación (Figura 1):**

Se observa que existe una diferencia en el grupo antes y después de la ejecución del programa en la mediana del coeficiente de desarrollo. En el antes, la mediana del grupo (87) es más baja que la mediana (94) en el después.

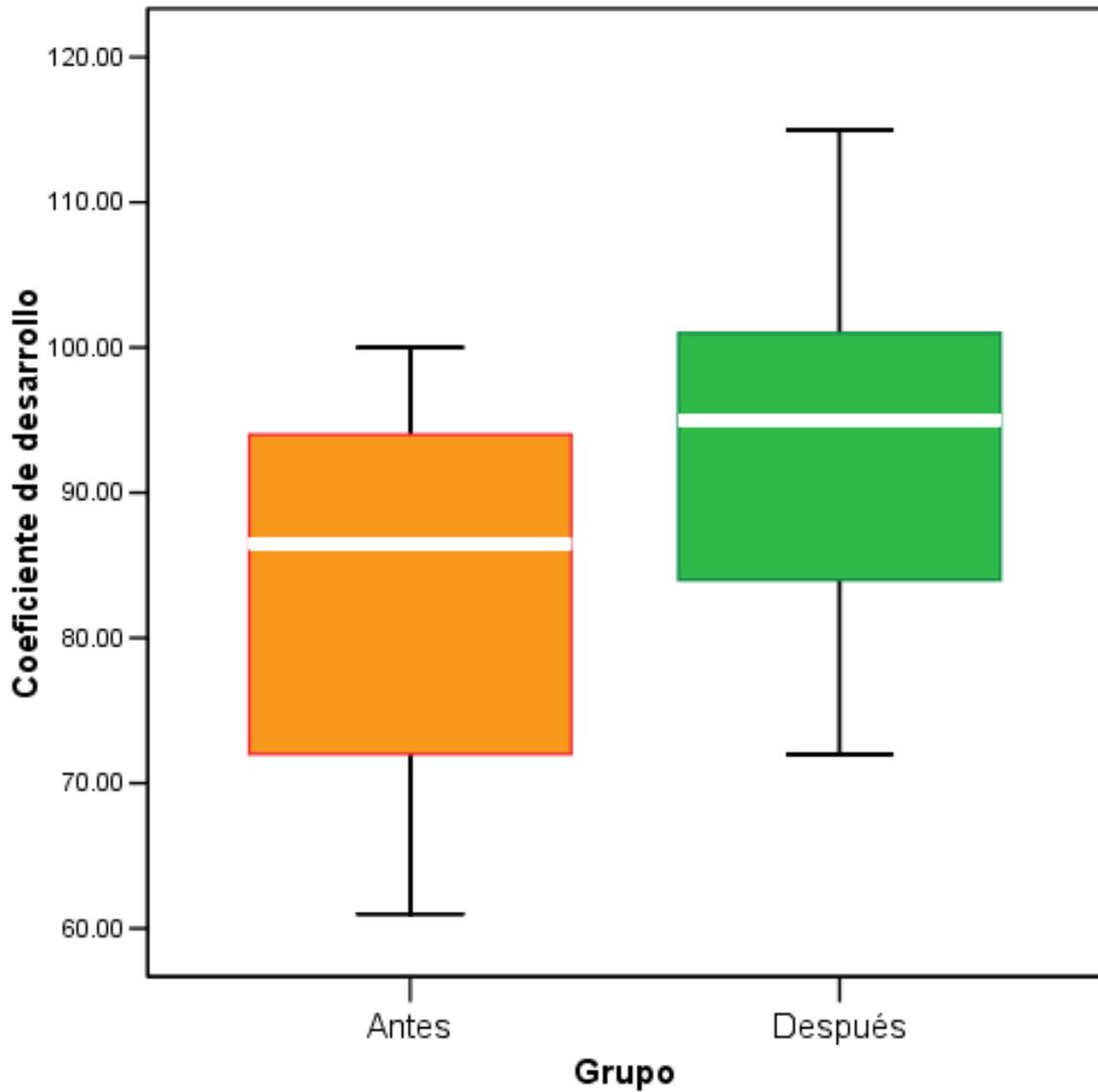
**Figura 1**



**Gateo (Figura 2):**

Se observa que existe una diferencia en el grupo antes y después de la ejecución del programa en la mediana del coeficiente de desarrollo. En el antes, la mediana del grupo (86.5) es más baja que la mediana (95) en el después.

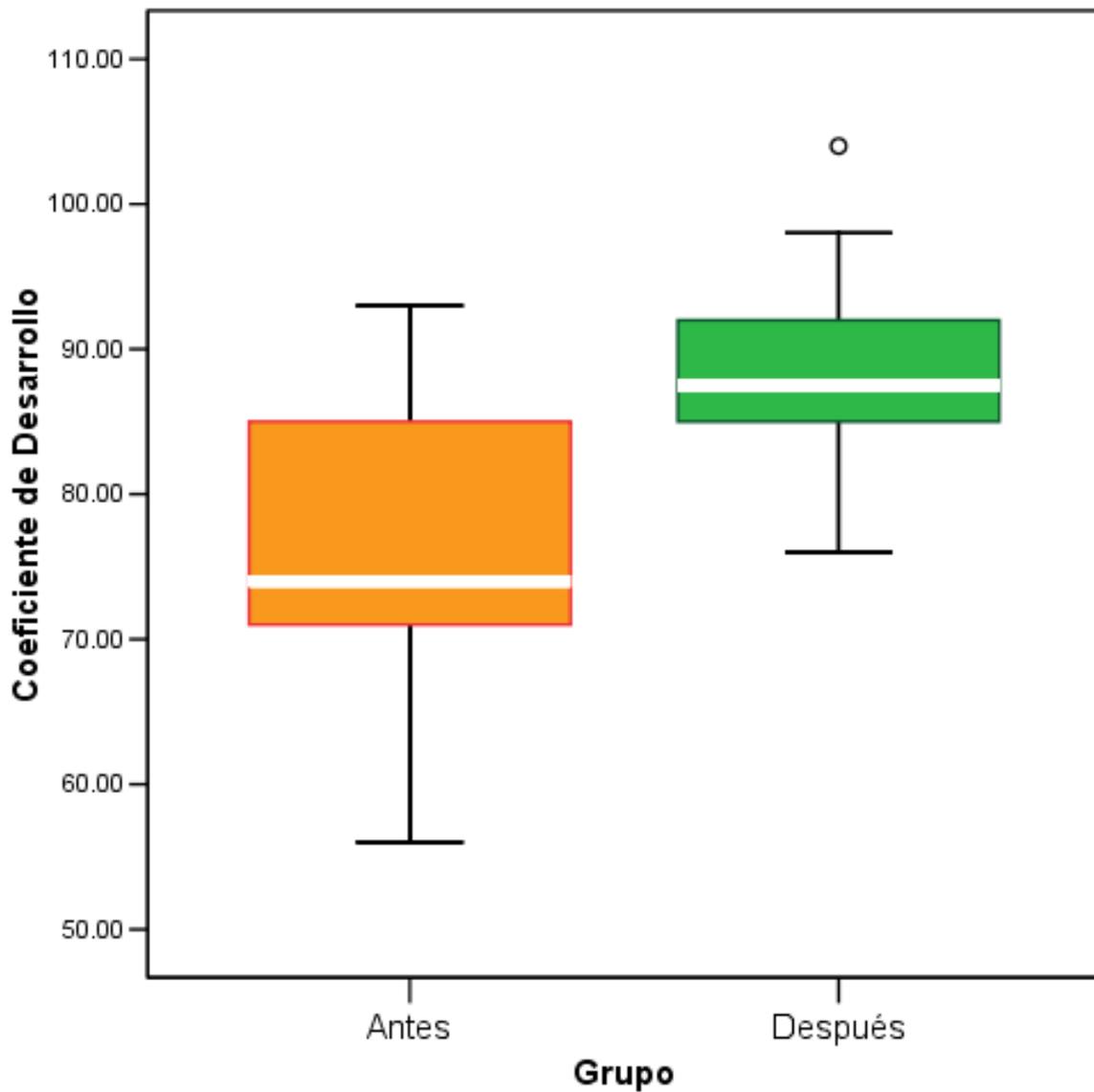
**Figura 2**



**Bipedestación (Figura 3):**

Se observa que existe una gran diferencia en el grupo antes y después de la ejecución del programa en la mediana del coeficiente de desarrollo. En el antes, la mediana del grupo (74) es más baja que la mediana (87.5) en el después, además se observa un valor atípico (104).

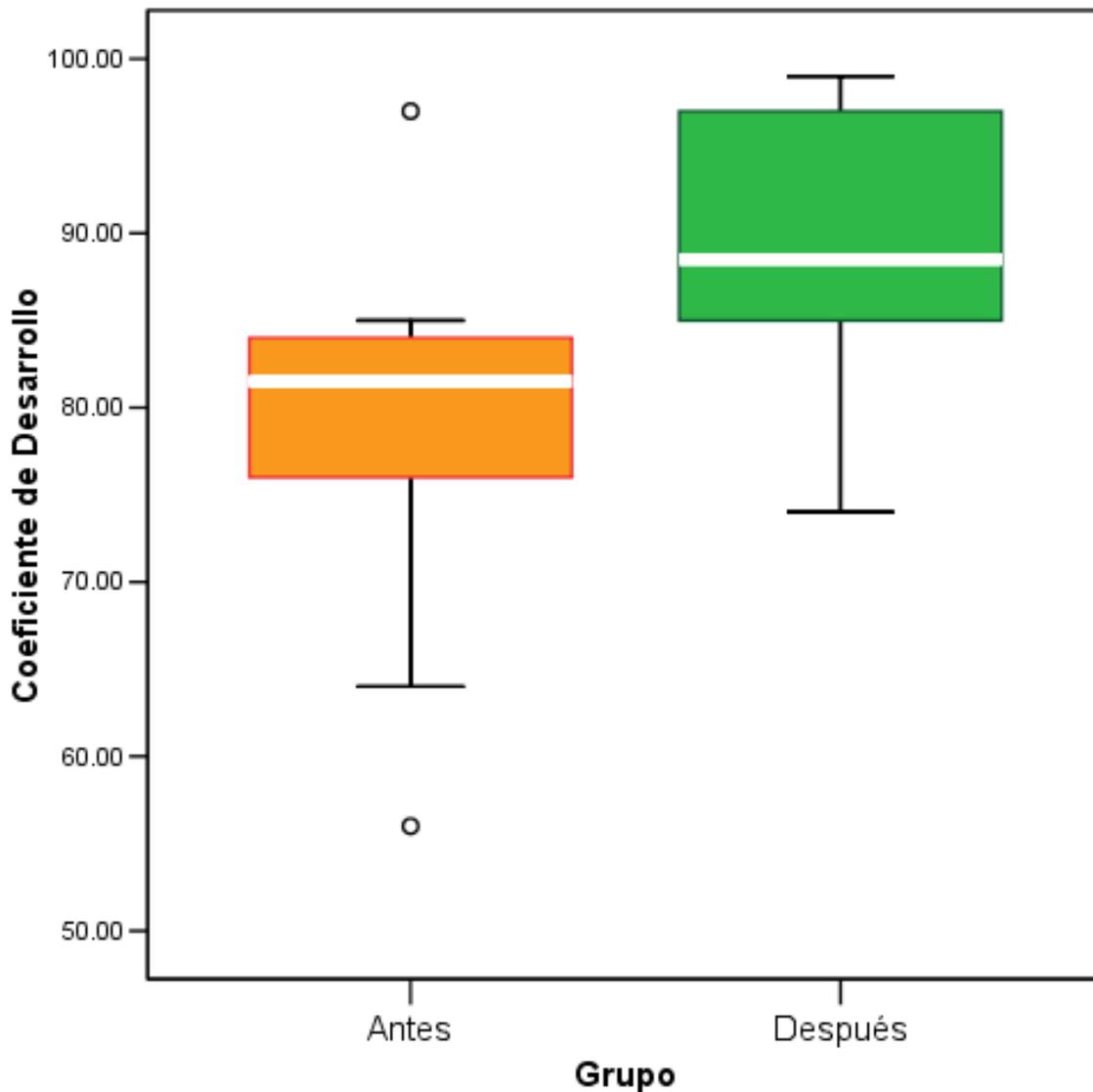
**Figura 3**



**Marcha (Figura 4):**

Se observa que existe una gran diferencia en el grupo antes y después de la ejecución del programa en la mediana del coeficiente de desarrollo. En el antes, la mediana del grupo (81.5) es más baja que la mediana (88.5) en el después. Se observan dos valores atípicos en el antes (74 y 99).

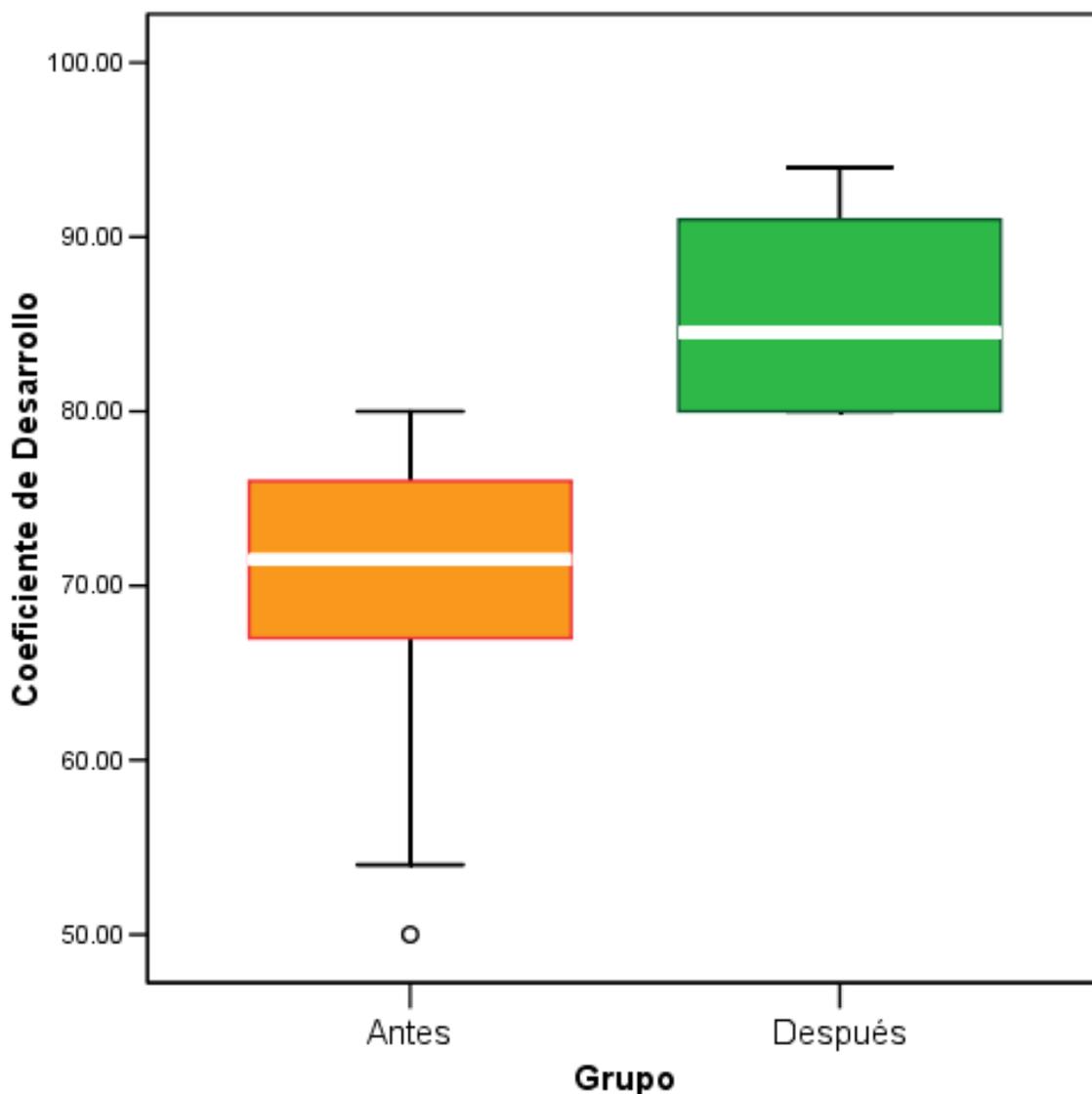
**Figura 4**



**Lenguaje Expresivo (Figura 5):**

Se observa que existe una gran diferencia en el grupo antes y después de la ejecución del programa en la mediana del coeficiente de desarrollo. En el antes, la mediana del grupo (71.5) es más baja que la mediana (84.5) en el después. Se observan un valor atípico en el antes (50).

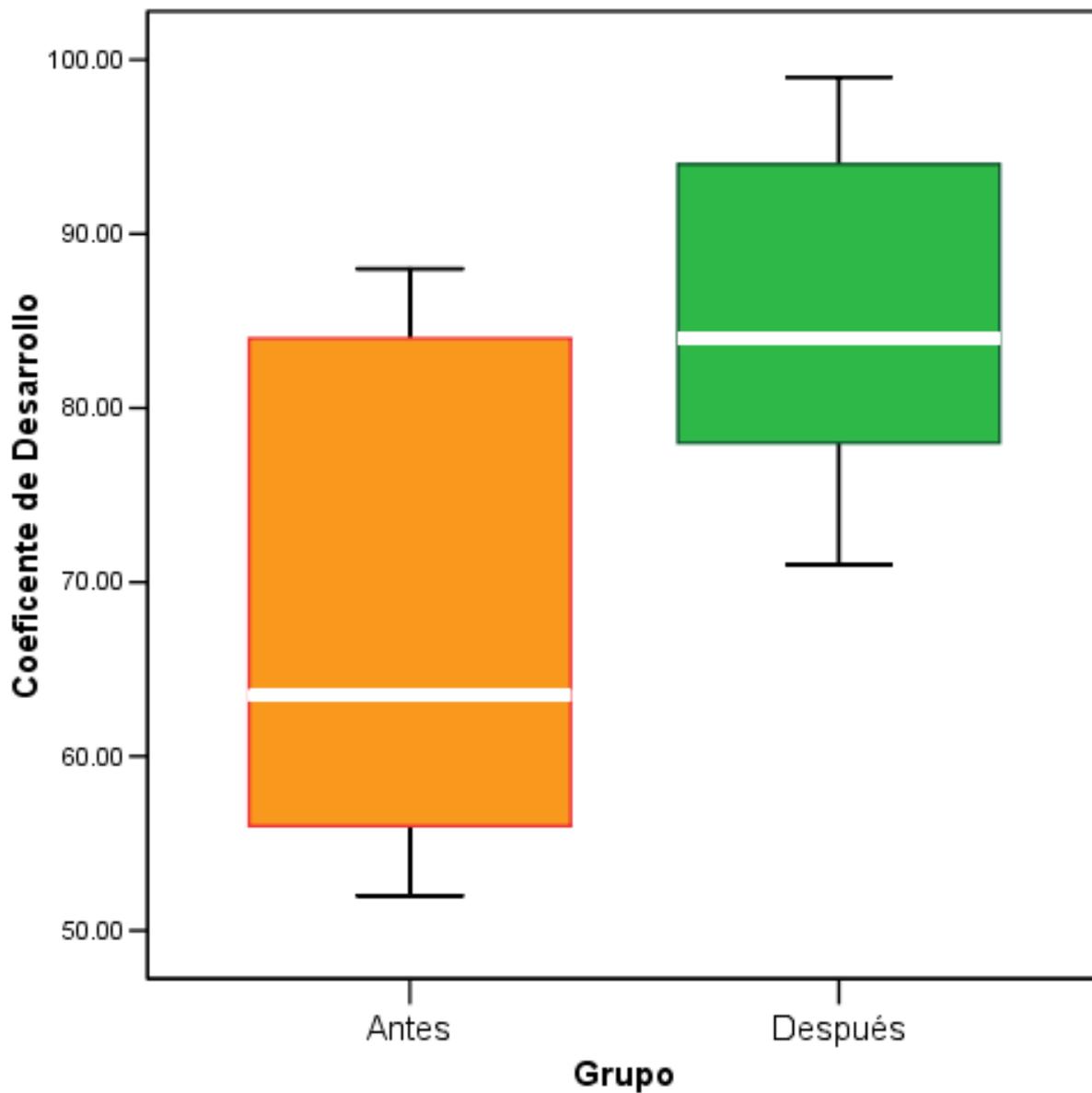
**Figura 5**



**Lenguaje Receptivo (Figura 6):**

Se observa que existe una gran diferencia en el grupo antes y después de la ejecución del programa en la mediana del coeficiente de desarrollo. En el antes, la mediana del grupo (63.5) es más baja que la mediana (84) en el después.

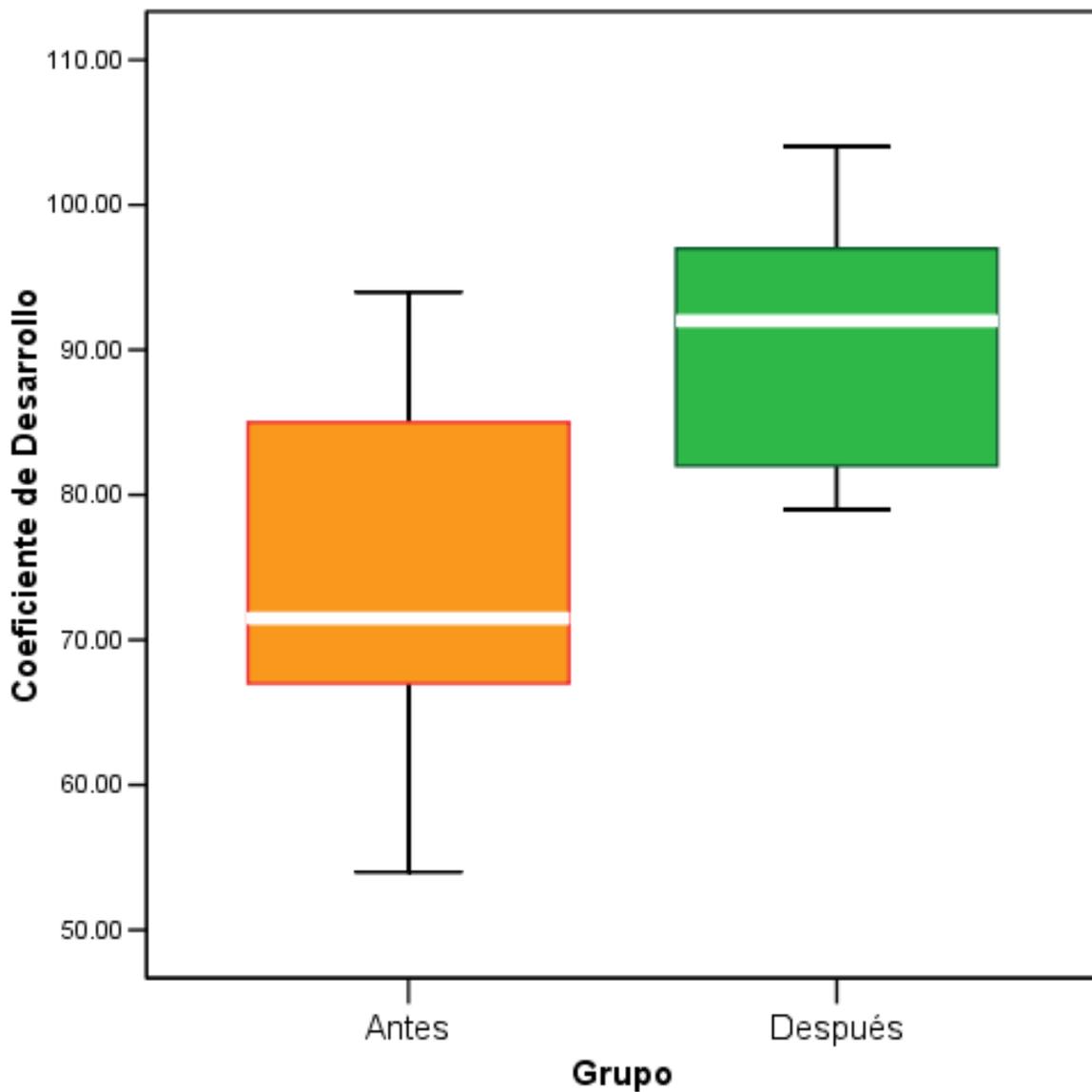
**Figura 6**



**Emocional/Social (Figura 7):**

Se observa que existe una gran diferencia en el grupo antes y después de la ejecución del programa en la mediana del coeficiente de desarrollo. En el antes, la mediana del grupo (71.5) es más baja que la mediana (92) en el después.

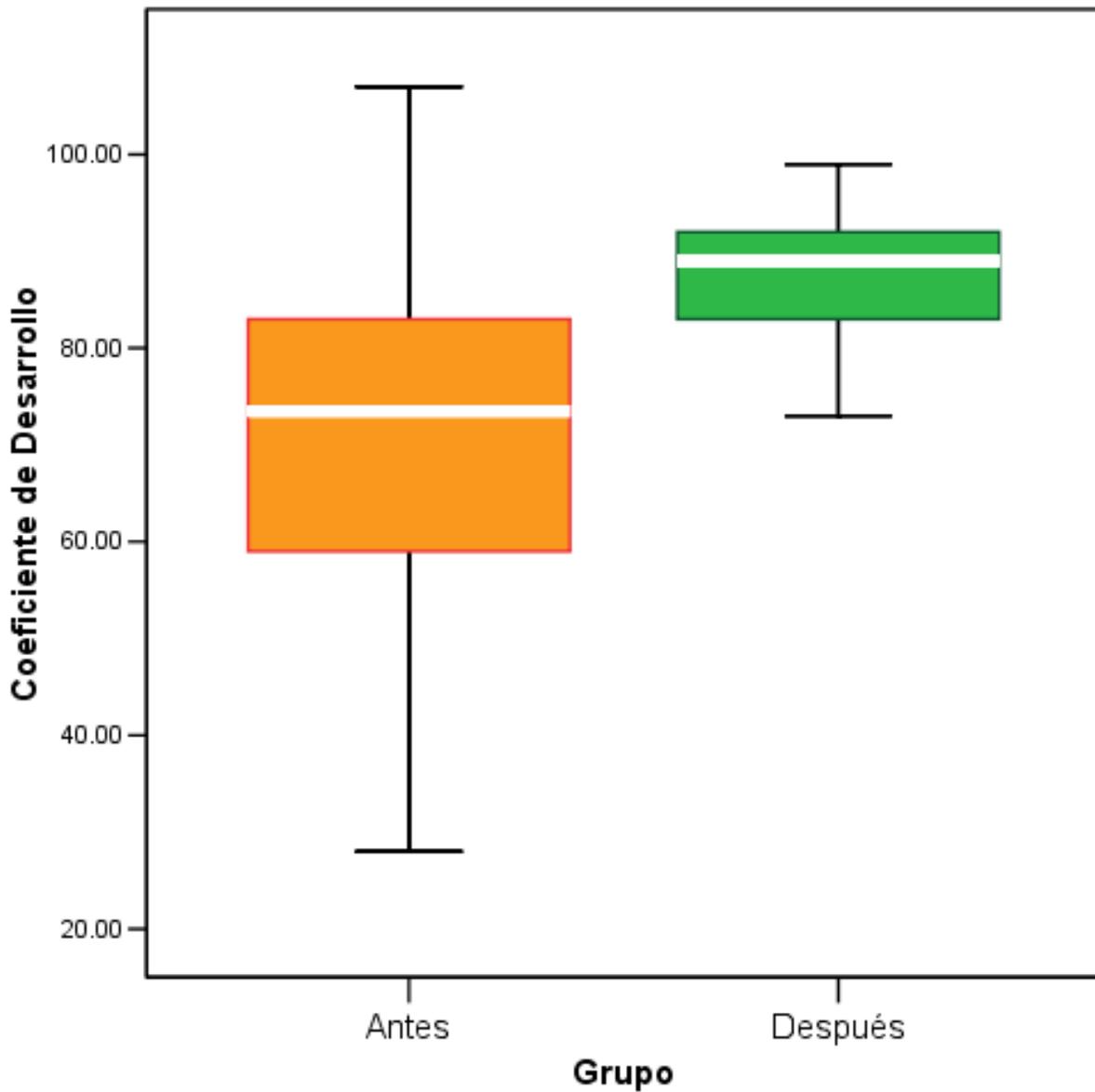
**Figura 7**



**Alimentación (Figura 8):**

Se observa que existe una gran diferencia en el grupo antes y después de la ejecución del programa en la mediana del coeficiente de desarrollo. En el antes, la mediana del grupo (73.5) es más baja que la mediana (89) en el después.

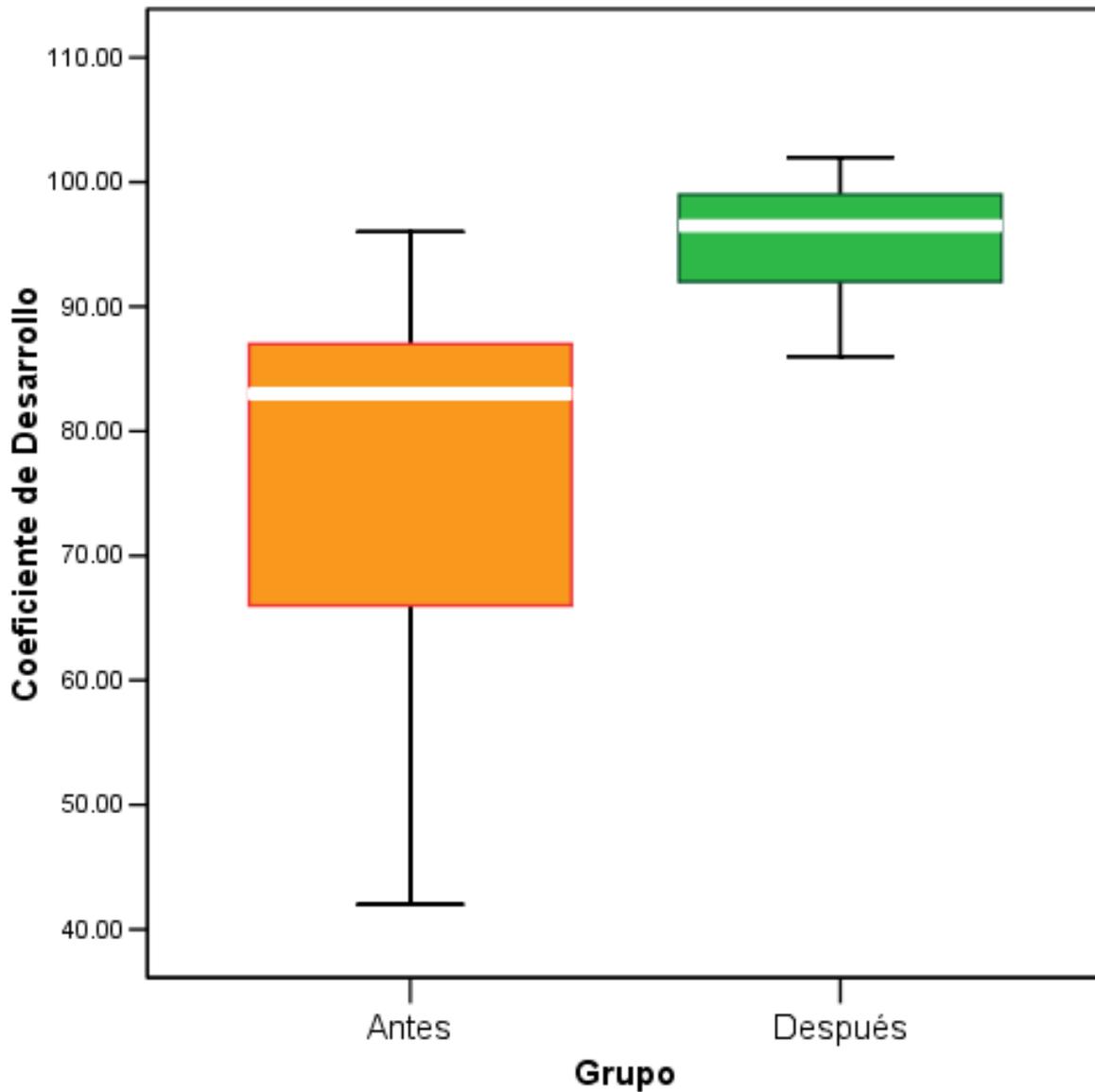
**Figura 8**



**Habilidad Manual (Figura 9):**

Se observa que existe una gran diferencia en el grupo antes y después de la ejecución del programa en la mediana del coeficiente de desarrollo. En el antes, la mediana del grupo (83) es más baja que la mediana (96.5) en el después.

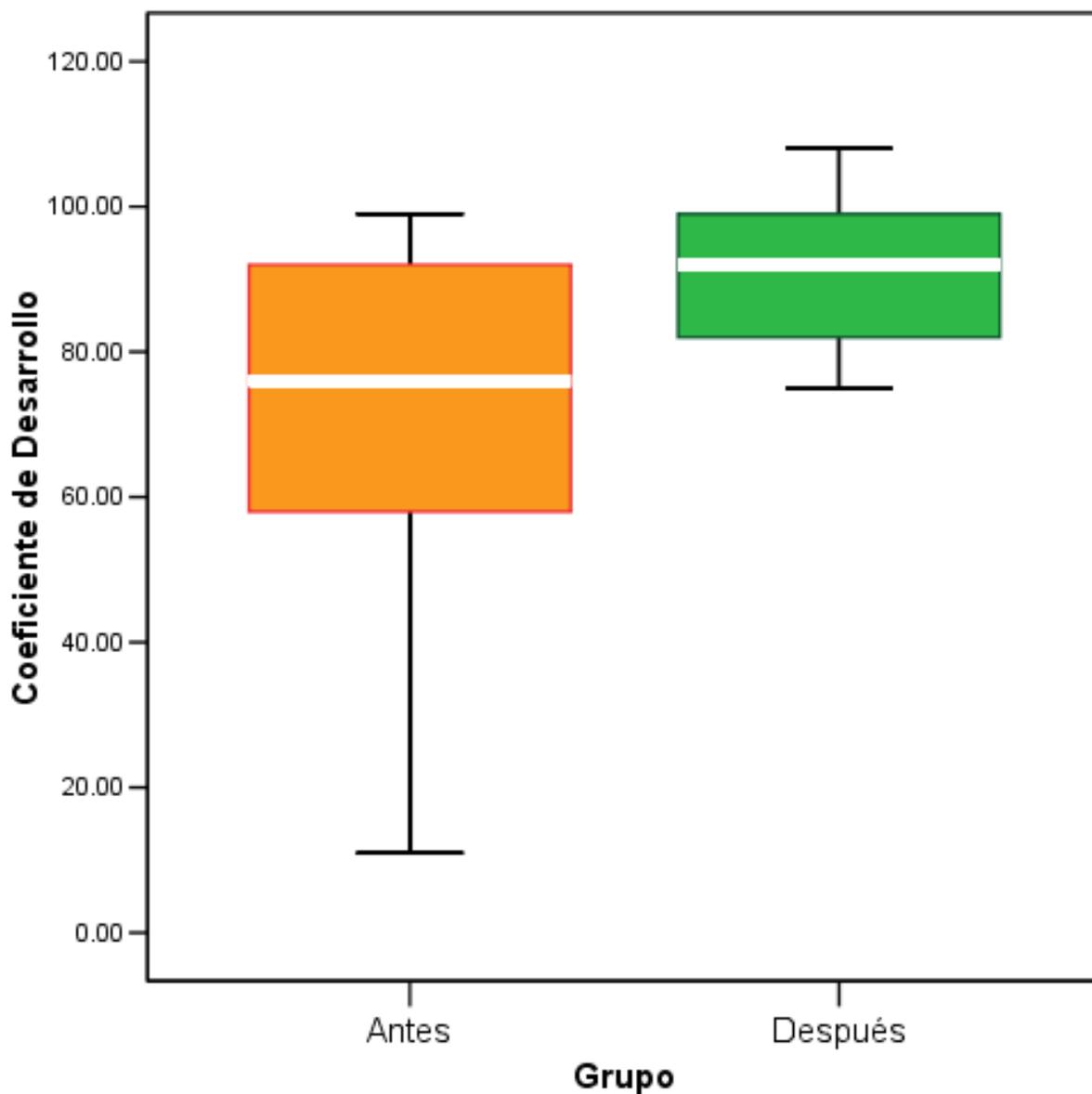
**Figura 9**



### Habilidad Cognitiva (Figura 10):

Se observa que existe una diferencia en el grupo antes y después de la ejecución del programa en la mediana del coeficiente de desarrollo. En el antes, la mediana del grupo (76) es más baja que la mediana (92) en el después.

Figura 10



## Cuadro II.

### Coeficiente de desarrollo por área de desarrollo de la muestra de estudio antes y después.

	Antes										Después									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
<b>N</b>	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	8	10	10	10	10	10	10	10	10	10
<b>Media</b>	85.60	83.70	76.40	78.50	69.10	67.90	73.50	73.00	77.80	71.10	94.12	76.40	89.10	89.30	85.60	85.50	90.90	88.00	95.40	91.50
<b>Mediana</b>	87.00	86.50	74.00	81.5	71.50	63.50	71.50	73.50	83.00	76.00	94.00	95.00	87.50	88.50	84.50	84.00	92.00	89.00	96.50	92.00
<b>DT</b>	13.14	13.36	10.50	11.53	9.83	13.66	12.33	22.57	15.71	27.33	9.03	10.54	7.90	7.84	5.62	9.27	9.35	7.83	5.42	10.41
<b>Rango</b>	62-108	61-100	56-93	56-97	50-80	52-88	54-94	28-107	42-96	11-99	81-108	72-115	76-104	74-99	80-94	71-99	79-104	73-99	86-102	75-108

#### Áreas de Desarrollo:

I: Sedestación

II: Gateo

III: Bipedestación

IV: Marcha

V: Lenguaje Expresivo

VI: Lenguaje Receptivo

VII: Emocional/Social

VIII: Alimentación

IX: Habilidad Manual

X: Habilidad Cognitiva

### 3. Estadística inferencial.

- A. ¿El coeficiente de desarrollo (sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual y habilidad cognitiva) de un grupo de niños de 0 a 24 meses antes de ejecutar un programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional es diferente al que se observa al finalizar el programa?

#### Planteamiento de la hipótesis estadística:

- **Ho:** El coeficiente de desarrollo (sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual y habilidad cognitiva) de un grupo de niños de 0 a 24 meses después de ejecutar un programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional no difiere de la medida anterior.
- **H1:** El coeficiente de desarrollo (sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual y habilidad cognitiva) de un grupo de bebés de 0 a 24 meses después de ejecutar un programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional difiere de la medida anterior.

#### Nivel de significancia:

$\alpha = 0.05$ . Valores iguales o menores a 0.05 entran en la zona de rechazo de la hipótesis de nulidad, por lo tanto rechazamos esta hipótesis a favor de la hipótesis alterna.

#### Prueba estadística utilizada:

Dado que se trató de dos muestras relacionadas o pareadas (antes y después de ejecutar un programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional) con un nivel de medición ordinal, la prueba utilizada fue la prueba de pares igualados de Wilcoxon.

## Estimación del p valor:

### Estadísticos de Contraste Prueba de los Pares Igualados de Wilcoxon

Coeficiente de desarrollo antes-después	Z	Significancia asintótica (bilateral)
Sedestación	-2.120 <sup>a</sup>	0.034
Gateo	-2.524 <sup>a</sup>	0.012
Bipedestación	-2.668 <sup>a</sup>	0.008
Marcha	-2.670 <sup>a</sup>	0.008
Lenguaje Expresivo	-2.668 <sup>a</sup>	0.008
Lenguaje Receptivo	-2.668 <sup>a</sup>	0.008
Emocional / Social	-2.668 <sup>a</sup>	0.008
Alimentación	-1.989 <sup>a</sup>	0.047
Habilidad Manual	-2.666 <sup>a</sup>	0.008
Habilidad Cognitiva	-2.666 <sup>a</sup>	0.008

<sup>a</sup> Basado en los rangos negativos.

## Toma de decisión:

Los valores pequeños de significación (<0.05) indican que las dos variables difieren en la distribución. En los casos cuyo valor de significación es menor que 0.05 rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la alterna, que dice:

**H1:** El coeficiente de desarrollo (sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual y habilidad cognitiva) de un grupo de bebés de 0 a 24 meses después de ejecutar un programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional difiere de la medida anterior.

## Conclusiones:

Existen diferencias estadísticamente significativas en el estado de desarrollo de las áreas de sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual y habilidad cognitiva. El coeficiente de desarrollo después del programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional difiere al coeficiente de desarrollo antes del programa.

- B.** ¿Existe diferencia en al menos una de las distintas áreas de desarrollo al interior del grupo, antes o después de la ejecución del programa de cuidado de desarrollo con enfoque ocupacional, es decir, el programa de desarrollo promovió alguna área en especial o las promovió por igual?

**Planteamiento de la hipótesis estadística:**

- **H<sub>0</sub>:** Las áreas de desarrollo sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual y habilidad cognitiva se promovieron por igual (son idénticas en términos del coeficiente de desarrollo) en el grupo de niños de 0 a 24 meses antes y después de ejecutar el programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional.
- **H<sub>1</sub>:** Por lo menos una de las áreas de desarrollo sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual y habilidad cognitiva se promovió en especial (no es idéntica en términos del coeficiente de desarrollo) en el grupo de niños de 0 a 24 meses antes y después de ejecutar el programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional.

**Nivel de significancia:**

$\alpha = 0.05$ . Valores iguales o menores a 0.05 entran en la zona de rechazo de la hipótesis de nulidad, por lo tanto rechazamos esta hipótesis a favor de la hipótesis alterna.

**Prueba estadística utilizada:**

Dado que se trató de más de dos muestras independientes (áreas de desarrollo) con un nivel de medición ordinal, la prueba utilizada fue la prueba de Kruskal Wallis.

**Estimación del p valor:**

Rango promedio del Coeficiente de Desarrollo para las diez Áreas de Desarrollo en menores de 0 a 24 meses antes y después de ejecutar el programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional

	<b>Área del Desarrollo</b>	<b>N</b>	<b>Rango Promedio</b>
<b>Antes</b>	Sedestación	10	69.55
	Gateo	10	65.65
	Bipedestación	10	50.10
	Marcha	10	54.95
	Lenguaje expresivo	10	34.80
	Lenguaje receptivo	10	34.40
	Emocional/Social	10	44.35
	Alimentación	10	45.80
	Habilidad manual	10	55.65
	Habilidad cognitiva	10	49.75
<b>Después</b>	Sedestación	8	61.31
	Gateo	10	58.10
	Bipedestación	10	45.75
	Marcha	10	47.85
	Lenguaje expresivo	10	33.00
	Lenguaje receptivo	10	35.05
	Emocional/Social	10	51.10
	Alimentación	10	43.80
	Habilidad manual	10	68.15
	Habilidad cognitiva	10	53.25

**Estadísticos de contraste (a, b):**

	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
<b>Chi-cuadrado</b>	14.333	13.391
<b>Grados de libertad</b>	9	9
<b>Significancia asintótica</b>	0.111	0.146

a - Prueba de Kruskal-Wallis  
b - Variable de agrupación: Área del Desarrollo

### Toma de decisión:

En este caso, la probabilidad asociada con el valor observado de H es mayor que el valor de significancia,  $\alpha$ , previamente fijado por tanto no se rechaza la hipótesis nula y la aceptamos, la cual dice:

**Ho:** Las áreas de desarrollo sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual y habilidad cognitiva se promovieron por igual (son idénticas en términos del coeficiente de desarrollo) en el grupo de niños de 0 a 24 meses antes y después de ejecutar el programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional.

### Conclusiones:

El programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional no promovió alguna área de desarrollo en especial, es decir, todas se promovieron por igual.

En el cuadro III, se resumen y analizan los resultados de las áreas de desarrollo al interior del grupo, así como si son idénticas las áreas de desarrollo en términos del coeficiente de desarrollo en el grupo de niños de 0 a 24 meses antes y después de la ejecución del programa.

**Cuadro III.**  
**Comparación del grupo de estudio entre sí por área de desarrollo, antes y después.**

Área de Desarrollo	Antes		Después		$p^*$
	Coeficiente de Desarrollo Mediana (rango)		Coeficiente de Desarrollo Mediana (rango)		
Sedestación	87.0	(62-108)	94.0	(81-108)	0.034
Gateo	86.5	(61-100)	95.0	(72-115)	0.012
Bipedestación	74.0	(56-93)	87.5	(76-104)	0.008
Marcha	81.5	(56-97)	88.5	(74-99)	0.008
Lenguaje Expresivo	71.5	(50-80)	84.5	(80-94)	0.008
Lenguaje Receptivo	63.5	(52-88)	84.0	(71-99)	0.008
Emocional / Social	71.5	(54-94)	92.0	(79-104)	0.008
Alimentación	73.5	(28-107)	89.0	(73-99)	0.047
Habilidad Manual	83.0	(42-96)	96.5	(86-102)	0.008
Habilidad Cognitiva	76.0	(11-99)	92.0	(75-108)	0.008
$p^{**}$	0.111		0.146		

$p^*$  Prueba de pares igualados de Wilcoxon, por área de desarrollo

$p^{**}$  Prueba de Kruskal Wallis al interior del grupo.

C. ¿El programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional sobre el coeficiente de desarrollo (sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual y habilidad cognitiva) es efectivo, tendrá un efecto sistemático?

**Planteamiento de la hipótesis estadística:**

- **H<sub>0</sub>:** El programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional no tiene efecto sistemático sobre el coeficiente de desarrollo (sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual, habilidad cognitiva y praxis) en el grupo de niños de 0 a 24 meses. Con respecto a los que cambiaron el nivel de desarrollo, el mismo número que cambiaron de *más* a *menos* lo hace de *menos* a *más* y cualquier diferencia observada es de la magnitud que podría esperarse en una muestra aleatoria de una población en la que el programa de desarrollo con enfoque ocupacional no tendría efecto sistemático.
- **H<sub>1</sub>:** El programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional tiene efecto sistemático sobre el coeficiente de desarrollo (sedestación, gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, alimentación, habilidad manual, habilidad cognitiva y praxis) en el grupo de niños de 0 a 24 meses.

**Nivel de significancia:**

$\alpha = 0.05$ . Valores iguales o menores a 0.05 entran en la zona de rechazo de la hipótesis de nulidad, por lo tanto rechazamos esta hipótesis a favor de la hipótesis alterna.

**Prueba estadística utilizada:**

La prueba de los Signos se escogió por ser un estudio de dos grupos relacionados (antes y después) porque usa medidas ordinales dentro de las parejas igualadas y, por consiguiente, las diferencias pueden representarse apropiadamente por signos de más y menos.

## Estimación del $p$ valor:

### Estadísticos de Contraste - Prueba de los Signos

Coeficiente de Desarrollo Antes-Después	Significancia Exacta (bilateral)
Sedestación.	0.125 <sup>a</sup>
Gateo.	0.008 <sup>a</sup>
Bipedestación.	0.004 <sup>a</sup>
Marcha.	0.004 <sup>a</sup>
Lenguaje Expresivo.	0.004 <sup>a</sup>
Lenguaje Receptivo.	0.004 <sup>a</sup>
Emocional/Social.	0.004 <sup>a</sup>
Alimentación.	0.109 <sup>a</sup>
Habilidad Manual.	0.004 <sup>a</sup>
Habilidad Cognitiva.	0.004 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Se ha usado la distribución binomial.

## Toma de decisión:

Los valores pequeños de significación ( $<0.05$ ) indican que las dos variables difieren en la distribución. En los casos cuyo valor de significación es menor que 0.05, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la alterna, que dice:

**H1:** El programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional tiene efecto sistemático sobre el coeficiente de desarrollo (gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, habilidad manual y habilidad cognitiva) en el grupo de niños de 0 a 24 meses.

Los valores mayores de significación ( $>0.05$ ) indican que las dos variables no difieren en la distribución. En los casos cuyo valor de significación es mayor que 0.05, aceptamos la hipótesis nula que dice:

**Ho:** El programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional no tiene efecto sistemático sobre el coeficiente de desarrollo sedestación y alimentación en el grupo de niños de 0 a 24 meses.

## Conclusiones:

El programa de cuidados de desarrollo con enfoque ocupacional es sistemático en las áreas de desarrollo de: gateo, bipedestación, marcha, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, emocional/social, habilidad manual y habilidad cognitiva, por tanto resultó efectivo. Para las áreas de desarrollo sedestación y alimentación no resultó sistemático puesto que en la diferencia del cambio resultaron casos que cambiaron en sentido negativo.

El cuadro IV resume la dirección de los cambios por área de desarrollo:

**Cuadro IV.**  
**Número de niños según los cambios observados por áreas de desarrollo en sus coeficientes de desarrollo finales, teniendo como referentes los iniciales.**

Área de Desarrollo	Dirección del cambio			<i>p</i> *
	Bajaron	Subieron	Sin Cambios	
Sedestación	1	6	1	0.125 <sup>a</sup>
Gateo	0	8	2	0.008 <sup>a</sup>
Bipedestación	0	9	1	0.004 <sup>a</sup>
Marcha	0	9	1	0.004 <sup>a</sup>
Lenguaje Expresivo	0	9	1	0.004 <sup>a</sup>
Lenguaje Receptivo	0	9	1	0.004 <sup>a</sup>
Emocional/Social	0	9	1	0.004 <sup>a</sup>
Alimentación	2	8	0	0.109 <sup>a</sup>
Habilidad Manual	0	9	1	0.004 <sup>a</sup>
Habilidad Cognitiva	0	9	1	0.004 <sup>a</sup>

*p*\* Prueba de los Signos.

## 4. Fiabilidad de las observaciones.

A fin de evitar el sesgo en los resultados, la mitad de las evaluaciones finales con el PCD-R, se llevaron a cabo de forma simultánea por dos observadores: el investigador y el psicólogo encargado del programa de estimulación de los lactantes del centro, previa capacitación en la aplicación del instrumento. A continuación se describe lo encontrado:

¿Hasta qué punto los resultados obtenidos por dos observadores concuerdan o son equivalentes?

Dado que el Coeficiente de Desarrollo para cada una de las diez Áreas de Desarrollo se expresa en una escala de carácter cuantitativo continuo, el índice estadístico utilizado para cuantificar la fiabilidad de las mediciones asociadas a estas variables, fue el coeficiente de correlación intraclass (CCI) mediante un modelo de efectos aleatorios de dos factores en el que tanto los efectos de las personas como los efectos de las medidas son aleatorios. Este modelo permite que la inferencia pueda generalizarse a todos los niveles de los sujetos en estudio.

En el presente estudio dos observadores intervinieron tomando los valores para estimar el Coeficiente de Desarrollo de todos los bebés evaluados con el PCD-R al finalizar la intervención. Lo adecuado para estimar el CCI en este caso fue considerar un modelo de efectos fijos puesto que se deseaba valorar la concordancia de las mediciones del Coeficiente de Desarrollo obtenidas en 5 niños por 2 profesionales diferentes: un Terapeuta Ocupacional (Observador A), y un Psicólogo (Observador B).

El objetivo fue conocer la magnitud de las discrepancias entre ambos. Por lo tanto, interesó exclusivamente la comparación de los resultados obtenidos por estos profesionales.

En las tablas del 1 al 10 se muestran los datos que sirvieron de base para realizar la estimación del CCI.

**Tabla 1. Comparación de dos mediciones consecutivas del Coeficiente de Desarrollo para el Área de Desarrollo Sedestación en 5 niños, realizadas con el mismo instrumento por dos observadores.**

<b>Bebé</b>	<b>Observador A</b>	<b>Observador B</b>	<b>Diferencia (B-A)</b>
1	95.00	95.00	0.00
2			0.00
3	81.00	81.00	0.00
4	99.00	99.00	0.00
5	93.00	93.00	0.00
Media	92.00	92.00	0.00
DE	6.71	6.71	0.00

**Tabla 2. Comparación de dos mediciones consecutivas del Coeficiente de Desarrollo para el Área de Desarrollo Gateo en 5 niños, realizadas con el mismo instrumento por dos observadores.**

<b>Bebé</b>	<b>Observador A</b>	<b>Observador B</b>	<b>Diferencia (B-A)</b>
1	95.00	95.00	0.00
2	88.00	88.00	0.00
3	81.00	81.00	0.00
4	95.00	95.00	0.00
5	103.00	103.00	0.00
Media	92.40	92.40	0.00
DE	7.42	7.42	0.00

**Tabla 3. Comparación de dos mediciones consecutivas del Coeficiente de Desarrollo para el Área de Desarrollo Bipedestación en 5 niños, realizadas con el mismo instrumento por dos observadores.**

<b>Bebé</b>	<b>Observador A</b>	<b>Observador B</b>	<b>Diferencia (B-A)</b>
1	89.00	89.00	0.00
2	92.00	92.00	0.00
3	76.00	76.00	0.00
4	104.00	104.00	0.00
5	98.00	98.00	0.00
Media	91.80	91.80	0.00
DE	9.43	9.43	0.00

**Tabla 4. Comparación de dos mediciones consecutivas del Coeficiente de Desarrollo para el Área de Desarrollo Marcha en 5 niños, realizadas con el mismo instrumento por dos observadores.**

<b>Bebé</b>	<b>Observador A</b>	<b>Observador B</b>	<b>Diferencia (B-A)</b>
1	88.00	88.00	0.00
2	89.00	89.00	0.00
3	74.00	74.00	0.00
4	99.00	99.00	0.00
5	99.00	99.00	0.00
Media	89.80	89.80	0.00
DE	9.20	9.20	0.00

**Tabla 5. Comparación de dos mediciones consecutivas del Coeficiente de Desarrollo para el Área de Desarrollo Lenguaje Expresivo en 5 niños, realizadas con el mismo instrumento por dos observadores.**

<b>Bebé</b>	<b>Observador A</b>	<b>Observador B</b>	<b>Diferencia (B-A)</b>
1	94.00	86.00	-8.00
2	93.00	91.00	-2.00
3	82.00	82.00	0.00
4	102.00	94.00	-8.00
5	80.00	80.00	0.00
Media	90.20	86.60	-3.60
DE	8.16	5.28	3.67

**Tabla 6. Comparación de dos mediciones consecutivas del Coeficiente de Desarrollo para el Lenguaje Receptivo en 5 niños, realizadas con el mismo instrumento por dos observadores.**

<b>Bebé</b>	<b>Observador A</b>	<b>Observador B</b>	<b>Diferencia (B-A)</b>
1	98.00	94.00	-4.00
2	99.00	99.00	0.00
3	81.00	77.00	-4.00
4	102.00	98.00	-4.00
5	82.00	82.00	0.00
Media	92.40	90.00	-2.40
DE	9.00	8.88	1.96

**Tabla 7. Comparación de dos mediciones consecutivas del Coeficiente de Desarrollo Emocional / Social en 5 niños, realizadas con el mismo instrumento por dos observadores.**

<b>Bebé</b>	<b>Observador A</b>	<b>Observador B</b>	<b>Diferencia (B-A)</b>
1	100.00	97.00	-3.00
2	98.00	94.00	-4.00
3	86.00	86.00	0.00
4	107.00	104.00	-3.00
5	90.00	90.00	0.00
Media	96.20	94.20	-2.00
DE	7.44	6.14	1.67

**Tabla 8. Comparación de dos mediciones consecutivas del Coeficiente de Desarrollo para Alimentación en 5 niños, realizadas con el mismo instrumento por dos observadores.**

Bebé	Observador A	Observador B	Diferencia (B-A)
1	94.00	89.00	-5.00
2	99.00	99.00	0.00
3	84.00	84.00	0.00
4	99.00	99.00	0.00
5	92.00	92.00	0.00
Media	93.60	92.60	-1.00
DE	5.54	5.82	2.00

**Tabla 9. Comparación de dos mediciones consecutivas del Coeficiente de Desarrollo para Habilidad Manual en 5 niños, realizadas con el mismo instrumento por dos observadores.**

Bebé	Observador A	Observador B	Diferencia (B-A)
1	97.00	97.00	0.00
2	99.00	99.00	0.00
3	87.00	87.00	0.00
4	100.00	100.00	0.00
5	96.00	96.00	0.00
Media	95.80	95.80	0.00
DE	4.62	4.62	0.00

**Tabla 10. Comparación de dos mediciones consecutivas del Coeficiente de Desarrollo para Habilidad Cognitiva en 5 niños, realizadas con el mismo instrumento por dos observadores.**

Bebé	Observador A	Observador B	Diferencia (B-A)
1	99.00	99.00	0.00
2	91.00	91.00	0.00
3	95.00	95.00	0.00
4	108.00	108.00	0.00
5	89.00	89.00	0.00
Media	96.40	96.40	0.00
DE	6.74	6.74	0.00

En el siguiente cuadro, se muestra el CCI para cada una de las áreas de desarrollo.

<b>Área de Desarrollo</b>	<b>CCI</b>	<b>IC 95%</b>
I. Sedestación.	1.0000	1.0000— 1.0000
II. Gateo.	1.0000	1.0000 — 1.0000
III. Bipedestación.	1.0000	1.0000 — 1.0000
IV. Marcha.	1.0000	1.0000— 1.0000
V. Lenguaje Expresivo.	0.9233	0.2638 — 0.9920
VI. Lenguaje Receptivo.	0.9878	0.8832 — 0.9987
VII. Emocional / Social.	0.9847	0.8533 — 0.9984
VIII. Alimentación.	0.9679	0.6925 — 0.9966
IX. Habilidad Manual.	1.0000	1.0000 — 1.0000
X. Habilidad Cognitiva.	1.0000	1.0000 — 1.0000

El coeficiente de desarrollo para las áreas de sedestación, gateo, bipedestación, marcha, habilidad manual y habilidad cognitiva observados por los dos profesionales son altamente confiables (intervalo de 1.000 a 1.000, con un 95% de confianza), indican que el proceso para medir los diferentes niveles de desarrollo fue exitoso. Existe una concordancia excelente entre los dos observadores.

El coeficiente de desarrollo para las áreas de lenguaje expresivo, lenguaje receptivo; emocional / social y alimentación observados por los dos profesionales son altamente confiables (intervalos de 0.2564 a 0.9920; 0.8832 a 0.9987; 0.8533 a 0.9984; y 0.6925 a 0.9966 con un 95% de confianza respectivamente), sugiere que a pesar de sus aparentes diferencias en la puntuación, el proceso para medir los diferentes niveles de desarrollo fue bueno. Existe una concordancia muy buena entre los dos observadores.

Los resultados de este análisis utilizando el modelo de efectos aleatorios se puede generalizar a otras evaluaciones del mismo grupo.

## **XVII. DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos tras la implementación de este proyecto de intervención con enfoque ocupacional, no solo confirmaron la hipótesis planteada en él: ¿puede un programa de intervención con enfoque ocupacional (que influya en los factores POA), facilitar la participación de los bebés de 0 a 24 meses de edad en ocupaciones significativas, y favorecer su desarrollo integral?

Por un lado, este trabajo, demostró que salud y ausencia de enfermedad no son sinónimos como desafortunadamente se sigue manejando en el ambiente médico de nuestros días. La definición de salud planteada por la OMS desde sus inicios en 1948, en donde la salud implica un estado total bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades u otros padecimiento, no es tomada en cuenta en la vida práctica de los médicos responsables del cuidado del grupo estudiado. Su postura sigue siendo biologicista, y consideran que su labor es asegurarse de que los niños no se enfermen, que aumenten de talla y peso y que no estén rozados argumentando que estos cuidados ocupan todo el tiempo del personal bajo su cargo (los cuidadores directos de los bebés) por lo que no tiene tiempo para llevar a cabo ninguna otra acción con los bebés.

Esta visión biologicista, ha obstaculizado el poder comprender que la salud de estos pequeños, va mucho más allá de lo que sus quehaceres diarios plantean, y que es justamente este enfoque limitado de salud, el que dificulta la identificación e intervención temprana para favorecer el desarrollo integral del niño.

La relación entre ocupación y salud planteada desde la disciplina de Terapia Ocupacional a través de diversas definiciones de salud como las de Meyer (1922/1977), Reilly (1962) o Yerxa (1998) y los efectos de la deprivación ocupacional que Wilcock (1998) planteó como factores de riesgo para la salud y específicamente para su desarrollo normal, también se hizo evidente en este trabajo al observar pequeños con rezagos de desarrollo que fluctuaban entre una y 4 desviaciones estándar en las diferentes áreas evaluadas debido a la falta de participación activa en sus ocupaciones, y que sin embargo, a decir de los médicos, todos los bebés bajo su cargo, estaban sanos.

Es difícil comprender que un médico pudiera considerar sano a un bebe que a los 2 o 3 meses de edad ya presentaba contractura de cuello y deformidad craneal por permanecer mas de 20 horas al día acostado en un una sillita de huevo; o que despues de los 6 meses no intentara alcanzar un objeto que

se le ofrecía, no sonriera en respuesta, no tolerara estar acostado boca abajo o no balbucera; o que al año no respondiera a su nombre, no explorara juguetes, no moviera su cuerpo al escuchar música, no interactuara con el adulto en juegos y rutinas, no gateara, ni intentara alimentarse de forma independiente, y que, en promedio, su desarrollo se encontrara entre -1 y -3 desviaciones estándar por debajo de lo esperado para su edad.

Por otro lado, este proyecto permitió comparar y corroborar los resultados de estudios realizados a nivel internacional en dos aspectos fundamentales:

**1) Los efectos negativos de la institucionalización sobre el desarrollo infantil.**

**2) Los efectos positivos de la intervención temprana para atemperar los riesgos de desarrollo.**

Analizando primeramente el impacto negativo de la institucionalización en el desarrollo infantil, quedaron comprobadas una vez más teorías como la del apego defendidas por autores como Bowlby (1969, 1986, 1988), Ainsworth y Bell (1974) o Chilsom (1998), que plantean como sustento del desarrollo favorable la seguridad emocional que da el apego a un cuidador primario. Durante la evaluación de la relación cuidador/bebé en este Centro, se pudo observar que a pesar de que el trato brindado a los pequeños era cuidadoso, era administrado por múltiples cuidadores de forma rutinaria y carecía de vinculación emocional que permitiese el establecimiento de lazos afectivos de apego que favorecieran el desarrollo de su seguridad, su autoestima y de todo su potencial como seres humanos.

Otras teorías como las de algunos de los grandes teóricos del desarrollo infantil como Piaget (1952, 1962), Gessel (1940) o Bronfenbrenner (1979) que postulaban que el desarrollo dependía estrechamente del ambiente y de las interacciones del niño con este, de autores como Wallon (1987) y Vygotsky (1979), que lo vinculaban específicamente con la interacción social, o de autores más contemporáneos como Pierce y sus colaboradores que en 2009 postularon la teoría del Espacio Infantil basada en la investigación realizada sobre las interacciones de juego del niño con objetos familiares de su entorno (hogar), también se confirman a través de los resultados de esta investigación.

La limitada posibilidad de estos pequeños para moverse y explorar su ambiente aunada a una estimulación social precaria, ha traído como consecuencia retrasos importantes en su desarrollo físico, cognitivo, comunicativo y social/emocional como lo demostraron los resultados obtenidos mediante la aplicación inicial del PCD-R, en donde se pudo observar que el nivel de desarrollo de estos niños se encontró entre +0.52 (un solo caso + en un niño de 24 meses de edad) y -2.52 desviaciones estándar (DE) por debajo de lo esperado en el área de sedestación; entre 0.00 (un solo caso + en un niño de 24 meses de edad) y -2.59 DE en el área de gateo; entre -0.44 y -2.94 en el área de bipedestación; entre -0.21 y -2.96 DE en el área de marcha; entre -1.36 y -3.31 en el área de lenguaje expresivo; entre -0.76 y -3.20 en el área de lenguaje receptivo; entre -0.42 y -3.09 en el área emocional/social; entre +0.45 (un solo caso + en un bebé de 1 mes de edad) y -4.80 en el área de alimentación; entre -0.26 y -3.84 en el área de habilidad manual; y entre -0.04 y -3.60 en el área de habilidad cognitiva; lo cual se correlaciona con los resultados obtenidos por los pioneros de la investigación sobre los efectos de las carencias ambientales, la ausencia de cuidados maternos y la limitada interacción física y social como Spitz (1945/1946), Goldfarb (1945), Provence, S. y Lipton, R.C. (1962) quienes, al comparar los cocientes intelectuales y de desarrollo en diversas áreas de pequeños en los primeros años de vida, encontraron diferencias significativas con coetáneos que se desarrollaron en ambientes estimulados.

Los resultados de esta investigación también coinciden con los obtenidos en investigaciones sobre niños de otras nacionalidades en condiciones adversas como las de Johnson, et. al (1992) con niños rumanos, de Miller y Hendrie (2000) con niños chinos, de Miller, Chan, Comfort, y Tirella (2005) con niños guatemaltecos, o de Miller, Tseng, Tirella, Chan, y Feig (2008) con niños etíopes, lo que indica que los efectos negativos de la imposibilidad de relacionarse y participar activamente con un entorno enriquecido, no son privativos de una raza o nacionalidad y afectan por igual a todos los niños del mundo.

Diversos estudios desde la disciplina de Terapia Ocupacional, también han analizado los efectos que tiene la institucionalización en el desarrollo de los niños. Entre ellos cabe mencionar los relacionados con los patrones de uso del tiempo de Daunhauer, Bolton y Cermak (2005); los efectos de la relación cuidador-bebé en el juego solitario y con un adulto, y la relación entre el funcionamiento cognitivo y conductas competentes de juego en niños de 0 a 3 años de Daunhauer, Coster, Tickle-Dengen, y Cermak (2007, 2010).

El factor común en todos estos estudios, y que es compartido con esta investigación, es el retraso general en distintas áreas del desarrollo a causa de la institucionalización infantil temprana. Sin embargo, la diferencia entre todas estas investigaciones y los resultados obtenidos en este trabajo radica en el énfasis que este último pone en el desempeño ocupacional como promotor de un desarrollo integral, y la importancia de la participación activa del niño en sus ocupaciones como el medio y el fin para lograr un desarrollo armónico. Esto se hizo más evidente al analizar las áreas que presentaron mayor retraso en estos niños, donde se observó que estas son áreas en las que el desarrollo depende total y plenamente de la participación del niño en sus ocupaciones principales como son las de auto cuidado (alimentación) o productividad (juego) en las que se ejercitan habilidades manuales, cognitivas, de lenguaje expresivo y receptivo).

A continuación, y una vez establecido el deterioro inminente en el desarrollo que sufre todo pequeño que ha sido víctima de la institucionalización en etapas tempranas de su vida, se analizarán los efectos positivos de la intervención en el desarrollo de estos niños.

Uno de los hallazgos consistentes en un gran número de estudios internacionales sobre el impacto de la institucionalización en factores diversos tales como talla, peso, nutrición, problemas psiquiátricos, de desarrollo neurológico, físico, cognitivo o de lenguaje (Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, y Juffer, 2007; Johnson, et al., 2010; Miller, Kiernan, Mathers, y Klein-Gitelman, 1995; Zena, et al., 2009; Pollak, et al., 2010; Loman, Wiik, Frenn, Pollak, Grunnar, 2009; Van den Dries, Juffer, Van Ijzendoorn, y Bakermans-Kranenburg, 2010) es el impacto negativo del tiempo de permanencia en una institución en los problemas estudiados, encontrando que a mayor tiempo de vida en condiciones adversas, mayores problemas de salud y desarrollo. Lin, Coster, Cermak, y Miller (2005) estudiaron específicamente esta variable en relación con los problemas de integración sensorial confirmando una relación positiva entre la gravedad del problema y el tiempo permanencia en una institución.

Esto también se pudo observar en cierta medida en la presente investigación, observándose que el bebé más grande de la muestra (24 meses) presentó el mayor grado de retraso de desarrollo del grupo en 4 de las 10 áreas analizadas (bipedestación con -2.94 DE, marcha con -2.96 DE, alimentación con -4.80 DE y habilidad manual con -3.84 DE) y el segundo mayor grado de retraso en otras 2 áreas (emocional/social con -2.57 DE y habilidad cognitiva con -2.82 DE); mientras que el bebé más pequeño de la muestra (1 mes 7 días) también presentó el menor grado de retraso de desarrollo del grupo en 4 de las 10 áreas analizadas (marcha con -0.21 DE, lenguaje receptivo con -0.76 DE, emocional/social

con -0.42 DE y alimentación con +0.45 DE) y el segundo menor grado de retraso en otras 2 áreas (gateo con -0.18 DE y bipedestación con -0.95).

Sin embargo, esta afirmación no tiene significancia estadística por tratarse sólo de casos aislados, pero sí confirma distintos niveles de retraso en otros pequeños que quizá por factores personales (mayor número de indicadores de riesgo, estado físico, o habilidades individuales a nivel cognitivo, motriz o comunicativo) y/o ambientales de diversa índole (algunos de ellos eran preferidos por las cuidadoras por lo que quizá algunas habilidades socio/emocionales o de lenguaje expresivo y receptivo eran favorecidas más que en otros bebés) el grado de desarrollo en diversas áreas pudo verse afectado en distinta medida independientemente de su edad (ver Tablas A y B).

Por otro lado, diversos estudios longitudinales realizados con menores adoptados de varios países (Ames, 1992; Morrison, Ames, y Chisholm, 1995; Ames et al., 1997; Rutter, y the ERA study team, 1998; O'Connor et al., 2000; Albers, Johnson, Hostetter, Iverson, y Miller, 1997) han permitido observar el grado de recuperación en el corto, mediano o largo plazo de estos niños, coincidiendo todos ellos en que si bien la institucionalización provoca retrasos significativos en todos los niveles, una intervención adecuada permite, en la mayoría de los casos, una recuperación favorable, especialmente cuando la adopción se dió en los primeros 6 meses de edad.

Los avances logrados por todos los bebés participantes en este proyecto, en el corto lapso de tiempo en que se registraron (3 meses), confirma lo anterior y habla del enorme potencial que tiene sobre estos pequeños una intervención temprana (ver tablas 1 a 10). La resiliencia mostrada por todos y cada uno de ellos, para sobreponerse a sus dificultades iniciales y echar mano de las oportunidades que les fueron brindadas, habla del potencial de recuperación de todo ser humano. Los avances observados confirman el impacto positivo del desempeño ocupacional, como se ha venido defendiendo a lo largo de este trabajo, en el desarrollo infantil.

El enfoque de naturaleza ocupacional utilizado en la elaboración e implementación de este proyecto, en el cual, la ocupación es un medio y un fin terapéutico para lograr un desarrollo integral implícito en un concepto amplio de salud como el planteado por la OMS (1948) y que ha sido la base de este trabajo, ha permitido obtener los resultados presentados, lo cual comprueba los supuestos teóricos que sobre la ocupación y la salud se han venido planteando desde los inicios de la disciplina de la Terapia Ocupacional por autores como Meyer (1922) quien enfatizó el quehacer diario de las personas

como fuente de salud; Reilly (1962) quien habló de la capacidad humana de influir en su salud a través de la ocupación; Yerxa (1998) para quien la salud implicaba la posesión de habilidades para lograr los objetivos personales en ambientes específicos; o Wilcock (1998) para quien el aprendizaje y el desarrollo dependían del poder hacer.

El **juego** y el **sueño**, que además de ser planteados desde los orígenes de la terapia ocupacional como componentes fundamentales de la ocupación (Meyer 1922, Reilly 1974), y ser considerados derechos fundamentales de la infancia que deben ser “respetados como factores primordiales de su desarrollo y crecimiento” (Artículo 33 del capítulo 11º de la Ley para la Protección de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, 2000), fueron los dos componentes centrales de esta intervención y fue alrededor de estos que se implementaron las acciones propuestas en este trabajo, lo que hizo posible lograr en gran medida los avances de desarrollo obtenidos.

Este proyecto buscó y logró atemperar la situación de vulnerabilidad en la que viven estos pequeños al implementar cambios permanentes en el ambiente **físico** (habilitando un área de juego y específica para los bebés que contase con equipos y materiales suficientes y adecuados para motivar su interacción con el medio, así como la adquisición de mobiliario adecuado para la alimentación de los bebés que les permitió acceder a una forma diferente de interactuar con el cuidador y con la comida durante esta ocupación); **social** (al capacitar al personal encargado del cuidado de los bebés en temas relevantes de ocupación, salud y desarrollo, lo que le brindó la posibilidad de observar la salud desde una perspectiva más integral en la cual el desarrollo se considera una parte inseparable de esta); **institucional** (al modificar las rutinas existentes para incluir tiempos específicos de juego y sueño, que les permitiesen a estos bebés participar activamente en estas ocupaciones básicas); y **cultural** (impactando de forma indirecta en la calidad de la interacción cuidador-bebé a pesar de la resistencia inicial del personal del centro a modificar su estilo de relación con los pequeños).

Lo anterior, permitió llevar a cabo cambios importantes en la forma en que estos bebés abordaban sus **ocupaciones de auto cuidado**, al participar más activamente durante las actividades de alimentación y limpieza; de **juego**, dedicando tiempos específicos a esta actividad y contando con la posibilidad de incurrir en conductas de juego tanto de forma independiente como a través de la interacción con los adultos y de jugar con materiales diversos a lo largo del día; de **recreación**, al participar en eventos sociales organizados en otras áreas del centro, al tener la posibilidad de escuchar música o de salir a tomar el sol y el aire fresco; y de **descanso/sueño**, lo que contribuyó favorablemente en el

establecimiento de hábitos de sueño y vigilia más acordes a la edad de cada bebé y a la reducción del nivel de estrés que se sentía en el área del cunero al inicio de la intervención, en la que, entre otras cosas, se escuchaba el llanto constante de los bebés cuya vida diaria transcurría dentro de sus cunas.

Al igual que la interacción con el medio contribuye al desarrollo, el juego infantil, no solo es la ocupación por excelencia de la infancia (Reilly, 1974) sino un promotor sin igual de desarrollo, es el fin y el medio de acceso al conocimiento, al dominio de habilidades motrices gruesas y finas, al desarrollo de habilidades sociales, a la exploración de la comunicación y al desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo.

El análisis de los resultados obtenidos antes y después de la intervención, muestra claramente la importancia de la participación ocupacional en el desarrollo integral infantil. Así como los retrasos de desarrollo documentados a lo largo de años de investigaciones en diversos países con niños institucionalizados fueron confirmados en la población estudiada, también fueron confirmadas las bondades de una intervención temprana. Todos los pequeños que participaron en esta intervención, superaron lagunas de desarrollo fundamentales, estrechando la relación entre su nivel de desarrollo y su edad cronológica de forma significativa.

Más aún, la mayoría de los indicadores de riesgo presentes en varios bebés al iniciar la intervención desaparecieron (a pesar de la brevedad de la intervención). Solo tres bebés continuaron presentando algún indicador de riesgo al terminar el programa, sin embargo, ahora el personal encargado de estos pequeños estaba consciente de que estas conductas requerían atención.

<b>BEBÉ</b>	<b>EDAD/RANGO</b>	<b>INDICADORES DE RIESGO PRESENTES DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN</b>
2	5 m 21 d	- No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo carga.
3	6 m 6 d	- Hiper-extiende la espalda y el cuello se arquea - Dificultad para rodarse - Dificultad para alcanzar estando boca abajo
6	10 m 12 d	- Come un solo tipo de Alimentos

Lo anterior, confirma la relevancia del planteamiento base del presente trabajo de crear un programa de fácil seguimiento que permitiera la continuidad del mismo a fin de que, en la medida de lo posible, se eliminaran los indicadores de riesgo restantes, se evitara la aparición de otros nuevos, o, en su defecto, se dedicara la atención necesaria a los mismos.

## **XVIII. CONCLUSIONES**

Aunque en México, la ley aparentemente protege a los niños y en el discurso político cotidiano se manifiesta que el interés superior del niño y su bienestar es lo más importante, existen varios factores preocupantes en relación con este tema:

- La falta de información estadística fidedigna en relación a la población infantil menor de tres años y específicamente sobre cuántos de estos niños se encuentran institucionalizados.
- Que tanto el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2012 como el Programa Nacional de Salud 2006-2012 siguen enfocados en una concepción de salud basada en la ausencia de enfermedad y en la disminución de la mortalidad infantil por enfermedades prevenibles, haciendo poco énfasis en la prevención de la discapacidad y los retrasos de desarrollo provocados por factores como la institucionalización prolongada de menores, cuyas consecuencias en su bienestar total son definitivas.
- Que los esfuerzos del estado y la sociedad civil solo se han enfocado en el desarrollo de una cultura de adopción (buscando aminorar las limitantes legales que dificultan estos trámites), que si bien es importante, no han pugnado por el desarrollo de planes de intervención temprana que faciliten el desarrollo integral de los menores durante la estancia en estas instituciones, en las cuales, a pesar de los esfuerzos realizados hasta ahora, continúan permaneciendo por períodos prolongados de tiempo.

En instituciones de cuidado de menores desamparados como esta, las salas de lactantes (bebés entre 0 a 24 meses) enfocan todos sus recursos económicos y humanos a la prevención de enfermedades, dejando de lado la prevención de la discapacidad o los retrasos de desarrollo al limitar la participación de estos pequeños en ocupaciones de juego y auto cuidado.

La intención de esta intervención, fue la de proveer a estos pequeños de oportunidades de participación ocupacional a través de modificaciones ambientales (físicas, sociales, institucionales y culturales), a fin de establecer tiempos específicos para llevar a cabo rutinas ocupacionales significativas de auto cuidado, productividad/juego, descanso/sueño y recreación en las que pudiesen participar activamente y convertirse en promotores de su propio desarrollo.

Las estrategias y acciones elegidas para el desarrollo de este trabajo permitieron:

- La detección temprana de indicadores personales de riesgo de desarrollo.
- La identificación de factores ambientales (físicos, sociales, institucionales y culturales) que obstaculizaban la participación de los bebés en ocupaciones significativas.
- La elaboración e implementación de propuestas de intervención que promovieron el equilibrio entre los componentes del desempeño ocupacional (POA), redundando en un desempeño ocupacional que favoreció el desarrollo integral de estos pequeños.
- La promoción y desarrollo de todas las áreas por igual, lo que brinda mayor validez a esta intervención.

Además, permitieron al terapeuta ocupacional trabajar en dos roles poco incursionados:

- El rol de Asesor de una organización, brindándole las herramientas necesarias para reducir los problemas de desempeño ocupacional que existían entre sus beneficiarios, y
- El rol de Educador, al orientar al cuidador primario y brindarle las herramientas necesarias para que se convirtiera en un promotor eficiente de la ocupación y fuera capaz de visualizar la salud como un estado integral de bienestar y no solo como una ausencia de enfermedad.

A través de las acciones propuestas en este proyecto, se buscó re-establecer el equilibrio ocupacional perdido, haciendo posible el que las cuidadoras facilitaran la participación activa de los bebés en sus ocupaciones básicas de auto cuidado, productividad/juego, descanso/sueño y recreación con lo que se favoreció su desarrollo integral. Los avances de desarrollo reportados, como consecuencia de la participación ocupacional de estos pequeños favorecida a través de este proyecto de intervención, hablan del buen pronóstico que tienen programas como éste en la prevención de la discapacidad y los retrasos de desarrollo.

La primera infancia representa un período crucial en el desarrollo de todo ser humano. El desarrollo en los primeros meses/años de vida es determinante en el desarrollo posterior (Nelson, et. al 2007). De

los grandes logros de la infancia a nivel motor, cognitivo, emocional y social dependerán, en gran medida, los logros de la vida adulta.

Diferentes países han llevado a cabo esfuerzos por remediar la situación de estos pequeños con gran éxito como es el caso de la sustitución de las instituciones por el uso de hogares de cuidado familiares. En ellos los niños se integran a la vida familiar y al desempeño de roles acordes a su edad y necesidades. Es urgente el desarrollo de planes de intervención en nuestro país que contemplen la participación activa de estos menores en ocupaciones propias de su edad.

En la medida en que tanto el gobierno como la sociedad civil se involucre y participe del cuidado de este sector de la población, cuyo grado de vulnerabilidad es desconocido para muchos, se podrá trabajar, cada vez de mejor manera, en programas preventivos que posibiliten un desarrollo más armónico de todo su potencial, evitando el costo que tiene a la larga la rehabilitación y favoreciendo una mejor adaptación de estos menores a la vida adulta.

## **XIX. REFERENCIAS**

Ainsworth MDS, Bell SM (1974). Mother–infant interaction and the development of competence. En Connolly KJ, Bruner JS (eds.). *The Growth of Competence* (pp. 97-118). New York, NY: Academic Press.

Albers LH, Johnson DE, Hostetter MK, Iverson S, Miller LC (1997). Health of children adopted from the former Soviet Union and Eastern Europe. Comparison with pre-adoptive medical records. *The Journal of the American Medical Association* 278(11): 922-924.

Ames EW, Carter MC, Chisholm K, Fisher L, Gilman LC, Mainemer H, McMullan SJ, Savoie LA (1992). The development of Romanian orphanage children adopted to Canada. *Canadian Psychology* 33(2): 503. Symposium Presented at the annual convention of the Canadian Psychological Association.  
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:The+development+of+Romanian+orphanage+children+adopted+to+Canada#0> Consulta hecha en internet el 20 de enero de 2012.

Ames E, Chilsholm K, Fisher L, Morison SJ, Thompson S, Maimermer H (1997). *The development of Romanian orphanage children adopted to Canada*. Burnaby, BC, Canada: Simon Fraser University.

Beckett C, Maughan B, Rutter M, Castle J, Colvert E, Groothues C, Kreppner J, Stevens S, O'Connor T, Sonuga-Barke E (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian Adoptees (ERA) study team. *Child Development* 77(3): 696-711. The Society for Research in Child Development, Inc.

Bolaños MC (2003). Estudios de validación del perfil de conductas de desarrollo (PCD) como instrumento para evaluar el nivel de desarrollo de los niños de 0-4 años. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 60(1): 79-89.

Bolaños, C (2005). *Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado*. México: Instituto de Terapia Ocupacional.

Bolaños C, Golombek L, De La Riva M, Sánchez C, Gutierrez O, Elorza H (2006). Validez de correlación del perfil de conductas de desarrollo con la escala de desarrollo infantil Bayley II. Acta Pediátrica de México 27(4): 190-199.

Bowlby J (1969). Attachment and Loss. <http://es.scribd.com/doc/46786672/Bowlby-1969-Attachment-and-Loss-Volume-1-Attachment>. Consulta hecha en internet el 7 de enero de 2012.

Bowlby J (1986). Vínculos afectivos. Madrid, España: Ed. Morara.

Bowlby J (1988). A secure base: Parent-child attachment and health. New York, NY.

Bronfenbrenner U (1979). The ecology of human development. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Canadian Association of Occupational Therapist (CAOT) (1991). Occupational Therapy Guidance for Client Centered Practice. Toronto, ON, Canada: CAOT Publications.

Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) (1997). Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. Ottawa, ON, Canada: CAOT Publications.

Carta de Ottawa (1986).

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>. Consulta hecha en internet el 30 de marzo de 2012.

Case-Smith J (2005). Occupational Therapy for Children (5<sup>th</sup> ed.). Ed. Evolve.

Centro de Estudios de Adopción, A.C. (2010).

[http://www.cdea.org.mx/boletines/boletin\\_11\\_12\\_2010.pdf](http://www.cdea.org.mx/boletines/boletin_11_12_2010.pdf). Consulta hecha en internet el 2 de Agosto de 2011.

Cermak SA, Daunhauer LA (1997). Sensory processing in the post institutionalized child. The American Journal of Occupational Therapy 51: 500–507.

Cermak SA, Groza V (1998). Sensory processing problems in post-institutionalized children: Implications for social work. *Child and Adolescent Social Work Journal* 15: 5–37.

Cermak SA (2001). The effects of Deprivation on Processing, Play, and Praxis. En Roley S, Blanche E, Schaaf R (eds.). *Understanding the Nature of Sensory Integration with Diverse Populations* (pp. 385-408). USA: Therapy Skill Builders.

Cermak SA (2009). Deprivation and sensory processing in institutionalized and post-institutionalized children: Part I. *Sensory Integration Special Interest Section Quarterly* 32: 1-4.

Chisholm K (1998). A Three-year Follow-up of Attachment and Indiscriminate Friendliness in Children Adopted from Romanian Orphanages. *Child Development* 69(4): 1092-1106.

Clark F, Lawlor MC (2009). En Crepeau EB, Cohn ES, Schell BA (2011). *Willard & Spackman, Terapia Ocupacional* (11ª Ed.). Construcción e importancia de la ciencia ocupacional (pp.2-14). Madrid, España: Panamericana.

Cohen J (2009). Securing a bright future. Infants and toddlers in foster care. Zero to Three Policy Center. <http://main.zerotothree.org/site/DocServer/FosterCareSingMar5.pdf?docID=7887>.

Consulta hecha en internet el 2 de Agosto de 2011.

Convención sobre los derechos de los niños. <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>. Consulta hecha en internet el 2 de Agosto de 2011.

Crepeau EB, Cohn ES, Schell BA (2005), *Willard & Spackman, Terapia Ocupacional* (10ª Ed.). Madrid, España: Panamericana.

Crepeau EB, Cohn ES, Schell BA (2011). *Willard & Spackman, Terapia Ocupacional* (11ª Ed.). Madrid, España: Panamericana.

Daunhauer LA, Bolton A, Cermak SA (2005). Time-use patterns of young children institutionalized in Eastern Europe. *OTJR: Occupation, Participation & Health* 25(1): 33-40.

Daunhauer LA, Coster WJ, Tickle-Degnen L, Cermak SA (2007). Effects of caregiver-child interactions on play occupations among young children institutionalized in Eastern Europe. *The American Journal of Occupational Therapy* 61: 429-440.

Daunhauer LA, Coster W J, Tickle-Degnen L, Cermak SA (2010). Play and cognition among young children reared in an institution. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 30(2): 83-97.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF (2009). Study on poverty and disparities in childhood: The case of Mexico. Section three: the pillars of childhood wellbeing. Country Report Mexico. [http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Mexico\\_ChildPovertyandDisparitiesReport.pdf](http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Mexico_ChildPovertyandDisparitiesReport.pdf). Consulta hecha en internet el 2 de Agosto 2011.

Gesell A (1928). *Infancy and the human growth*. New York, NY: MacMillan.

Gesell A (1940). *The first five years of life: A guide to the study of the preschool child*. New York, NY: Harper.

Groark CJ, McCall R (2011). Implementing changes in institutions to improve young children's development. *Infant Mental Health Journal* 32(5): 509–525.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información - INEGI (2010). *Tabuladores básicos del conteo de población y vivienda 2010*. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>. Consulta hecha en internet el 30 de Marzo de 2012.

Johnson DE, Miller LC, Iverson S, Thomas W, Franchino B, Dole K, Kiernan MT, Georgieff MK, Hostetter MK (1992). The health of children adopted from Romania. *Journal of the American Medical Association-JAMA* 268(24): 3446-3451.

Johnson DE (2002). Adoption and the effect on children's development. *Early Human Development* 68: 39-54.

Johnson DE, Guthrie D, Smyke AT, Koga SF, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA 3<sup>rd</sup> (2010). Growth and associations between auxology, caregiving environment, and cognition in socially deprived Romanian children randomized to foster vs. ongoing institutional care. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine* 164(6): 507-516.

Kielhofner G (1985). *A model of human occupation: Theory and application*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Knox S (2005). *Play*. Case-Smith J. *Occupational Therapy for Children* (5<sup>th</sup> ed.). Ed. Evolve.

Kramer (2010). *Frames of reference for pediatric occupational therapy* (3<sup>rd</sup> ed.). Lippincott, Williams & Wilkins.

Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lpdnna.htm>. Consulta hecha en internet el 30 de marzo de 2012.

Lin SH (2003). Length of institutionalization and emotional and behavior regulation in internationally adopted children. Unpublished manuscript, Boston University, MA.

Lin SH, Cermak SA, Coster WJ, Miller LC (2005). The relation between length of institutionalization and sensory integration in children adopted from Eastern Europe. *The American Journal of Occupational Therapy* 59: 139-147.

Loman MM, Wiik KL, Frenn KA, Pollak SD, Grunnar MR (2009). Postinstitutionalized children's development: growth, cognitive, and language outcomes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 30(5): 426-434.

McLaughlin KA, Zeanah CH, Fox NA, Nelson CA (2012). Attachment security as a mechanism linking foster care placement to improved mental health outcomes in previously institutionalized children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(1): 46-55.

Meyer A (1922). The philosophy of occupational therapy. *Archives of Occupational Therapy* 1: 1-10.

Meyer A (1977). The philosophy of occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy* 31(10): 639-642.

Milenio online (2009). Tendencias. <http://impreso.milenio.com/node/8676429>. Consulta hecha en internet el 2 de Agosto de 2011.

Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M (1995). Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Archives of Pediatrics and Adolescents Medicine* 149(1): 40-44.

Miller LC, Hendrie NW (2000). Health of children adopted from China. *Pediatrics* 105(6): E76.

Miller LC, Chan W, Litvinova A, Rubin A, Tirella L, Cermak SA (2007). Medical diagnoses and growth of children residing in Russian orphanages. *Acta Paediatrica*, (Oslo, Noruega: 1992) 96(12): 1765-1769.

Miller LC, Chan W, Comfort K, Tirella L (2005). Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and foster care. *Pediatrics* 115(6): 710-717.

Miller LC, Tseng B, Tirella LG, Chan W, Feig E (2008). Health of children adopted from Ethiopia. *Maternal and Child Health Journal* 12(5): 599-605.

Morales Montes de Oca C (2011). *La Adopción*. Colegio de Notarios del D.F., Temas Jurídicos en Breviarios, Introducción (1ª ed.). Porrúa.

Morison SJ, Ames EW, Chisholm K (1995). The development of children adopted from Romanian orphanages. *Journal of Developmental Psychology* 41(4): 411-430.

Nelson CA 3<sup>rd</sup>, Zeanah CH, Fox NA, Marshall PJ, Smyke AT, Guthrie D (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children: The Bucharest early intervention project. *Science* 318: 1937-1940.

O'Connor TG, Rutter M, Beckett C, Keaveney L, Kreppner JM, the English and Romanian Adoptees (ERA) study team (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: Extension and longitudinal follow-up. *Child Development* 71: 376–390.

O'Connor TG, Rutter M, the English and Romanian Adoptees (ERA) study team (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39: 703–712.

Ornelas P (2009). Centro de Estudios de Adopción A.C. (CdEA), Adopción en México, una realidad que cambia. *Revista Adopción y Familia*.

<http://revistaadopcionyfamilia.blogspot.com/2009/12/adopcion-en-mexico-una-realidad-que.html>.

Consulta hecha en internet el 2 de Agosto de 2011.

Papalia D, Wendkos Olds, S (2000). *Psicología del desarrollo* (7ª ed). Mc graw hill 2000.

Papalia D, Wendkos S, Duskin R (2001). *Desarrollo Humano*. Mc Graw Hill.

Parham D, Fazio L (2008). *Play and occupational therapy*. En Parham D, Fazio L (2008). *Play in occupational therapy for children* (2<sup>nd</sup> ed.). Mosby. USA.

Piaget J (1952). *The origins of intelligence in children*. New York, NY: International Universities Press.

Piaget J (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York, NY: W. W. Norton.

Pierce D (2000). Maternal management of the home as an infant-toddler developmental space. *American Journal of Occupational Therapy* 54: 290-299.

Pierce D, Munier V, Teeters Myers Ch (2009). Informing early intervention through an occupational science description of infant-toddler interactions with home space. *American Journal of Occupational Therapy* 63(3): 273-287.

Pierce D (2009). Co-occupation: The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science* 16(3): 203-207.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/grupos-vulnerables.html>. Consulta hecha en internet el 2 de Agosto de 2011.

Polatajko HJ (2004). The study of occupation. En Christiansen C, Townsend E. An introduction to occupation: The art and science of living, Chapter 2, pp. 29-45, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Polatajko HJ (2007). Occupation, what´s in a word, anyway?. OTJR: Occupation, Participation & Health 27: 82-83.

Pollak SD, Nelson CA, Schlaak MF, Roeber BJ, Wewerka SS, Wilk KL, Frenn KA, Loman, MM, Gunnar MR (2010). Neurodevelopmental effects of early deprivation in post-institutionalized children. Child Development 81(1): 221-236.

Programa Nacional de Salud 2007-2010.

[http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf).

Consulta hecha en internet el 2 de agosto de 2011.

Provence S, Lipton RC (1962). Infants in institutions. Oxford, England: International University Press XV: 191.

Reilly M (1962). The 1961 Eleanor Clarke Slagle Lecture: Occupational therapy can be one of the great ideas of the 20<sup>th</sup> century. American Journal of Occupational Therapy 16(1): 1-9.

Reilly M (1974). Play as exploratory learning. Beverly Hills, CA: Sage.

Rutter M, the English and Romanian Adoptees ERA study team (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. Journal of Child Psychology & Psychiatry 39: 465-476.

Shonkoff J, Phillips DA (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. National Research Council and Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.

Sistema Integral de la Familia – DIF.

<http://www.dif.gob.mx/Estadisticas/media/Info2010/Maltrato/CONCENTRADO%202010.pdf>. Consulta

hecha en internet el 2 de Agosto de 2011.

Spitz RA (1945). Hospitalism - An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 1: 53-74.

Smyke AT, Zeanah CH Jr, Fox NA, Nelson CA 3<sup>rd</sup> (2009). A new model of foster care for young children: The Bucharest early intervention project. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18(3): 721-734.

Tirella LG, Chan W, Cermak SA, Litvinova A, Salas KC, Miller L (2008). Time use in Russian baby homes. *Child Care, Health and Development* 34(1): 77-86.

Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F (2007). Plasticity of growth in height, weight, and head circumference: meta-analytic evidence of massive catch-up after international adoption. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 28(4): 334-43.

Van den Dries L, Juffer F, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ (2010). Infants' physical and cognitive development after international adoption from foster care or institutions in China. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 31(2): 144-150.

Velázquez Ventura DL (2006). La intervención del trabajador social en la propuesta de un programa de desarrollo integral para niños y adolescentes de la Casa Hogar el Mexicanito, A.C. <http://bc.unam.mx/index-alterno.html> Consulta hecha en internet en Marzo 28, 2012.

Vygotsky LS (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Grijalbo.

Wallon H (1987). *Psicología y educación del niño. Una comprensión dialéctica del desarrollo y la Educación infantil*. Madrid, España: Visor-Mec.

Wachs TD (1979). Proximal experience and early cognitive-intellectual development: The physical environment. *Merrill-Palmer Quarterly* 25: 3-41.

Wilcock A (1998). *An Occupational Perspective of Health*. Health: Occupational risk factors. Chapter 6, III (pp. 145). Thorofare, NJ: Slack.

Wilcock A (2003). Occupational science: The study of humans as occupational beings. En Kramer P, Hinojosa J, Royeen CB (eds.). Perspectives in Human Occupation: Participation in Life (pp. 156-180). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.

Yerxa EJ (1998). Health and the human spirit for occupation. British Journal of Occupational Therapy 52(6): 412-418.

Zeanah CH, Koga SF, Simion B, Stanescu A, Tabacaru CL, Fox NA, Nelson CA, and the Bucharest Early Intervention Project Core Group (2006). Ethical considerations in international research collaboration: The Bucharest early intervention project. Infant Mental Health Journal 27: 559-576.

Zeanah CH, Egger HL, Smyke AT, Nelson CA, Fox NA, Marshal PJ, Guthrie D (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. American Journal of Psychiatry 166(7): 777-785.

Zero to Three. <http://www.zerotothree.org/maltreatment/child-abuse-neglect/reports-highlight-impact-of.htm>. Consulta hecha en internet el 22 de Agosto de 2011.

**ANEXO I – Cronograma de Actividades.**

	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>ACCIONES</b>
<b>JULIO-DICIEMBRE</b>	<p>Discusión en torno a las necesidades y los objetivos del Centro así como en relación a los avances del proyecto.</p>	<p>Se llevarán a cabo 4 reuniones estratégicas a lo largo del proyecto con la dirección general y los directores de las áreas (médica, administrativa, psicológica, de nutrición y trabajo social) quienes conformarán el equipo multidisciplinario de trabajo que se encargará de dar seguimiento al proyecto.</p> <p>La reunión inicial servirá para conocer las necesidades y objetivos de la institución, y priorizar las actividades a realizarse.</p> <p>La segunda reunión se llevará a cabo para discutir los resultados de la evaluación inicial y discutir los pasos a seguir, la magnitud y alcance del proyecto.</p> <p>La tercera reunión servirá para dar a conocer el estatus de la implementación y realizar los ajustes necesarios al proyecto.</p> <p>En la última reunión se darán a conocer los resultados de la intervención.</p>
<b>JULIO-AGOSTO</b>	<p>Recopilación de información sobre los factores que favorecen o limitan la participación de los bebés en ocupaciones propias de su edad mediante observaciones de campo utilizando la guía de observación elaborada para este fin.</p>	<p>Se llevarán a cabo 5 visitas al albergue a fin de poder observar el desarrollo de las distintas actividades en los diferentes turnos que actualmente tiene el cunero.</p> <p>Se observará el ambiente físico (instalaciones, equipo, materiales, mobiliario, juguetes...), social (características del cuidado que es brindado a los bebés), institucional (roles, rutinas, turnos, personal a cargo del área, instancias involucradas, requerimientos administrativos) y cultural (estilos de trabajo, tradiciones, rituales), en donde estos pequeños viven y se desarrollan.</p> <p>Además se observarán las características de las ocupaciones de auto cuidado, productividad/juego, descanso/sueño y recreación.</p>
	<p>Recopilación de información a través de entrevistas grupales con el personal encargado del cuidado de estos pequeños a fin de conocer mejor los factores que favorecen o</p>	<p>Se llevarán a cabo 3 reuniones, con el personal de los diferentes los turnos del área de lactantes utilizando una guía de entrevista semi-estructurada a fin de platicar sobre las instalaciones, los servicios ofrecidos, la organización de roles y rutinas, la participación de los bebés en las ocupaciones de auto cuidado, productividad/juego, descanso/sueño y</p>

	limitan la participación de los bebés en sus ocupaciones.	recreación, los estilos de trabajo, la capacitación con la que cuenta el personal y asuntos relacionados con la calidad y la cantidad de tiempo que dedican a cada uno de los bebés.
AGOSTO-SEPTIEMBRE	Evaluación de cada uno de los niños.	<p>Se aplicarán los Indicadores de Riesgo del PCD-R (Bolaños, 2005, 2010) a todos los bebés del área de lactantes (0 a 24 meses) y a todos los que presenten conductas de riesgo de desarrollo se les aplicará también el Perfil de Conductas del Desarrollo Revisado – PCD-R (Bolaños, 2005) a fin de conocer el nivel actual de desarrollo de cada uno de ellos y poder elaborar programas de cuidados de desarrollo acordes a las necesidades de cada uno de ellos.</p> <p>Se capacitará en la aplicación del PCD-R a personal del área de psicología a cargo de las evaluaciones de los bebés a fin de que puedan darle continuidad al programa.</p>
	Análisis de la información e integración de un diagnóstico inicial.	Se integrará un cuadro diagnóstico sobre la situación que guardan los componentes Persona-Ocupación-Ambiente (POA) y un reporte de desarrollo individual para cada pequeño.
	Elaboración y presentación de una lista de sugerencias de modificaciones y acciones prioritarias.	Se elaborará un listado de sugerencias de acciones prioritarias requeridas para la implementación del programa.
	Elaboración de programas de cuidados de desarrollo para cada uno de los bebés.	<p>Se elaborarán posters con los programas individuales de cuidados de desarrollo de acuerdo a los rangos de edad del PCD-R</p> <p>Se elaborará un programa adicional de metas específicas Octubre-Diciembre para los niños que presenten algún indicador de riesgo y/o mayores retrasos de desarrollo.</p> <p>Se elaborará un poster con las habilidades de alimentación esperadas en cada nivel de desarrollo, tomando en cuenta tanto habilidades específicas del PCD-R como de otras fuentes de información.</p> <p>Los programas se colocarán sobre cada cuna a fin de que todo el personal interesado en conocer el avance de desarrollo de cada bebé tenga acceso visual rápido a esta información.</p>

<b>SEPTIEMBRE-OCTUBRE</b>	Organización y ejecución del “1er Programa de Capacitación sobre Ocupación, Salud y Desarrollo en la Primera Infancia.”	<p>Se llevarán a cabo 5 sesiones de orientación a cuidadores de dos horas cada una incluyendo temas sobre ocupación, salud y desarrollo.</p> <p>En todas se hará énfasis en la importancia del sueño y de la participación de los bebés en las ocupaciones de la vida diaria de limpieza y alimentación.</p> <p>Se enfatizará sobre el juego como la ocupación principal del niño y su influencia en el desarrollo.</p> <p>Se entregarán diplomas de participación a cada uno de los asistentes al curso de capacitación.</p>
<b>OCTUBRE-DICIEMBRE</b>	Implementación del plan de intervención.	<p>Se llevarán a cabo las modificaciones ambientales y sugerencias aprobadas propuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquisición y habilitación de los equipos y materiales necesarios para adecuar el área de juego.</li> <li>• Adquisición de equipo para el área de alimentación y elaboración de un poster con habilidades de alimentación por rango de edad.</li> <li>• Modificación de las rutinas para incluir tiempo específico para el juego y el sueño.</li> <li>• Coordinación con el área de psicología para llevar a cabo actividades de estimulación y juego con cada uno de los bebés todos los días.</li> </ul>
<b>DICIEMBRE</b>	Re-evaluación de los bebés.	<p>A fin medir el impacto de la implementación del presente programa en su desarrollo integral de los bebés, se aplicará nuevamente el Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R completo a todos los bebés que hayan presentado indicadores de riesgo al iniciar la intervención.</p> <p>Para evitar sesgo en los resultados, el personal capacitado en la aplicación del PCD-R realizará junto con el investigador la evaluación de la mitad de los niños que serán reevaluados al terminar el programa de intervención.</p>
	Elaboración del informe final.	Los resultados obtenidos se utilizarán para redactar un informe de tesis de maestría para obtener el título de Maestra en Terapia Ocupacional.

## ANEXO II – Guía de Observación.

**Objeto de Estudio:**

**Lugar:**

**Fecha de Observación:**

**Hora de Inicio y Terminación:**

**Fecha y Hora de Registro:**

### 1) Elementos del Ambiente

#### Físico, Social, Cultural, Institucional:

- a. Tipo de construcción, accesos, etc.
- b. Instalaciones de servicios (cocina, lavandería, médico, otras)
- c. Áreas de convivencia (sala de TV, salón de juegos, jardines, comedores, otras)
- d. Habitaciones (individuales, compartidas, características, etc.)
- e. Mobiliario (cunas, sillas para comer, tinas o regaderas, etc.)
- f. Elementos sensoriales (iluminación, ventilación, ruido, movimiento, etc.)
- g. Número de residentes (edades, características especiales, sexo, etc.)
- h. Total de personas a cargo de los infantes
- i. Tipo de personal que labora
- j. Relación entre los infantes y los cuidadores primarios
- k. Relación entre el personal a cargo de los infantes y otras áreas

### 2) Propósito de la Ocupación:

#### Auto Cuidado, Productividad/Juego, Descanso/Sueño y Recreación

- a. Participación en las rutinas de baño, alimentación, vestido
- b. Tipos de Juego y juguetes
- c. Manejo de periodos de vigilia y sueño

### 3) Componentes de Desempeño Personales:

#### • Físicos, Cognitivos, Afectivos, Espirituales

- a. Movilidad Funcional
- b. Interacción con sus pares y cuidadores
- c. Comunicación verbal y no verbal
- d. Estado emocional/social
- e. Nivel de actividad
- f. Estado de alerta

### ANEXO III – Guión de Entrevista Semi-estructurada.

**TEMA:** Percepción de los cuidadores primarios en relación con los factores que limitan el desempeño ocupacional de los bebés (POA) y el impacto de estos factores en su desarrollo integral.

**OBJETIVO:** Conocer la percepción de los cuidadores primarios en relación con el desempeño ocupacional de los infantes de 0 a 24 meses que viven en el Centro de Estancia Transitoria de la PGJDF y su impacto en el desarrollo integral.

#### I. En relación con las instalaciones:

- a. ¿Cómo considera usted las instalaciones en donde viven y se desarrollan los bebés?
- b. ¿Considera usted que las áreas de alimentación, auto cuidado, productividad/juego, descanso/sueño y recreación son adecuadas y suficientes? ¿Por qué?
- c. ¿Considera usted que cuentan con el equipo, mobiliario y material necesario y que este es adecuado y suficiente? ¿Por qué?
- d. ¿Si pudiera sugerir cambios o modificaciones que pediría y por donde empezaría? Enliste las mejoras que usted haría en orden de importancia.
- e. ¿Qué cree que sea necesario para que estos cambios se puedan dar?
- f. ¿Cómo contribuye usted para sacar el mayor provecho de la situación actual?
- g. ¿Considera que cuenta con la información suficiente en temas de salud, ocupación y desarrollo de acuerdo a la edad de estos bebés?

#### II. En relación con los servicios ofrecidos:

- a. ¿Cuáles en su opinión son los servicios que se brindan a estos bebés para optimizar su desempeño ocupacional, favorecer su desarrollo integral y contribuir a una mejor calidad de vida?
- b. ¿Cuáles de ellos son proporcionados por la institución y en qué medida? Describa la calidad de cada uno de ellos.
- c. ¿Cómo definiría un día normal en la vida de estos bebés (rutina, horarios, actividades de aliño, alimentación, sueño, juego)?
- d. ¿Si pudiera sugerir otros servicios o mejoras a los servicios actuales cuáles serían? Enliste sus sugerencias por orden de relevancia.
- e. ¿En su opinión, estos servicios son adecuados o suficientes? Si – No ¿por qué?

#### III. En relación con la calidad y cantidad de tiempo dedicado a cada bebé:

- a. ¿Piensa usted que el número de bebés que cada cuidador primario tiene a su cargo es adecuado a fin de poderles brindar la cantidad y calidad de atención que requiere cada uno de ellos?
- b. ¿En su opinión cuál es el número máximo de bebés que debería tener a cargo cada cuidador primario?
- c. ¿Cómo considera los lazos afectivos que establecen con los infantes a su cargo?
- d. ¿Considera usted que el hecho de saber que estos bebés serán dados en adopción limita su involucramiento afectivo con ellos? Describa como considera la relación de apego que se establece entre usted y los bebés a su cargo.

- e. ¿El hecho de que estos bebés hayan sido abandonados por su familia de origen influye positiva o negativamente en el modo de relacionarse con ellos? Describa como influye.
- f. ¿Si pudiera sugerir cambios que contribuyan a un mejor desempeño ocupacional de estos infantes cuáles serían?

**IV. En relación con los diferentes profesionales que interactúan con los bebés.**

- a. ¿Tiene relación con los diferentes profesionales que intervienen en el cuidado de estos bebés (médicos, psicólogos, terapeutas, nutriólogos, etc.)?
- b. ¿Considera usted que sus opiniones y comentarios son tomados en cuenta por estos profesionales en la toma de decisiones que afectan a estos bebés en los diferentes ámbitos?
- c. ¿Son notificadas e informadas de posibles repercusiones que pudiera haber derivadas de la intervención de a algún especialista sobre los bebés a su cargo?
- d. ¿Considera usted que el cuidado de los bebés tiene un abordaje interdisciplinario que permite abordar temas, afectivos/sociales, físicos, emocionales, cognitivos (incluyendo comunicación/lenguaje) en conjunto?
- e. ¿Si usted detecta algún cambio en la conducta de los bebés a su cargo a quién lo reporta?
- f. ¿Considera usted que la atención es inmediata y adecuada?
- g. ¿Si usted pudiera sugerir cambios en relación con el manejo actual de los bebés por los distintos especialistas y su coordinación cuales serían?

**V. En relación con la capacitación y entrenamiento de los cuidadores primarios:**

- a. ¿Considera usted necesario que hubiese capacitación continua en diversos temas a fin de complementar sus habilidades y conocimientos actuales sobre el tema a fin de poder detectar tempranamente desequilibrios ocupacionales que pongan en riesgo el desarrollo de los bebés a su cargo?
- b. ¿Sobre qué temas le gustaría tener mayor información?
- c. ¿Si pudiera cambiar algo en relación con el ambiente institucional que incidiera positivamente en la realización de sus ocupaciones diarias a fin de que incidieran positivamente en el desempeño ocupacional de los bebés a su cargo que sugeriría? Describa estos cambios.

## ANEXO IV – Cuadro Diagnóstico Persona-Ocupación-Ambiente (POA).

### PERSONA

#### **Físico:**

- ✓ Entre los bebés más pequeños (3 a 4 meses) se observó rigidez de cuello y deformación craneal en distintos grados, posiblemente debido a que están todo el tiempo en sillitas de huevo y en muchas ocasiones envueltos como taquito.
- ✓ La mayoría de los bebés presentan características de talla y peso más o menos acordes a su edad.
- ✓ Los bebés lloran frecuentemente y parecen estar estresados.
- ✓ Muchos de ellos presentan rozaduras constantes.
- ✓ Se observa retraso motor general en todos los grupos de edad.
- ✓ Casi ningún bebé de 6 meses se rueda por sí mismo de boca arriba a boca abajo.
- ✓ Casi ningún bebé de 8 a 10 meses se sienta por sí mismo
- ✓ Ningún bebé menor de 12 meses gatea.
- ✓ Solo algunos bebés de 12 a 18 meses se para en su cuna.
- ✓ Ninguno camina antes de los 18 meses.
- ✓ Casi ningún bebé observa o juega con sus manos o sus pies.

#### **Cognitivo:**

- ✓ Ninguno conoce ni señala las partes básicas de su cuerpo (cabeza, ojos, boca, manos).
- ✓ Ninguno sabe decir adiós o hacer ojitos.
- ✓ Ninguno responde a su nombre.
- ✓ No se observa actitud de exploración y juego cuando se les ofrecen juguetes.
- ✓ Ningún bebé entre 0 y 6 meses vocaliza cotidianamente.
- ✓ Ningún bebé entre los 6 y los 12 meses balbucea o platica al interactuar con el adulto.
- ✓ Ningún bebé de 12 a 24 meses emite ninguna palabra.
- ✓ En términos generales no se observa intención comunicativa de parte de los bebés a través de gestos o vocalizaciones.

#### **Afectivo:**

- ✓ Sus caras son poco expresivas.
- ✓ Sólo se comunican a través del llanto.
- ✓ Es difícil conseguir que alguno sonría en respuesta al juego del adulto.
- ✓ La mayoría son capaces de establecer contacto visual pero pocos sostienen la mirada del adulto.
- ✓ No participan en las rimas y canciones del adulto.
- ✓ No se relacionan ni juegan entre ellos.
- ✓ La interacción con el adulto es poco personal y limitada a las actividades rutinarias.
- ✓ Aunque la mayoría son capaces de abrazar al adulto que los carga no se observan muestras de cariño.
- ✓ Ninguno sabe mandar besos o decir adiós con la mano.

**Espiritual:**

- ✓ Es difícil de hablar de espiritualidad en estos bebés pero sus miradas profundas reflejan de una fuerza interna que les ha ayudado a sobrevivir a sus historias personales y a estas condiciones de vida.

**OCUPACIÓN****Auto Cuidado (Baño, Vestido y Aliño):**

- ✓ Los bebés no participan activamente en estas actividades, siendo receptores pasivos de cuidados básicos.
- ✓ Estas actividades se llevan a cabo en serie, todos son desvestidos, revisados por el médico, bañados, y secados en el menor tiempo posible y pasando por distintas manos en el proceso.
- ✓ De igual modo se les seca, se les pone crema o pasta para rozaduras, se les viste y se les peina rápidamente y sin mayor interacción con ellos.

**Auto Cuidado (Alimentación):**

- ✓ Todos los bebés son alimentados sentados en las piernas de los cuidadores y con los brazos detenidos.
- ✓ No se les permite tocar la comida ni comer con las manos.
- ✓ No se les proporcionan utensilios (cucharas o tenedores) ni servilletas.
- ✓ Todos toman su leche en mamila y solo unos cuantos son capaces de sostenerla por ellos mismos, en cuyo caso se la toman solos en su cuna.
- ✓ Ninguno toma líquidos en vaso o taza.
- ✓ A pesar de que comentan que los bebés de 6 a 8 meses toman papillas licuadas, y los de 8 a 12 meses comen comida molida no se observa diferencia de texturas entre ellas.
- ✓ Se supone que los bebés entre 12 a 18 meses comen comida picada, pero toda la comida parece más bien molida.
- ✓ Algunos de los bebés entre 18 a 24 meses a los que se les ofrece comida en trozos, presentan dificultades de masticación y aceptación de la comida por lo que en muchas ocasiones los médicos y cuidadores optan por volver a las molidas para no batallar con ellos.

**Auto Cuidado (Movilidad):**

- ✓ Todos los bebés permanecen dentro de su cuna el 90 por ciento del tiempo.
- ✓ Todo el tiempo están acostados boca arriba mirando el techo, a menos que puedan voltearse por sí mismos, sin embargo, muy pocos toleran esta posición más de unos segundos por lo que normalmente no la asumen.
- ✓ Los bebés casi no se mueven, las cunas son muy pequeñas y aquellos que se aventuran a hacerlo se golpean con los barrotes de la cuna y dejan de moverse.

**Productividad (Juego):**

- ✓ No hay actividades de juego cotidianas y los cuidadores no juegan con los bebés en ningún momento.
- ✓ Tampoco hay tiempo fijo dentro de la rutina para juego libre.
- ✓ Los bebés solo salen de sus cunas para ser bañados, cambiados de pañal o alimentados pasivamente pero nunca para jugar.

- ✓ La exposición a juguetes o materiales de manipulación es muy limitada, en ocasiones se observa algún muñeco de peluche o algún juguete roto o sin pilas en las cunas de los bebés más grandes pero no se observan actitudes de exploración y juego.
- ✓ Algunas cunas tienen móviles sonoros pero no son accionados o no funcionan.

**Descanso (Sueño):**

- ✓ Todos los bebés se la pasan acostados, dormitando todo el día pero no tienen una rutina establecida de sueño y vigilia.
- ✓ Sin importar la hora del día o de la noche, los bebés son despertados a la hora establecida para llevar a cabo actividades de alimentación o limpieza.

**Recreación:**

- ✓ Los niños no participan de las actividades recreativas organizadas para otros niños en el Centro (películas, payasos, festejos).
- ✓ Hay una TV prendida la mayor parte del día en programas de noticias o películas de adultos.
- ✓ En ocasiones se oye música de adultos en un aparato de sonido.
- ✓ No se les leen cuentos.
- ✓ Los bebés permanecen todo el tiempo dentro de su habitación, aunque comentaron que a veces algún voluntario saca al patio a los bebés que comienzan a caminar (18 a 24 meses).

**AMBIENTE**

**Físico (Condiciones Generales):**

- ✓ El área de lactantes se encuentra ubicada en la planta alta de un edificio de dos niveles. La construcción es de concreto con pisos de loseta acrílica y muros de concreto.
- ✓ Tiene dos accesos pero solo uno es utilizado. Los techos son de plafón. Las paredes están pintadas de color crema y los techos son blancos.
- ✓ Hay ventanas pequeñas alrededor de toda la parte alta de las paredes de la habitación pero son pequeñas y la luz que entra no es suficiente por lo que se complementa con luz artificial.
- ✓ Las ventanas permanecen cerradas para evitar corrientes de aire por lo que la ventilación es limitada.
- ✓ Hay un área especial para aislar niños enfermos en otra habitación del otro lado del edificio con las mismas condiciones de iluminación y ventilación.
- ✓ Se observan cucarachas y hay muchos moscos. No cuentan con mecanismos para eliminarlos o proteger a los bebés de estos por lo que todos los niños tienen piquetes de mosco en mayor o menor cantidad.
- ✓ En esta área se encuentra el escritorio del médico de guardia, el botiquín de medicamentos, una mesa con el nebulizador, los gabinetes metálicos con los expedientes de los bebés, una computadora y varios gabinetes con ropa de cama, toallas y objetos varios entre los que se encuentran juguetes rotos o sin pilas.
- ✓ También hay un mueble de madera grande con una TV a la mitad del cuarto, un radio, bambinetos de tela envueltos en bolsas colgando de las paredes alrededor de las cunas, un horno de microondas en donde calientan la comida de los cuidadores que comen sobre el escritorio del médico de guardia. Se observa amontonado y con muchas cosas que quitan espacio y guardan polvo.

- ✓ El mobiliario no es muy adecuado: las cunas son pequeñas y con barrotes de metal sin protección para evitar golpes; las tarjas de bajo son de acero inoxidable sin una cubierta para aislar al bebé del frío; y no hay muebles para ordenar la ropa de los bebés.
- ✓ Es un área de aproximadamente 90 metros dividida en 2 partes donde se llevan a cabo las actividades de sueño, alimentación y juego por un lado y las de baño y vestido por el otro.

- **Área de Sueño, Alimentación y Juego**

- ✓ En un área de aproximadamente 80 metros cuadrados se llevan a cabo las actividades de sueño, alimentación y juego.
- ✓ En ella, hay aproximadamente 25 cunas de metal de las cuales 20 son pequeñas (1 mt. x .50 cms.) y 5 son grandes (1.80 mts. x .90 cms.). Cada una tiene con colchón y sábana de cajón y en algunas se observan cobertores pequeños.
- ✓ Los bebés más pequeños 0 a 3 meses son envueltos en forma de taquito y permanecen de día y de noche en sillitas de huevo. Los bebés que presentan reflujo también permanecen en sillas de huevo todo el tiempo.
- ✓ A los 4 a 5 meses si no tienen problemas de reflujo son cambiados a unas cunas pequeñas (1 mt. x .50 cms.). Sin embargo quizá por prevención, estas cunas permanecen levantadas de un extremo, restringiendo el espacio para el movimiento del bebé.
- ✓ Los bebés permanecen en estas cunas pequeñas “hasta que aprenden a sentarse” lo que sucede alrededor del año.
- ✓ En este momento son transferidos a una cuna más grande (1.80 mt. x .90 cms.) pero de las mismas características físicas que las pequeñas.
- ✓ Las cunas están dispuestas una junto a otra pero evitando que haya dos niños grandes juntos “porque mueven sus cunas y se quitan sus mamilas, se jalan la ropa o se pelean”.
- ✓ No existe un área designada para la alimentación y no hay sillas altas para sentar a los bebés.
- ✓ Los bebés comen alrededor del escritorio del médico en donde colocan las charolas con la comida y las botellas.
- ✓ Los bebés son alimentados en las piernas de los cuidadores y los más grandes en ocasiones son sentados en andaderas.
- ✓ No hay un espacio propicio para jugar, moverse y explorar libremente.
- ✓ Hay algunos juguetes pero no todos son adecuados a la edad de los bebés y la mayoría están rotos, sin pilas, sucios.
- ✓ Hay algunas sonajas y muñecos de peluche que en ocasiones son colocados en las cunas de los bebés más grandes.

- **Área de Baño**

- ✓ Esta área consta de un pequeño cuarto de 10 metros cuadrados aproximadamente anexo al área de cunas y es adecuado para este fin.
- ✓ Tiene de dos tarjas de acero inoxidable en las que los bebés son bañados utilizando una regadera de mano.
- ✓ Hay dos muebles de madera de los cuales uno es usado para desvestir y revisar a los bebés y otro para secarlos, vestirlos y peinarlos.
- ✓ Estos muebles están subutilizados ya que el lugar para colocar los materiales usados (pañales,

cremas, peines) es de difícil acceso lo que complica su uso durante la rutina del baño.

- ✓ No hay un lugar fijo para el arreglo y acomodo de la ropa de los niños y luce desordenado.
- ✓ En esta área hay equipos y materiales que no pertenecen a ella reduciendo el espacio (horno de microondas, utensilios de comida).

### **Físico (Condiciones Sensoriales):**

- ✓ Se observa una carga desorganizada de estímulos visuales y auditivos, la TV y/o el radio están prendidos a todas horas en cualquier canal o estación; se escuchan voces y risas de personas que entran y salen de otras áreas. los bebés lloran constantemente y las luces permanecen encendidas hasta media noche interfiriendo con su sueño y descanso.
- ✓ Nadie platica ni juega con los niños.
- ✓ No son cargados, acariciados, ni mecidos.
- ✓ Permanecen todo el tiempo en espacios reducidos que no les permite moverse y explorar su ambiente con libertad.
- ✓ Los alimentos siempre tienen el mismo color, olor, sabor y consistencia y no se les permite tocarlos ni comer con sus manos.
- ✓ No hay diferencia entre la consistencia de las papillas licuadas de los bebés de 6 a 8 meses y las molidas de los bebés de 8 a 12 meses, o las picadas de los bebés de 12 a 18 meses.
- ✓ El cambio de alimentación a comida regular (pedazos grandes de fruta, verduras y carne) se lleva a cabo alrededor de los 18 meses y al no haber una transición adecuada a los bebés se les dificulta masticarla.

### **Social:**

- ✓ La preocupación principal de los cuidadores es que los bebés estén “sanos” es decir, que no presente patologías evidentes, que no se enfermen y que su crecimiento (talla y peso) se encuentre dentro de los parámetros esperados a su edad.
- ✓ Los intercambios sociales de los bebés se llevan a cabo únicamente con los cuidadores pues no hay relación entre ellos mismos.
- ✓ El trato que se da a los bebés es cuidadoso pero impersonal y a pesar de que algunos cuidadores tienen bebés preferidos no se observan demostraciones de afecto consistentes, ni una interacción afectiva de juego o plática con ellos.
- ✓ La mayoría de los cuidadores tienen estudios de enfermería pero hay algunos con estudios de puericultura a los que esporádicamente se les escucha cantando alguna canción infantil o interactuando con los bebés de forma más afectiva y juguetona. Sin embargo, durante las entrevistas refirieron que son muy criticados por los otros cuidadores si muestran mayor disposición a interactuar con los bebés o si proponen cambios en la forma de relacionarse con ellos comentando que les dicen que “si los acostumbran a cargarlos o cantarles luego van a llorar pidiendo brazos y ellos se van a tener que hacer cargo”.
- ✓ También refirieron que no hay capacitación en temas de desarrollo.
- ✓ Refirieron que están muy ocupados y no tienen tiempo para jugar ni interactuar con los niños pues además de encargarse del baño, alimentación, toma de medicamentos y monitoreo de enfermedades y crecimiento de los bebés, deben llenar reportes diarios de cada uno de los bebés en preparación para el cambio de turno.

- ✓ El seguimiento diario de cada niño es llevado por todo el equipo y anotado en los expedientes médicos a través de notas médicas y de enfermería, sin embargo, no hay alguien encargado de hacer un seguimiento individual y que tenga conocimiento total del proceso de desarrollo integral de cada niño.

#### **Institucional:**

- ✓ El área de lactantes está a cargo del equipo médico del albergue conformado por 7 médicos y un equipo de 26 cuidadores de los cuales 22 tienen estudios de enfermería y 4 cuentan con conocimientos generales de cuidado infantil.
- ✓ Este personal está dividido en 5 turnos: 3 entre semana (diurno, vespertino y nocturno); y 2 en fin de semana (diurno y nocturno). Estos últimos turnos trabajan durante los días festivos.
- ✓ Los turnos cambian a las 7 am, 3 pm y 10 pm entre semana y a las 7 am y a las 7 pm en fin de semana.
- ✓ Hay un cuidador responsable de entregar el turno y comenta las notas médicas diarias con el encargado de recibir el siguiente turno.
- ✓ Solo los enfermeros titulados pueden aplicar medicamentos a los bebés que lo requieren.
- ✓ El personal médico y de enfermería se encarga de todos los casos médicos y toma de medicamentos dentro del albergue (alrededor de 80 niños en total).
- ✓ La relación entre el personal de los distintos turnos es limitada y con frecuencia se escuchan comentarios negativos en relación del estado general de los bebés a consecuencia de descuidos de otros turnos (ej. “mira que rozados están”).
- ✓ La población de infantes en esta área es fluctuante, actualmente hay solo 20 bebés ya que varios de ellos fueron reasignados recientemente vía adopción o canalización a otras instituciones pero las cuidadoras reportan que ha llegado a haber 40 a cargo del mismo número de cuidadores.
- ✓ Actualmente cada cuidador tiene a su cargo un promedio de 4 a 6 bebés durante el día y 8 a 10 durante la noche, sin embargo este número llega a ser de hasta 8 a 10 en el día y 12 a 14 durante la noche.
- ✓ La coordinación entre las distintas áreas del Centro (psicología, trabajo social, nutrición, etc.) es muy limitada.
- ✓ No se observa trabajo interdisciplinario en el manejo de los niños y el área médica funge como la responsable de los menores.

#### **Cultural:**

- ✓ No hay contacto con música, con cuentos, con animales ni con ningún estímulo externo a su cuna.
- ✓ Su vida transcurre entre cuatro paredes en donde duermen, comen, y son aseados.
- ✓ Entre los cuidadores predomina la ley del menor esfuerzo.
- ✓ Comentarón que no se relacionan afectivamente con los bebés porque cuando se van les duele y no les gusta pasar por eso.
- ✓ No les interesan los cambios ni que les asignes más carga de trabajo comentando que de todos modos van a ganar lo mismo por hacer más cosas.
- ✓ Las rutinas están muy arraigadas y piensan que así les funcionan bien y obtienen los resultados que necesitan.

## **“ROLES Y RUTINAS”**

### **ROLES:**

- ✓ El rol de los infantes es el de bebés en situación de abandono o separación de sus familias por maltrato o negligencia dependientes de un adulto que cubra sus necesidades básicas de alimento, vestido, salud y protección y favorezca a través de su interacción con ellos su desarrollo cognitivo, físico, motriz, y social/emocional.
- ✓ Su ocupación principal es su desarrollo integral el cual se promueve a través de su relación con un ambiente estimulante donde pueda participar de actividades de auto cuidado, productividad/juego, descanso/sueño y recreación.
- ✓ El rol del personal del área médica a cargo de los bebés es el de responsables de la salud de los bebés y este se encuentra totalmente influenciado por el concepto biomédico de salud (ausencia de enfermedad).
- ✓ Su preocupación principal es promover la salud de los bebés la cual ven como el resultado de un crecimiento saludable (ganancia de peso y talla) y la ausencia de enfermedades y rozaduras.
- ✓ Los cuidadores trabajan bajo las órdenes directas del médico de guardia. Solo los enfermeros titulados pueden suministrar medicamentos o nebulizar a los bebés mientras que los que no lo son se encargan de asuntos como la selección de la ropa para el baño y el arreglo de camas.
- ✓ Entre todos bañan y alimentan a los bebés y a pesar de que entre ellos hay preferencias por algunos niños (escuchándose comentarios entre ellos como “te habla tu hijo” o “tu hijo no quiere comer”) los bebés son manejados indistintamente por el equipo.
- ✓ Otras áreas que juegan un rol importante en el cuidado de los bebés que impactan en su desempeño pero que no tienen una injerencia directa en su rutina diaria son las de Psicología y Nutrición.
- ✓ El área de **psicología** se encarga de evaluar el nivel de desarrollo de los infantes al llegar al albergue y de reevaluarlos cada 6 meses. Sin embargo, no lleva a cabo ningún programa de trabajo orientado a favorecer su desarrollo.
- ✓ El área de **nutrición** se encarga de preparar las formulas lácteas y las papillas siguiendo las órdenes del médico de turno. Sin embargo, estas varían “dependiendo del médico”. Es decir, un medico puede solicitar la comida de un bebé específico “picada”, mientras el médico del siguiente turno la solicita “molida” argumentando que “no se la come”.
- ✓ El área de **trabajo social**, se encarga de coordinar las salidas de los niños del albergue ya sea por motivos de salud o algún otro proceso administrativo (visita de algún familiar, proceso judicial, revisión o tratamiento médico).
- ✓ No hay trabajo interdisciplinario en el manejo de los bebés. El área de psicología no comenta con el área médica sobre el proceso de desarrollo de cada bebé ni de la importancia de este para la salud integral de los pequeños.
- ✓ El área de nutrición no aborda con los médicos la importancia de la alimentación y de la participación de los bebés en esta actividad para favorecer su proceso de desarrollo.
- ✓ El área de trabajo social se limita a informar por escrito al área médica con un día de anticipación sobre la salida de algún bebé del Centro.

### **RUTINAS:**

- ✓ Estas están organizadas en base a horarios específicos e inflexibles que incluyen tiempos para la alimentación, el baño, el cambio de pañal y el cambio de turno.
- ✓ Esta rutina no contempla una hora específica de Juego y Sueño y los bebés dormitan todo el día.
- ✓ Los cambios de pañal son muy frecuentes y parecen ser excesivos ya que en muchas ocasiones los niños más grandes son cambiados a pesar de que sus pañales estén limpios.
- ✓ Las rutinas de alimentación también son muy continuas y constantemente se observan dificultades en la alimentación (los bebés no quieren comer) que quizá sean provocados entre otras cosas por falta de apetito.
- ✓ Todas las actividades son llevadas a cabo en serie, sin interacción afectiva con los bebés.

## **ANEXO V – Resultados de los Indicadores de Riesgo del PCD-R (Bolaños, 2005, 2010).**

Este instrumento se aplicó al inicio de la evaluación a todos los 20 bebés albergados entre los 0 y los 24 meses de edad para identificar tempranamente a aquellos que presentaban indicadores de riesgo de desarrollo.

La siguiente leyenda y comentarios se aplican a todos los instrumentos pero por motivos de espacio solo se indica en esta primera vez:

### **Tamizaje de Indicadores de Riesgo PCD-R (Bolaños 2005, 2010)**

La presencia de las siguientes conductas más allá de la edad que aparece en la segunda columna, fueron identificadas por los investigadores del Instituto de Terapia Ocupacional (Bolaños, 2005) como indicadores de riesgo que pueden repercutir en el desarrollo general del niño ya sea como un problema neuromotor, de integración sensorial, de lenguaje, alimentación, cognición o praxis. Si ustedes como padres o educadores observan que están presentes estos indicadores le recomendamos solicitar una evaluación con el PCD-R con un profesionalista certificado.

El poder identificar tempranamente estos indicadores de riesgo permite hacer una detección temprana y evitar que el problema involucre más áreas del desarrollo. Si usted tiene alguna pregunta o duda, estamos a sus órdenes en: [info@ito-edu.org.mx](mailto:info@ito-edu.org.mx).

Nota: Presencia de:

1 indicador	=	Problema Leve
2 indicadores	=	Problema Moderado
3 ó + indicadores	=	En riesgo, es necesario realizar un diagnóstico completo

❖ La presencia de este signo indica que este comportamiento es un indicador riesgo que amerita referirlo a su pediatra o al especialista en desarrollo para una evaluación más completa.

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Nombre del Niño:** BEBÉ (6) = **BEBÉ 1 PCD-R**

**Fecha de Nacimiento:** AGOSTO DE 2010

**Edad:** 1 MES 7 DÍAS

**Fecha de Evaluación Inicial:** SEPTIEMBRE DE 2010

Descripción de Conductas Rango 1 (0 a 4 meses)	Edad a partir de la cual se consideraría en riesgo (meses)	Indicadores de Riesgo	
		Presente	Ausente
❖ Posición de rana, actitud flácida (piernitas y bracitos flexionados, se recargan sobre el colchón)	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende las piernas, o las cruza una encima de otra en tijera	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende la espalda o el cuello se arquea	+ 1	1	0
❖ Desviación conjugada de la mirada, estrabismo o movimientos oculares irregulares	+ 1	1	0
❖ Succión débil (se fatiga, le toma más tiempo de lo esperado el alimentarse)	+ 1	1	0
❖ Movimientos irregulares de alguna parte del cuerpo (poco movimiento en la parte superior en comparación con la inferior o viceversa)	+ 1	1	0
❖ Se priva o pone morado cuando llora	+ 1	1	0
No tolera la posición boca abajo	+ 1	1	0
❖ No responde al sonido (no se observan cambios en su estado de alerta cuando escucha un sonido)	+ 2	1	0
❖ Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano	+ 2	1	0
❖ Dificultad para levantar o sostener la cabeza en forma estable	+ 3	1	0
❖ Brazos rígidos (duritos) o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él	+ 3	1	0
❖ Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos, poco variados o torpes	+ 3	1	0
No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo carga (sus brazos no lo abrazan y su cuerpo se siente rígido)	+ 4	1	0
❖ No mantiene contacto visual con personas ni con objetos	+ 4	1	0
❖ No sonríe en respuesta (se muestra inexpresivo, no intercambia sonrisas, expresiones vocales)	+ 4	1	0
❖ No responde al adulto mirándolo o vocalizando	+ 4	1	0
❖ No coordina el succionar, tragar o respirar sin atragantarse cuando come	+ 4	1	0
❖ Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (llora por mucho tiempo)	+ 4	1	0

**1 INDICADOR DE RIESGO:**

\* No tolera la posición boca abajo

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Nombre del Niño:** BEBÉ (7) = BEBÉ 2 PCD-R

**Fecha de Nacimiento:** JULIO DE 2010

**Edad:** 2 MESES 21 DÍAS

**Fecha de Evaluación Inicial:** SEPTIEMBRE DE 2010

<i>Descripción de Conductas Rango 1 (0 a 4 meses)</i>	<i>Edad a partir de la cual se consideraría en riesgo (meses)</i>	<b>Indicadores de Riesgo</b>	
		Presente	Ausente
❖ Posición de rana, actitud flácida (piernitas y bracitos flexionados, se recargan sobre el colchón)	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende las piernas, o las cruza una encima de otra en tijera	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende la espalda o el cuello se arquea	+ 1	1	0
❖ Desviación conjugada de la mirada, estrabismo o movimientos oculares irregulares	+ 1	1	0
❖ Succión débil (se fatiga, le toma más tiempo de lo esperado el alimentarse)	+ 1	1	0
❖ Movimientos irregulares de alguna parte del cuerpo (poco movimiento en la parte superior en comparación con la inferior o viceversa)	+ 1	1	0
❖ Se priva o pone morado cuando llora	+ 1	1	0
No tolera la posición boca abajo	+ 1	1	0
❖ No responde al sonido (no se observan cambios en su estado de alerta cuando escucha un sonido)	+ 2	1	0
❖ Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano	+ 2	1	0
❖ Dificultad para levantar o sostener la cabeza en forma estable	+ 3	1	0
❖ Brazos rígidos (duritos) o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él	+ 3	1	0
❖ Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos, poco variados o torpes	+ 3	1	0
No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo carga (sus brazos no lo abrazan y su cuerpo se siente rígido)	+ 4	1	0
❖ No mantiene contacto visual con personas ni con objetos	+ 4	1	0
❖ No sonríe en respuesta (se muestra inexpresivo, no intercambia sonrisas, expresiones vocales)	+ 4	1	0
❖ No responde al adulto mirándolo o vocalizando	+ 4	1	0
❖ No coordina el succionar, tragar o respirar sin atragantarse cuando come	+ 4	1	0
❖ Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (llora por mucho tiempo)	+ 4	1	0

**2 INDICADORES DE RIESGO:**

\* Succión débil (se fatiga, le toma más tiempo de lo esperado alimentarse)

\* No tolera la posición boca abajo

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Nombre del Niño:** BEBÉ (8) = BEBÉ 3 PCD-R

**Fecha de Nacimiento:** MAYO DE 2010 (8 meses)

**Edad Corregida:** 3 MESES 6 DÍAS

**Fecha de Evaluación Inicial:** SEPTIEMBRE DE 2010

<i>Descripción de Conductas Rango 1 (0 a 4 meses)</i>	<i>Edad a partir de la cual se consideraría en riesgo (meses)</i>	<b>Indicadores de Riesgo</b>	
		Presente	Ausente
❖ Posición de rana, actitud flácida (piernitas y bracitos flexionados, se recargan sobre el colchón)	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende las piernas, o las cruza una encima de otra en tijera	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende la espalda o el cuello se arquea	+ 1	1	0
❖ Desviación conjugada de la mirada, estrabismo o movimientos oculares irregulares	+ 1	1	0
❖ Succión débil (se fatiga, le toma más tiempo de lo esperado el alimentarse)	+ 1	1	0
❖ Movimientos irregulares de alguna parte del cuerpo (poco movimiento en la parte superior en comparación con la inferior o viceversa)	+ 1	1	0
❖ Se priva o pone morado cuando llora	+ 1	1	0
❖ No tolera la posición boca abajo	+ 1	1	0
❖ No responde al sonido (no se observan cambios en su estado de alerta cuando escucha un sonido)	+ 2	1	0
❖ Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano	+ 2	1	0
❖ Dificultad para levantar o sostener la cabeza en forma estable	+ 3	1	0
❖ Brazos rígidos (duritos) o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él	+ 3	1	0
❖ Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos, poco variados o torpes	+ 3	1	0
No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo carga (sus brazos no lo abrazan y su cuerpo se siente rígido)	+ 4	1	0
❖ No mantiene contacto visual con personas ni con objetos	+ 4	1	0
❖ No sonríe en respuesta (se muestra inexpresivo, no intercambia sonrisas, expresiones vocales)	+ 4	1	0
❖ No responde al adulto mirándolo o vocalizando	+ 4	1	0
❖ No coordina el succionar, tragar o respirar sin atragantarse cuando come	+ 4	1	0
❖ Le cuesta trabajo calmarse si se irrita (llora por mucho tiempo)	+ 4	1	0

### 5 INDICADORES DE RIESGO:

\* Hiper-extiende la espalda o el cuello se arquea.

\* No tolera la posición boca abajo.

\* Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano.

\* Brazos rígidos (duritos) o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él.

\* Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos, poco variados o torpes.

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

**Nombre del Niño:** BEBÉ (9) = BEBÉ 4 PCD-R

**Fecha de Nacimiento:** JUNIO DE 2010

**Edad:** 3 MESES 15 DÍAS

**Fecha de Evaluación Inicial:** SEPTIEMBRE DE 2010

<i>Descripción de Conductas Rango 1 (0 a 4 meses)</i>	<i>Edad a partir de la cual se consideraría en riesgo (meses)</i>	<b>Indicadores de Riesgo</b>	
		Presente	Ausente
❖ Posición de rana, actitud flácida (piernitas y bracitos flexionados, se recargan sobre el colchón)	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende las piernas, o las cruza una encima de otra en tijera	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende la espalda o el cuello se arquea	+ 1	1	0
❖ Desviación conjugada de la mirada, estrabismo o movimientos oculares irregulares	+ 1	1	0
❖ Succión débil (se fatiga, le toma más tiempo de lo esperado el alimentarse)	+ 1	1	0
❖ Movimientos irregulares de alguna parte del cuerpo (poco movimiento en la parte superior en comparación con la inferior o viceversa)	+ 1	1	0
❖ Se priva o pone morado cuando llora	+ 1	1	0
No tolera la posición boca abajo	+ 1	1	0
❖ No responde al sonido (no se observan cambios en su estado de alerta cuando escucha un sonido)	+ 2	1	0
❖ Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano	+ 2	1	0
❖ Dificultad para levantar o sostener la cabeza en forma estable	+ 3	1	0
❖ Brazos rígidos (duritos) o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él	+ 3	1	0
❖ Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos, poco variados o torpes	+ 3	1	0
No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo carga (sus brazos no lo abrazan y su cuerpo se siente rígido)	+ 4	1	0
❖ No mantiene contacto visual con personas ni con objetos	+ 4	1	0
❖ No sonrío en respuesta (se muestra inexpresivo, no intercambia sonrisas, expresiones vocales)	+ 4	1	0
❖ No responde al adulto mirándolo o vocalizando	+ 4	1	0
❖ No coordina el succionar, tragar o respirar sin atragantarse cuando come	+ 4	1	0
❖ Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (llora por mucho tiempo)	+ 4	1	0

**3 INDICADORES DE RIESGO:**

\* No tolera la posición boca abajo.

\* Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano.

\* Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos, poco variados o torpes.

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>Nombre del Niño:</b> BEBÉ (13) = BEBÉ 5 PCD-R		<b>Edad:</b> 7 MESES 11 DÍAS	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> FEBRERO DE 2010			
<b>Fecha de Evaluación Inicial:</b> SEPTIEMBRE DE 2010			
<i>Descripción de Conductas</i> <b>Rango 2</b> <b>(4 a 8 meses)</b>	<b>Edad a partir de la cual se consideraría en riesgo (meses)</b>	<b>Indicadores de Riesgo</b>	
		Presente	Ausente
❖ Posición de rana, actitud flácida (piernitas y bracitos flexionados, se recargan sobre el colchón)	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende las piernas, o las cruza una encima de otra en tijera	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende la espalda o el cuello se arquea	+ 1	1	0
❖ Desviación conjugada de la mirada, estrabismo o movimientos oculares irregulares	+ 1	1	0
❖ Succión débil (se fatiga, le toma mas tiempo de lo esperado el alimentarse)	+ 1	1	0
❖ Movimientos irregulares de alguna parte del cuerpo (poco movimiento en la parte superior en comparación con la inferior o viceversa)	+ 1	1	0
❖ Se priva o pone morado cuando llora	+ 1	1	0
No tolera la posición boca abajo	+ 1	1	0
❖ No responde al sonido (no se observan cambios en su estado de alerta al escuchar un sonido)	+ 2	1	0
❖ Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano	+ 2	1	0
❖ Dificultad para levantar o sostener la cabeza en forma estable	+ 3	1	0
❖ Brazos rígidos (durities) o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él	+ 3	1	0
❖ Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos poco variados o torpes	+ 3	1	0
❖ No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo carga (no lo abrazan y su cuerpo se siente rígido)	+ 4	1	0
❖ No mantiene contacto visual con personas ni con objetos	+ 4	1	0
❖ No sonrío en respuesta (se muestra inexpresivo, no intercambia sonrisas, vocalizaciones)	+ 4	1	0
❖ No responde al adulto mirándolo o vocalizando	+ 4	1	0
❖ No coordina el succionar, tragar o respirar sin atragantarse cuando come	+ 4	1	0
❖ Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (llora por mucho tiempo)	+ 4	1	0
Dificultad para rodarse (no se rueda, si lo hace, una parte del cuerpo se queda atrapada debajo del cuerpo o se observa que el movimiento no es fluido)	+ 6	1	0
Dificultad para alcanzar (boca abajo, no desplaza su cuerpo hacia un lado y le cuesta trabajo apoyar con una mano para alcanzar con la otra)	+ 6	1	0
Poca variación de movimientos (se mueve utilizando sólo un determinado patrón de movimiento para rodarse, sentarse o desplazarse)	+ 8	1	0
❖ Dificultad para sostener la cabeza cuando se le inclina en diferentes direcciones	+ 8	1	0
Dificultad para iniciar patrones de movim con la cabeza para levantarse, sentarse o pararse	+ 8	1	0
Dificultad para arrastrarse	+ 8	1	0
Le molestan los ruidos que para otra persona pasan desapercibidos (tiende a taparse los oídos, irritarse, desorganizarse)	+ 8	1	0
No voltea al sonido (no voltea cuando se le habla)	+ 8	1	0
No expresa emociones (se muestra inexpresivo, no aumenta su movimiento cuando está contento)	+ 8	1	0
Toma un solo tipo de alimento (rehúsa alimentos de texturas y sabores diferentes siempre)	+ 8	1	0
No participa en juegos y rutinas (no sigue rimas infantiles ej. Tengo manita no tengo manita...)	+ 8	1	0
No juega solo (no inicia el juego, sólo juega cuando el adulto está presente)	+ 8	1	0

**2 INDICADORES DE RIESGO:** \* Dificultad para rodarse de boca arriba a boca abajo. \* Dificultad para alcanzar estando boca abajo.

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>Nombre del Niño:</b> BEBÉ (14) = BEBÉ 6 PCD-R		<b>Edad:</b> 7 MESES 12 DÍAS	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> FEBRERO DE 2010			
<b>Fecha de Evaluación Inicial:</b> SEPTIEMBRE 2010			
<i>Descripción de Conductas Rango 2 (4 a 8 meses)</i>	<i>Edad a partir de la cual se consideraría en riesgo (meses)</i>	<b>Indicadores de Riesgo</b>	
		Presente	Ausente
❖ Hiperextiende la espalda o el cuello se arquea	+ 1	1	0
❖ Desviación conjugada de la mirada, estrabismo o movimientos oculares irregulares	+ 1	1	0
❖ Movimientos irregulares de alguna parte del cuerpo (poco movimiento en la parte superior en comparación con la inferior o viceversa)	+ 1	1	0
❖ Se priva o pone morado cuando llora	+ 1	1	0
❖ No tolera la posición boca abajo	+ 1	1	0
❖ No responde al sonido (no se observan cambios en su estado de alerta al escuchar un sonido)	+ 2	1	0
❖ Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano	+ 2	1	0
❖ Dificultad para levantar o sostener la cabeza en forma estable	+ 3	1	0
❖ Brazos rígidos (dultos) o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él	+ 3	1	0
❖ Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos, poco variados o torpes	+ 3	1	0
❖ No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo carga (sus brazos no lo abrazan y su cuerpo se siente rígido)	+ 4	1	0
❖ No mantiene contacto visual con personas ni con objetos	+ 4	1	0
❖ No sonrío en respuesta (se muestra inexpresivo, no intercambia sonrisas, vocalizaciones)	+ 4	1	0
❖ No responde al adulto mirándolo o vocalizando	+ 4	1	0
❖ No coordina el succionar, tragar o respirar sin atragantarse cuando come	+ 4	1	0
❖ Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (llora por mucho tiempo)	+ 4	1	0
Dificultad para rodarse (no se rueda, si lo hace una parte del cuerpo se queda atrapada debajo del cuerpo o se observa que el movimiento no es fluido)	+ 6	1	0
Dificultad para alcanzar (boca abajo, no desplaza su cuerpo hacia un lado y le cuesta trabajo apoyar con una mano para alcanzar con la otra)	+ 6	1	0
Poca variación de movimientos (se mueve utilizando solo un determinado patrón de movimiento para rodarse, sentarse o desplazarse)	+ 8	1	0
❖ Dificultad para sostener la cabeza cuando se le inclina en diferentes direcciones	+ 8	1	0
Dificultad para iniciar patrones de movimiento con la cabeza para levantarse, sentarse o pararse	+ 8	1	0
Dificultad para arrastrarse	+ 8	1	0
Le molestan los ruidos que para otra persona pasan desapercibidos (tiende a taparse los oídos, irritarse, desorganizarse)	+ 8	1	0
No voltea al sonido (no voltea cuando se le habla)	+ 8	1	0
No expresa emociones (se muestra inexpresivo, no aumenta sus movimientos cuando está contento)	+ 8	1	0
Toma un solo tipo de alimento (rehúsa alimentos de texturas y sabores diferentes siempre)	+ 8	1	0
No participa en juegos y rutinas (no sigue rimas infantiles ej. Tengo manita no tengo manita...)	+ 8	1	0
No juega solo (no inicia el juego, sólo juega cuando el adulto está presente)	+ 8	1	0

**2 INDICADORES DE RIESGO:**

\* No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo cargan (sus brazos no lo abrazan, se siente rígido)

\* Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (llora por mucho tiempo) durante la alimentación

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>Nombre del Niño: BEBÉ (15) = BEBÉ 7 PCD-R</b> <b>Fecha de Nacimiento: ENERO DE 2010</b> <b>Fecha de Evaluación Inicial: SEPTIEMBRE DE 2010</b>		<b>Edad: 7 MESES 26 DÍAS</b>	
<b>Descripción de Conductas</b> <b>Rango 2</b> <b>(4 a 8 meses)</b>	<b>Edad a partir de la cual se consideraría en riesgo (meses)</b>	<b>Indicadores de Riesgo</b>	
		Presente	Ausente
❖ Posición de rana, actitud flácida (piernitas y bracitos flexionados, se recargan sobre el colchón)	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende las piernas, o las cruza una encima de otra en tijera	+ 1	1	0
❖ Hiperextiende la espalda o el cuello se arquea	+ 1	1	0
❖ Desviación conjugada de la mirada, estrabismo o movimientos oculares irregulares	+ 1	1	0
❖ Succión débil (se fatiga, le toma mas tiempo de lo esperado el alimentarse)	+ 1	1	0
❖ Movimientos irregulares de alguna parte del cuerpo (poco movimiento en la parte superior en comparación con la inferior o viceversa)	+ 1	1	0
❖ Se priva o pone morado cuando llora	+ 1	1	0
No tolera la posición boca abajo	+ 1	1	0
❖ No responde al sonido (no se observan cambios en su estado de alerta al escuchar un sonido)	+ 2	1	0
❖ Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano	+ 2	1	0
❖ Dificultad para levantar o sostener la cabeza en forma estable	+ 3	1	0
❖ Brazos rígidos (durities) o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él	+ 3	1	0
❖ Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos poco variados o torpes	+ 3	1	0
❖ No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo carga (no lo abrazan y su cuerpo se siente rígido)	+ 4	1	0
❖ No mantiene contacto visual con personas ni con objetos	+ 4	1	0
❖ No sonrío en respuesta (se muestra inexpresivo, no intercambia sonrisas, vocalizaciones)	+ 4	1	0
❖ No responde al adulto mirándolo o vocalizando	+ 4	1	0
❖ No coordina el succionar, tragar o respirar sin atragantarse cuando come	+ 4	1	0
❖ Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (llora por mucho tiempo)	+ 4	1	0
Dificultad para rodarse (no se rueda, si lo hace, una parte del cuerpo se queda atrapada debajo del cuerpo o se observa que el movimiento no es fluido)	+ 6	1	0
Dificultad para alcanzar (boca abajo, no desplaza su cuerpo hacia un lado y le cuesta trabajo apoyar con una mano para alcanzar con la otra)	+ 6	1	0
Poca variación de movimientos (se mueve utilizando sólo un determinado patrón de movimiento para rodarse, sentarse o desplazarse)	+ 8	1	0
❖ Dificultad para sostener la cabeza cuando se le inclina en diferentes direcciones	+ 8	1	0
Dificultad para iniciar patrones de movimiento con la cabeza para levantarse, sentarse o pararse	+ 8	1	0
Dificultad para arrastrarse	+ 8	1	0
Le molestan los ruidos que para otra persona pasan desapercibidos (tiende a taparse los oídos, irritarse, desorganizarse)	+ 8	1	0
No voltea al sonido (no voltea cuando se le habla)	+ 8	1	0
No expresa emociones (se muestra inexpresivo, no aumenta su movimiento cuando está contento)	+ 8	1	0
Toma un solo tipo de alimento (rehúsa alimentos de texturas y sabores diferentes siempre)	+ 8	1	0
No participa en juegos y rutinas (no sigue rimas infantiles ej. Tengo manita no tengo manita...)	+ 8	1	0
No juega solo (no inicia el juego, sólo juega cuando el adulto está presente)	+ 8	1	0

**3 INDICADORES DE RIESGO: \* No tolera la posición boca abajo.**

**\* Dificultad para rodarse de boca arriba a boca abajo. y \* Dificultad para alcanzar estando boca abajo.**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>Nombre del Niño: BEBÉ (16) = BEBÉ 8 PCD-R</b> <b>Fecha de Nacimiento: DICIEMBRE DE 2009</b> <b>Fecha de Evaluación Inicial: SEPTIEMBRE DE 2010</b>		<b>Edad: 8 MESES 24 DÍAS</b>	
<b>Descripción de Conductas</b> <b>Rango 3</b> <b>(8 a 12 meses)</b>	<b>Edad a partir de la que se consideraría en riesgo (meses)</b>	<b>Indicadores de Riesgo</b>	
		Presente	Ausente
❖ Hiperextiende la espalda o el cuello se arquea	+ 1	1	0
❖ Desviación conjugada de la mirada, estrabismo o movimientos oculares irregulares	+ 1	1	0
❖ Movimientos irregulares de alguna parte del cuerpo (poco movimiento en la parte superior en comparación con la inferior o viceversa)	+ 1	1	0
❖ Se priva o pone morado cuando llora	+ 1	1	0
❖ No tolera la posición boca abajo	+ 1	1	0
❖ No Responde al sonido (no cambia su estado de alerta al escuchar un sonido)	+ 2	1	0
❖ Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano	+ 2	1	0
❖ Dificultad para levantar o sostener la cabeza en forma estable	+ 3	1	0
❖ Brazos rígidos o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él	+ 3	1	0
❖ Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos, poco variados o torpes	+ 3	1	0
❖ No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo carga (no lo abrazan y su cuerpo se siente rígido)	+ 4	1	0
❖ No mantiene contacto visual con personas ni con objetos	+ 4	1	0
❖ No sonríe en respuesta (es inexpresivo, no intercambia sonrisas, expresiones vocales)	+ 4	1	0
❖ No responde al adulto mirándolo o vocalizando	+ 4	1	0
❖ No coordina el succionar, tragar o respirar sin atragantarse cuando come	+ 4	1	0
❖ Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (llora por mucho tiempo)	+ 4	1	0
Dificultad para rodarse (no se rueda, si lo hace una parte del cuerpo se queda atrapada debajo del cuerpo o se observa que el movimiento no es fluido)	+ 6	1	0
Dificultad para alcanzar (boca abajo, no desplaza su cuerpo hacia un lado y le cuesta trabajo apoyar con una mano para alcanzar con la otra)	+ 6	1	0
Poca variación de movimientos (usan un solo patrón para rodarse, sentarse o desplazarse)	+ 8	1	0
❖ Dificultad para sostener la cabeza cuando se le inclina en diferentes direcciones	+ 8	1	0
Dificultad para iniciar el movimiento con la cabeza para levantarse, sentarse o pararse	+ 8	1	0
Dificultad para arrastrarse	+ 8	1	0
Le molestan ruidos que para otra persona pasan desapercibidos (se tapa los oídos, se irrita, se desorganiza)	+ 8	1	0
No voltea al sonido (no voltea cuando se le habla)	+ 8	1	0
No expresa emociones (se muestra inexpresivo, no se mueve más cuando está contento)	+ 8	1	0
Toma un solo tipo de alimento (rehúsa alimentos de texturas y sabores diferentes consistentemente)	+ 8	1	0
No participa en juegos y rutinas (no sigue rimas infantiles. Tengo manita no tengo manita...)	+ 8	1	0
No juega solo (no inicia el juego, sólo juega cuando el adulto está presente)	+ 8	1	0
Poco control del cuerpo, no se mantiene sentado (se observa que no hay estabilidad en su tronco y se cae fácilmente hacia los lados, hacia atrás o hacia adelante)	+ 10	1	0
No sostiene su peso en posición de pie	+ 10	1	0
No imita (dice adiós, mueve la manita)	+ 10	1	0
Usa una mano en forma preferente (no juega con las dos manos simultáneamente, se observa que juega con una mano más que con la otra)	+ 10	1	0
No atiende ni responde a la plática (permanece indiferente a lo que pasa a su alrededor)	+ 12	1	0
No demuestra afecto (no da besitos, palmaditas u otra muestra de afecto)	+ 12	1	0
No explora los juguetes en diferentes formas (no varía el juego)	+ 12	1	0

**2 INDICADORES DE RIESGO: \* No voltea al sonido (no voltea cuando se le habla) y \* No participa en juegos y rutinas**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**Nombre del Niño:** BEBÉ (18) = BEBÉ 9 PCD-R **Edad:** 12 MESES 13 DÍAS  
**Fecha de Nacimiento:** SEPTIEMBRE DE 2009  
**Fecha de Evaluación Inicial:** SEPTIEMBRE DE 2010

<i>Descripción de Conductas Rango 3 (8 a 12 meses)</i>	<i>Edad a partir de la cual se consideraría en riesgo (meses)</i>	<b>Indicadores de Riesgo</b>	
		Presente	Ausente
❖ Hiperextiende la espalda o el cuello se arquea	+ 1	1	0
❖ Desviación conjugada de la mirada, estrabismo o movimientos oculares irregulares	+ 1	1	0
❖ Movimientos irregulares de alguna parte del cuerpo (poco movimiento en la parte superior en comparación con la inferior o viceversa)	+ 1	1	0
❖ Se priva o pone morado cuando llora	+ 1	1	0
❖ No tolera la posición boca abajo	+ 1	1	0
❖ No Responde al sonido (no hay cambios en su estado de alerta al escuchar un sonido)	+ 2	1	0
❖ Persiste reflejo de agarre, mano empuñada o pulgar dentro de la mano	+ 2	1	
❖ Dificultad para levantar o sostener la cabeza en forma estable	+ 3	1	0
❖ Brazos rígidos o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él	+ 3	1	0
❖ Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos, poco variados o torpes	+ 3	1	0
❖ No se acomoda al cuerpo del adulto cuando lo carga (no lo abrazan y su cuerpo se siente rígido)	+ 4	1	0
❖ No mantiene contacto visual con personas ni con objetos	+ 4	1	0
❖ No sonríe en respuesta (es inexpresivo, no intercambia sonrisas, expresiones vocales)	+ 4	1	0
❖ No responde al adulto mirándolo o vocalizando	+ 4	1	0
❖ No coordina el succionar, tragar o respirar sin atragantarse cuando come	+ 4	1	0
❖ Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (llora por mucho tiempo)	+ 4	1	0
Dificultad para rodarse (no se rueda, si lo hace una parte del cuerpo se queda atrapada debajo del cuerpo o se observa que el movimiento no es fluido)	+ 6	1	0
Dificultad para alcanzar (boca abajo, no desplaza su cuerpo hacia un lado y le cuesta trabajo apoyar con una mano para alcanzar con la otra)	+ 6	1	0
Poca variación de movimientos (usan un solo patrón para rodarse, sentarse o desplazarse)	+ 8	1	0
❖ Dificultad para sostener la cabeza cuando se le inclina en diferentes direcciones	+ 8	1	0
Dificultad para iniciar el movimiento con la cabeza para levantarse, sentarse o pararse	+ 8	1	0
Dificultad para arrastrarse	+ 8	1	0
Le molestan ruidos que para otra persona pasan desapercibidos (se tapa los oídos, se irrita, se desorganiza)	+ 8	1	0
No volteo al sonido (no voltea cuando se le habla)	+ 8	1	0
No expresa emociones (es inexpresivo, no se mueve más cuando está contento)	+ 8	1	0
Toma un solo tipo de alimento (rehúsa alimentos de texturas y sabores diferentes siempre)	+ 8	1	0
No participa en juegos y rutinas (no sigue rimas infantiles. Tengo manita no tengo manita...)	+ 8	1	0
No juega solo (no inicia el juego, sólo juega cuando el adulto está presente)	+ 8	1	0
Poco control del cuerpo, no se mantiene sentado (se observa que no hay estabilidad en su tronco y se cae fácilmente hacia los lados, hacia atrás o hacia adelante)	+ 10	1	0
No sostiene su peso en posición de pie	+ 10	1	0
No imita (dice adiós, mueve la manita)	+ 10	1	0
Usa una mano en forma preferente (no juega con las dos manos simultáneamente, se observa que juega con una mano más que con la otra)	+ 10	1	0
No atiende ni responde a la plática (permanece indiferente a lo que pasa a su alrededor)	+ 12	1	0
No demuestra afecto (no da besitos, palmaditas u otra muestra de afecto)	+ 12	1	0
No explora los juguetes en diferentes formas (no varía el juego)	+ 12	1	0

**4 INDICADORES DE RIESGO:** \* No participa en juegos y rutinas, \* No imita (dice adiós), \* No demuestra afecto y \* No explora juguetes en diferentes formas.

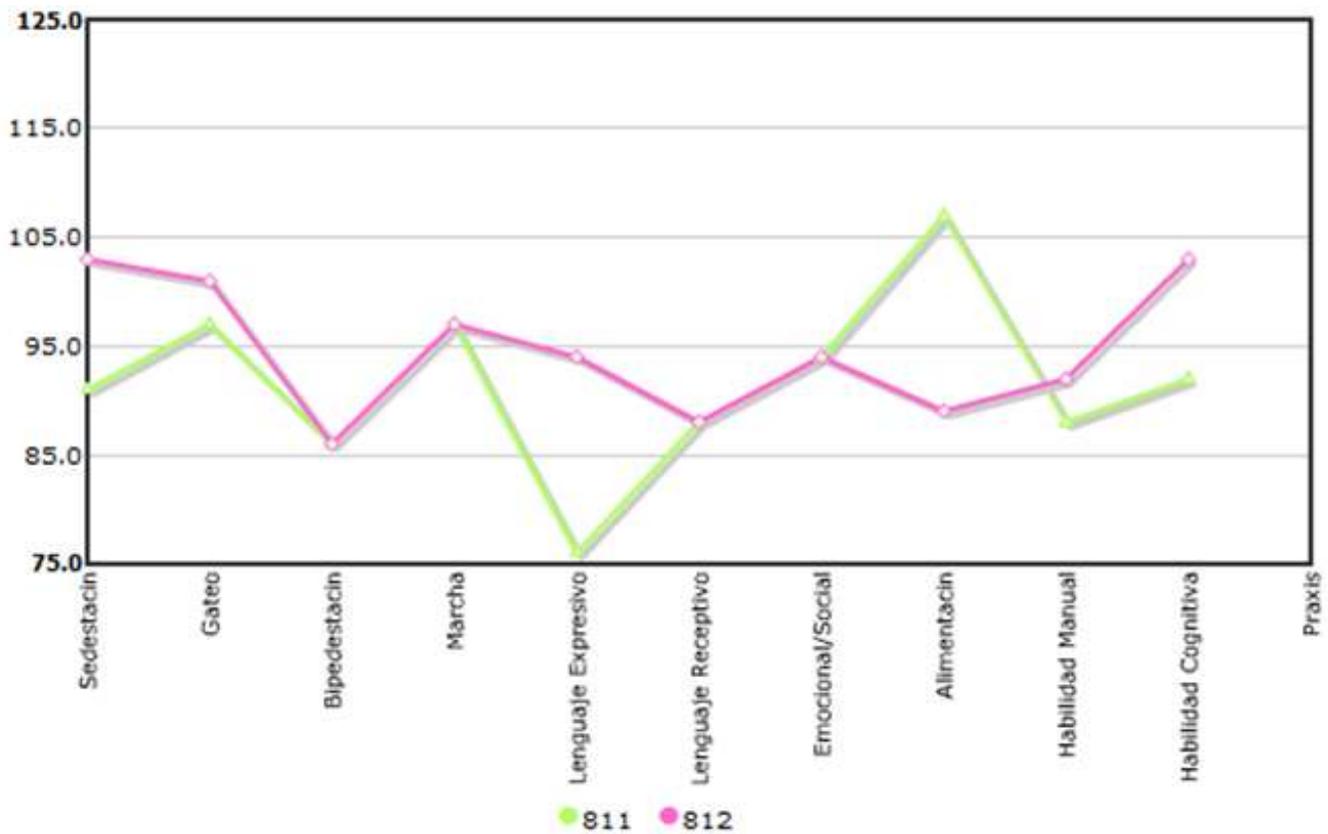
**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>Nombre del Niño: BEBÉ (20) = BEBÉ 10 PCD-R</b> <b>Fecha de Nacimiento: SEPTIEMBRE 2008</b> <b>Fecha de Evaluación Inicial: SEPTIEMBRE 2010</b>		<b>Edad: 24 MESES 0 DÍAS</b>	
<b>Descripción de Conductas</b> <b>Rango 6</b> <b>(24 a 36 meses)</b>	<b>Edad a partir de la cual se consideraría en riesgo (meses)</b>	<b>Indicadores de Riesgo</b>	
		Presente	Ausente
Brazos rígidos o muy flojitos cuando lo sostienen, bañan, cambian o juegan con él	+ 3	1	0
❖ Mueve un lado más que otro; sus movimientos son escasos, poco variados o torpes	+ 3	1	0
❖ No se acomoda al cuerpo del adulto que lo carga, no lo abraza, su cuerpo está rígido	+ 4	1	0
❖ No mantiene contacto visual con personas ni con objetos	+ 4	1	0
❖ No sonrío en respuesta (se muestra inexpresivo, no intercambia sonrisas, expresiones vocales)	+ 4	1	0
❖ No responde al adulto mirándolo o vocalizando	+ 4	1	0
❖ Le cuesta trabajo calmarse cuando se irrita (llora por mucho tiempo)	+ 4	1	0
Dificultad para rodarse (no se rueda, es poco fluido o una parte del cuerpo se queda atrapada debajo)	+ 6	1	0
Se tarda mucho en comer (le disgusta el cambio de alimentos)	+ 6	1	0
Dificultad para sostener la cabeza cuando se inclina en diferentes direcciones	+ 8	1	0
Dificultad para iniciar el movimiento con la cabeza para levantarse, sentarse o pararse	+ 8	1	0
Dificultad para arrastrarse	+ 8	1	0
Dificultad para alcanzar sentado, al hacerse adelante debe detenerse con la otra mano	+ 8	1	0
Poca variación de movimientos (usa solo un patrón de movimiento al rodarse, sentarse o desplazarse)	+ 8	1	0
Le molestan los ruidos que para otra persona pasan desapercibidos (tiende a taparse los oídos, irritarse, desorganizarse)	+ 8	1	0
No volteo al sonido (no volteo cuando se le habla)	+ 8	1	0
No expresa emociones (es inexpresivo, no se mueve más cuando está contento)	+ 8	1	0
Toma un solo tipo de alimento (rehúsa alimentos de textura y sabor diferente siempre)	+ 8	1	0
No participa en juegos y rutinas (no sigue rimas infantiles. Tengo manita no tengo manita)	+ 8	1	0
No juega solo (no inicia el juego, sólo juega cuando el adulto está presente)	+ 8	1	0
Poco control del cuerpo, cuando está sentado (se observa poca estabilidad de tronco, y pierde la verticalidad fácilmente inclinándose hacia los lados, hacia atrás o hacia adelante)	+ 10	1	0
Se tarda en responder cuando le hablan	+ 12	1	0
No demuestra afecto (no da besitos, palmaditas u otra muestra de afecto)	+ 12	1	0
No explora los juguetes en diferentes formas (no varía el juego)	+ 12	1	0
Dificultad para pararse doblando una pierna y después la otra	+ 15	1	0
Camina sin ayuda en puntas	+ 15	1	0
No integra las dos manos en tareas que lo requieren (meter en botella, cortar con tijeras)	+ 15	1	0
Deja caer objetos extendiendo todos los dedos, no coloca en forma precisa	+ 15	1	0
Babeo después de empezar a caminar	+ 15	1	0
Se cae frecuentemente cuando camina	+ 18	1	0
No expresa verbalmente lo que quiere	+ 18	1	0
No rota la mano para acomodar los resacaques en los rompecabezas	+ 18	1	0
Dificultad para masticar y tragar alimentos sólidos	+ 18	1	0
No tiene pinza nítida con pulgar e índice	+ 18	1	0
No trata de resolver problemas (Ej: alcanzar el objeto que desea)	+ 18	1	0
No imita trazos verticales y horizontales	+ 24	1	0
Dificultad para anticipar y cachar la pelota	+ 36	1	0
No traza un círculo	+ 36	1	0

**2 INDICADORES DE RIESGO: \* No expresa verbalmente lo que quiere y \* No imita trazos verticales y horizontales**

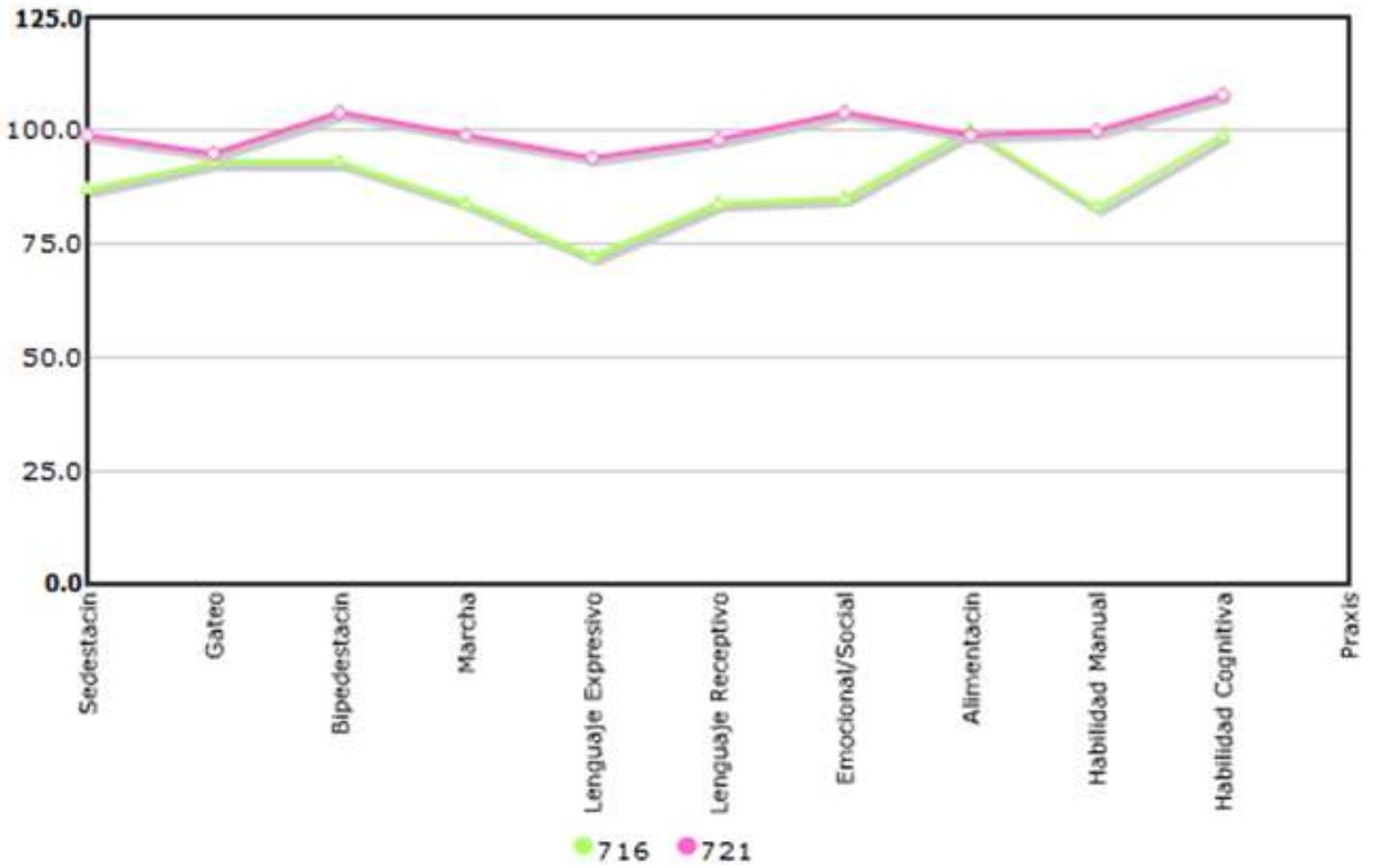
**ANEXO VI – Resultados del Perfil de Conductas de Desarrollo Revisado – PCD-R (Bolaños, 2005) Antes/Después. Gráfica (Nivel de Desarrollo) y Tabla (Cociente de Desarrollo).**

**BEBÉ 1**



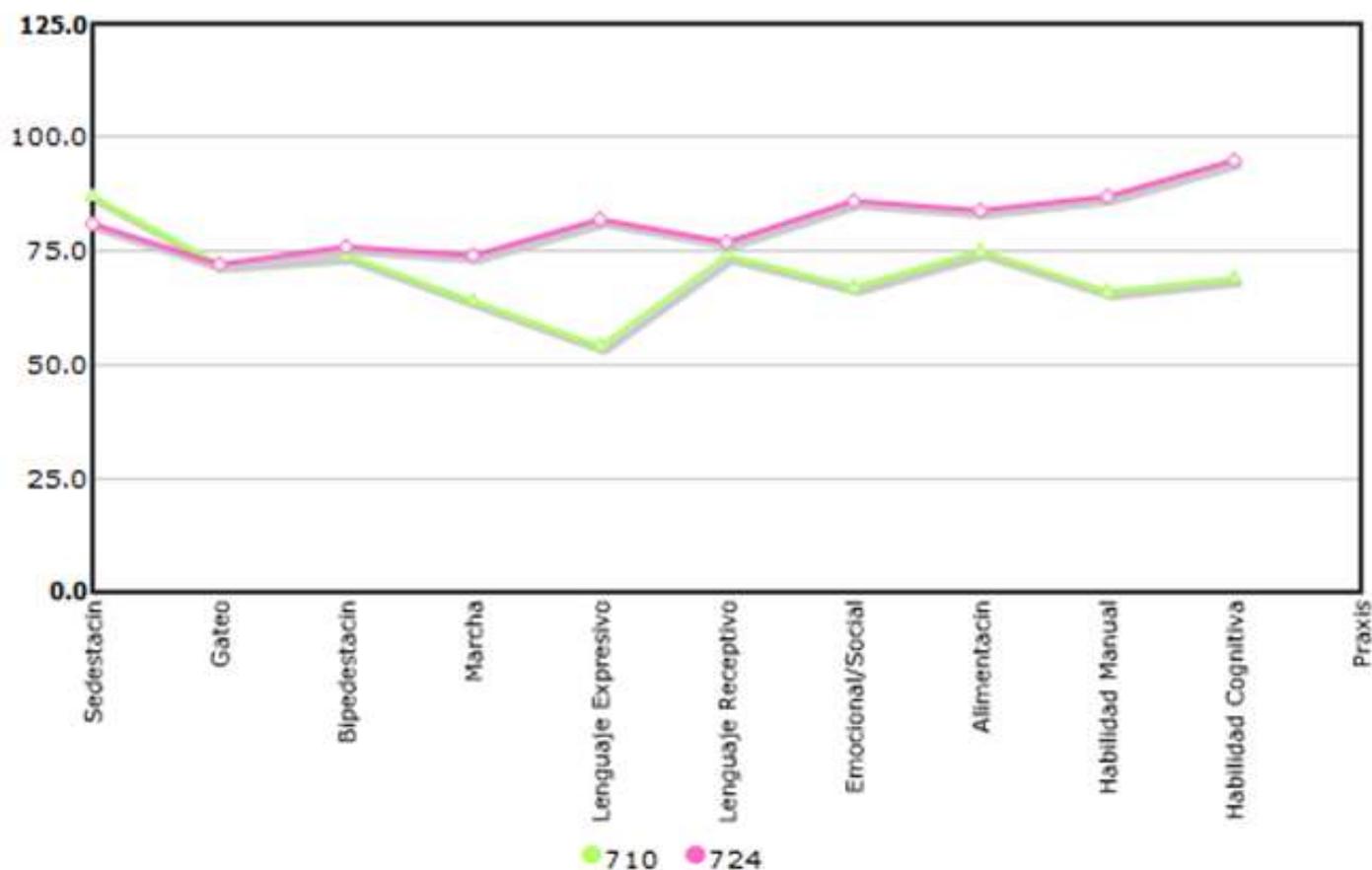
Valoración	Meses	Sedestación	Gateo	Bipedestación	Marcha	Lenguaje Expresivo	Lenguaje Receptivo	Emocional/Social	Alimentación	Habilidad Manual	Habilidad Cognitiva	Praxis	Actualizar PCD	Borrar PCD	Calificar Conductas	Reportes
811	1	91	97	86	97	76	88	94	107	88	92					
812	4	103	101	86	97	94	88	94	89	92	103					

## BEBÉ 2



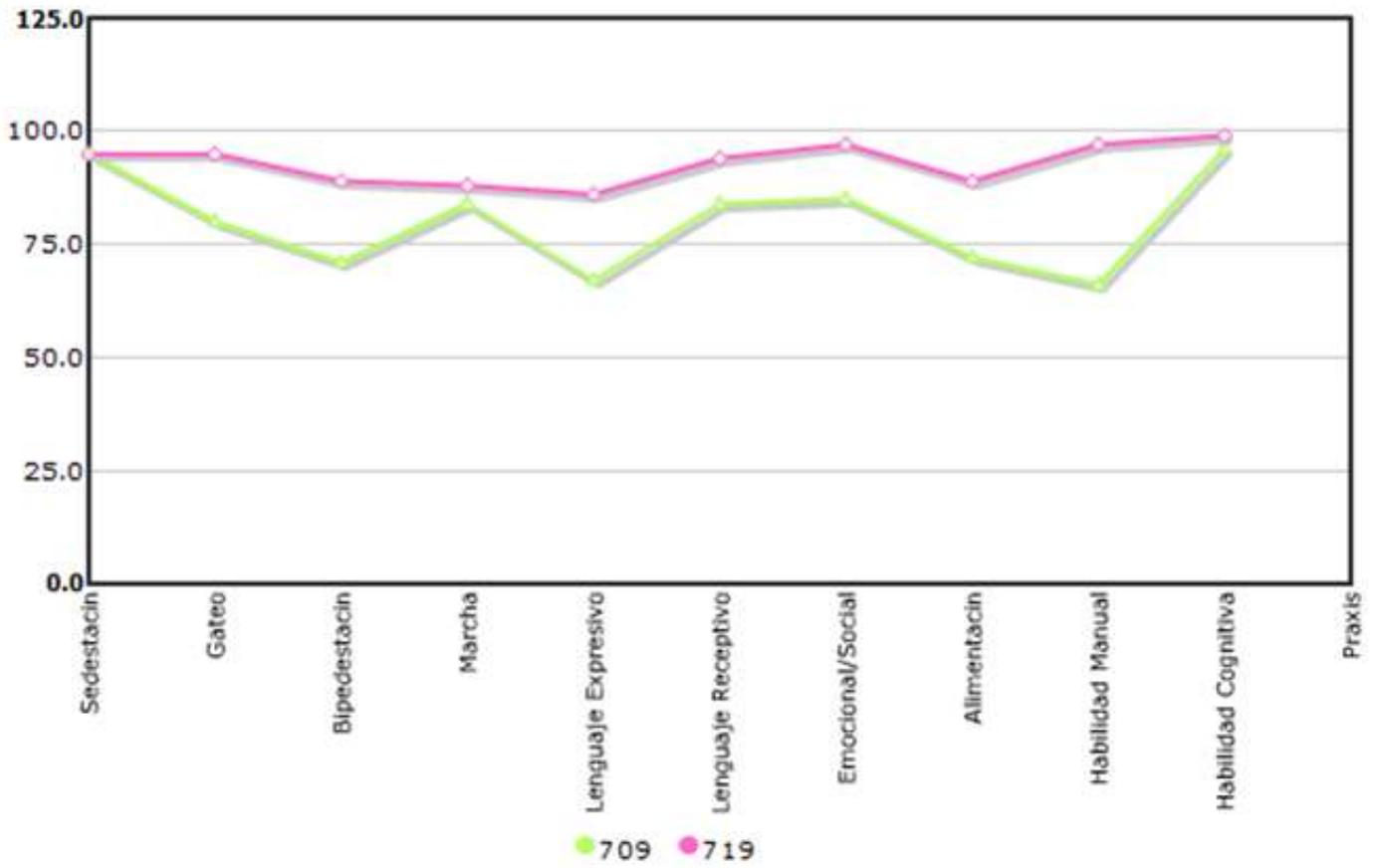
Valoración	Meses	Sedestación	Gateo	Bipedestación	Marcha	Lenguaje Expresivo	Lenguaje Receptivo	Emocional/Social	Alimentación	Habilidad Manual	Habilidad Cognitiva	Praxis	Actualizar PCD	Borrar PCD	Calificar Conductas	Reportes
716	2	87	93	93	84	72	84	85	100	83	99					
721	5	99	95	104	99	94	98	104	99	100	108					

### BEBÉ 3



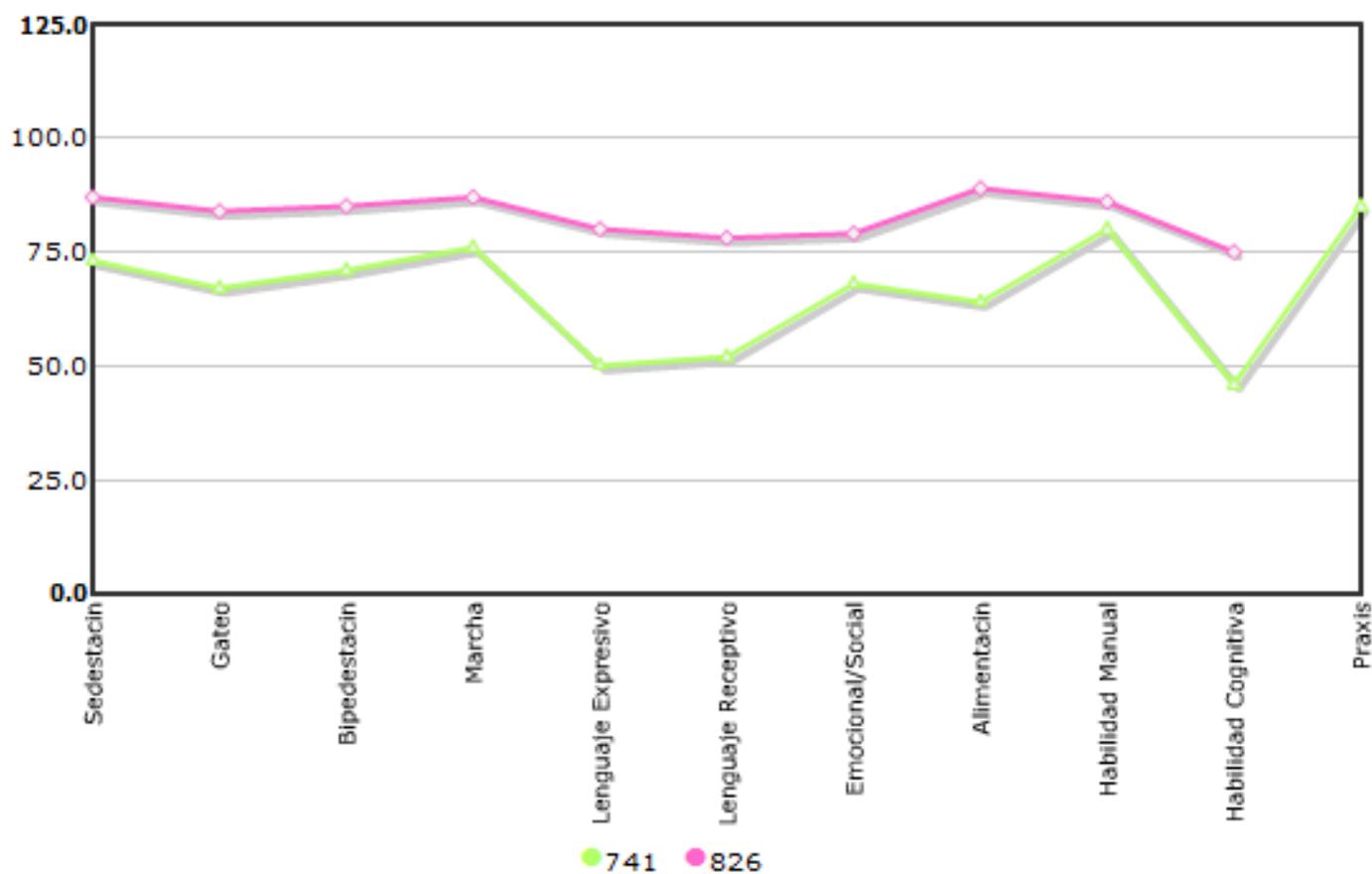
Valoración	Meses	Sedestación	Gateo	Bipedestación	Marcha	Lenguaje Expresivo	Lenguaje Receptivo	Emocional/Social	Alimentación	Habilidad Manual	Habilidad Cognitiva	Praxis	Actualizar PCD	Borrar PCD	Calificar Conductas	Reportes
710	4	87	72	74	64	54	74	67	75	66	69					
724	7	81	72	76	74	82	77	86	84	87	95					

### BEBÉ 4



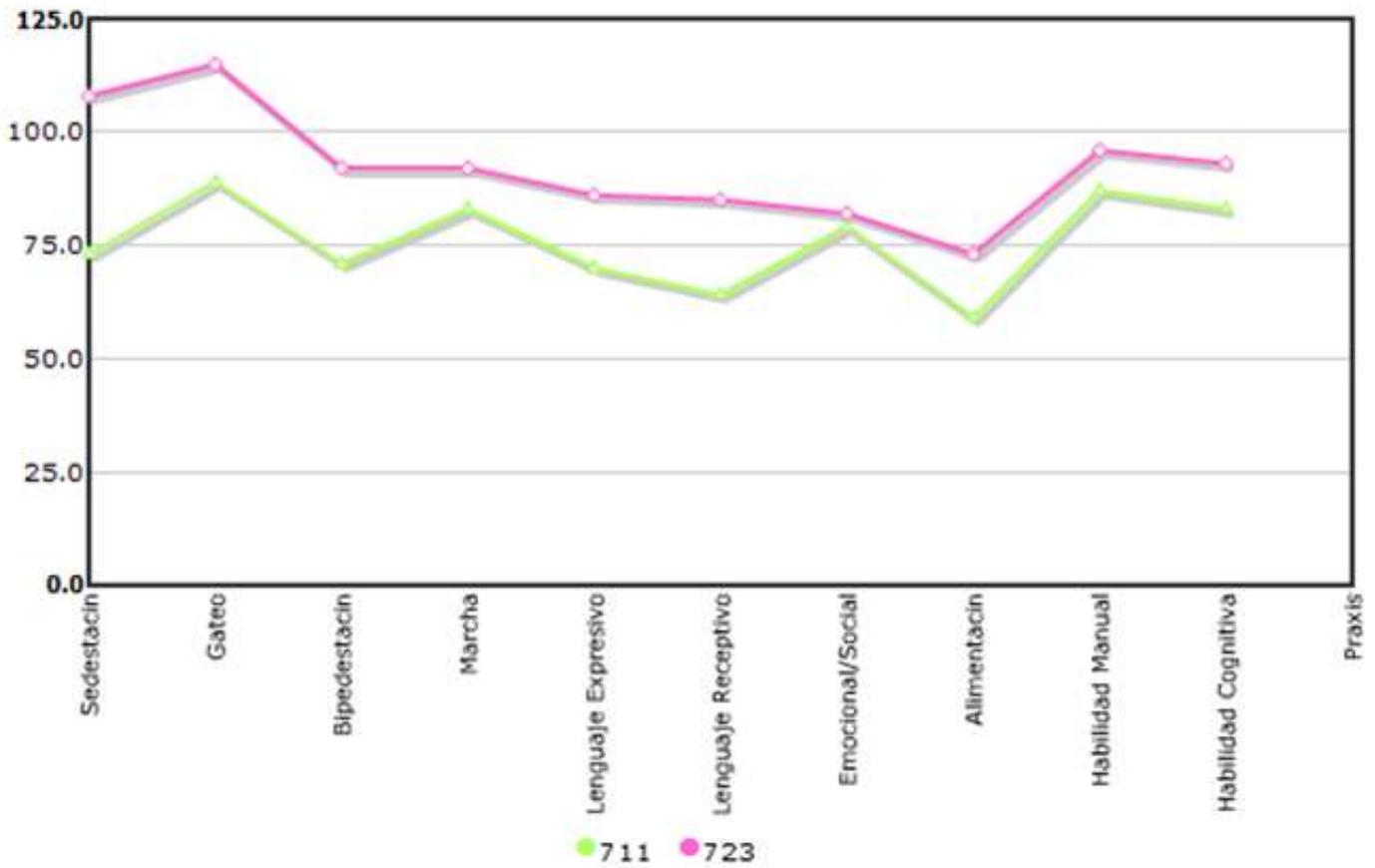
Valoración	Meses	Sedestación	Gateo	Bipedestación	Marcha	Lenguaje Expresivo	Lenguaje Receptivo	Emocional/Social	Alimentación	Habilidad Manual	Habilidad Cognitiva	Praxis	Actualizar PCD	Borrar PCD	Calificar Conductas	Reportes
709	3	95	80	71	84	67	84	85	72	66	96					
719	6	95	95	89	88	86	94	97	89	97	99					

### BEBÉ 5



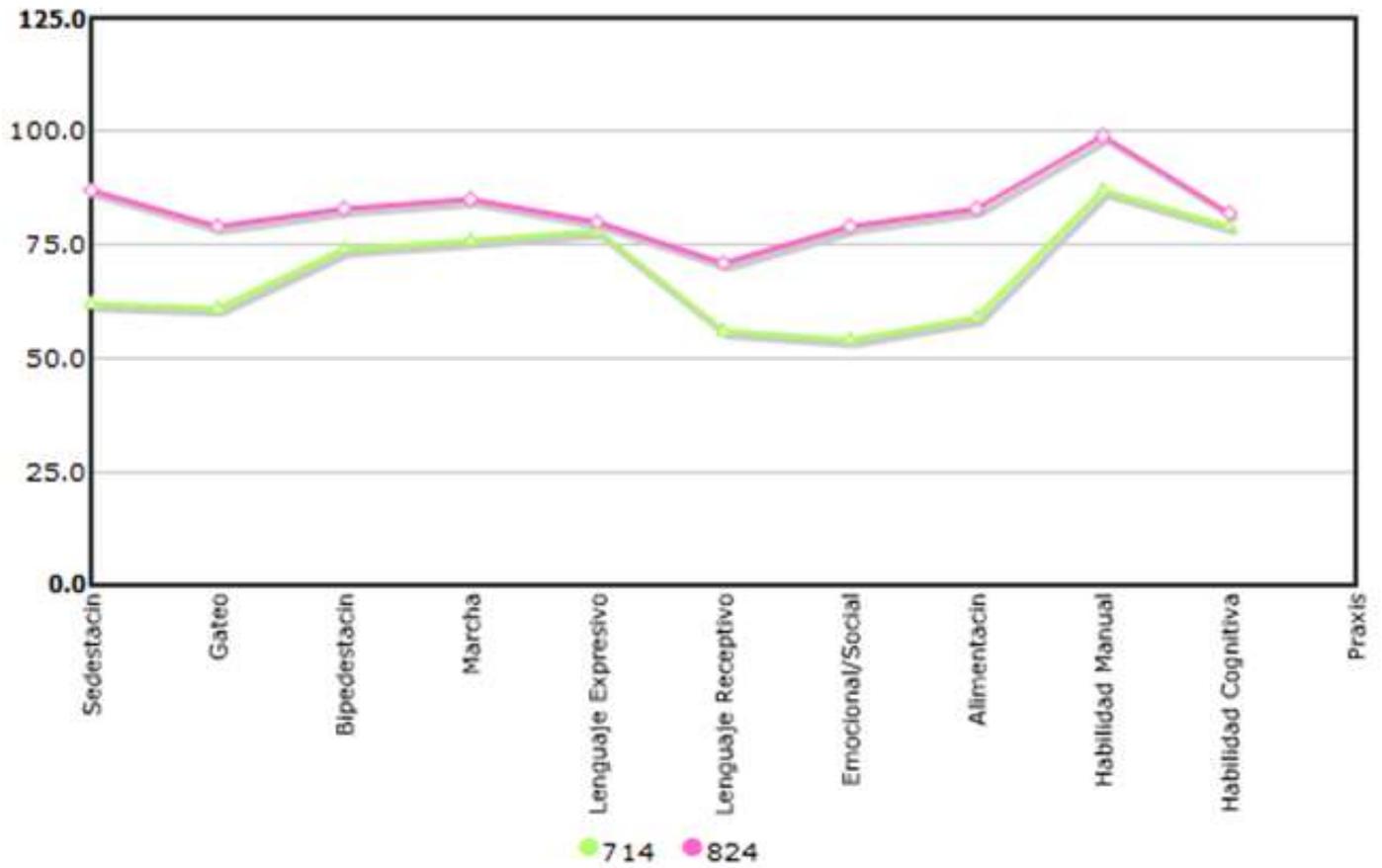
Valoración	Meses	Sedestación	Gateo	Bipedestación	Marcha	Lenguaje Expresivo	Lenguaje Receptivo	Emocional/Social	Alimentación	Habilidad Manual	Habilidad Cognitiva	Praxis	Actualizar PCD	Borrar PCD	Calificar Conductas	Reportes
741	7	73	67	71	76	50	52	68	64	80	46	85				
826	10	87	84	85	87	80	78	79	89	86	75					

## BEBÉ 6



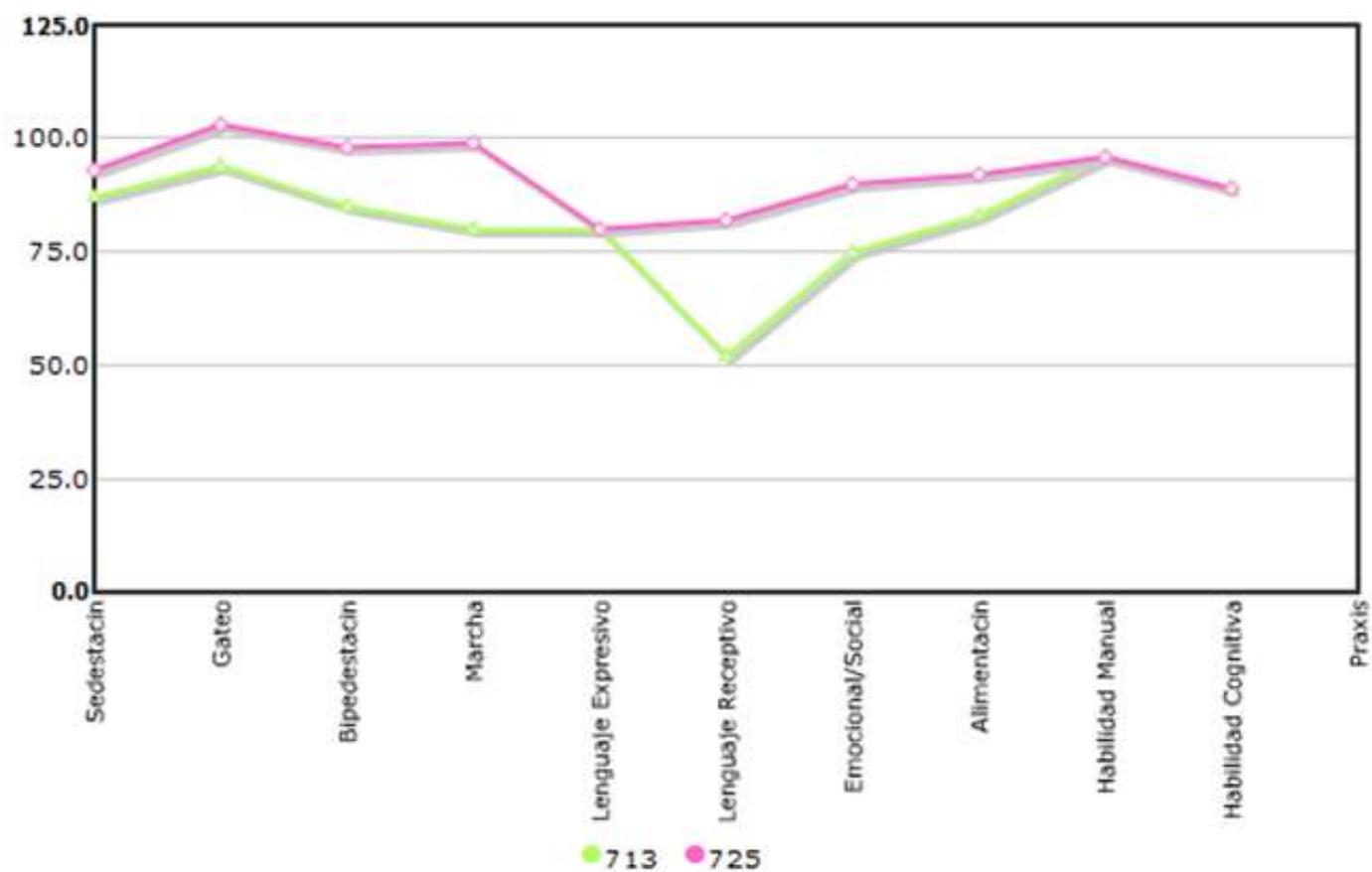
Valoración	Meses	Sedestación	Gateo	Bipedestación	Marcha	Lenguaje Expresivo	Lenguaje Receptivo	Emocional/Social	Alimentación	Habilidad Manual	Habilidad Cognitiva	Praxis	Actualizar PCD	Borrar PCD	Calificar Conductas	Reportes
711	7	73	89	71	83	70	64	79	59	87	83					
723	10	108	115	92	92	86	85	82	73	96	93					

## BEBÉ 7



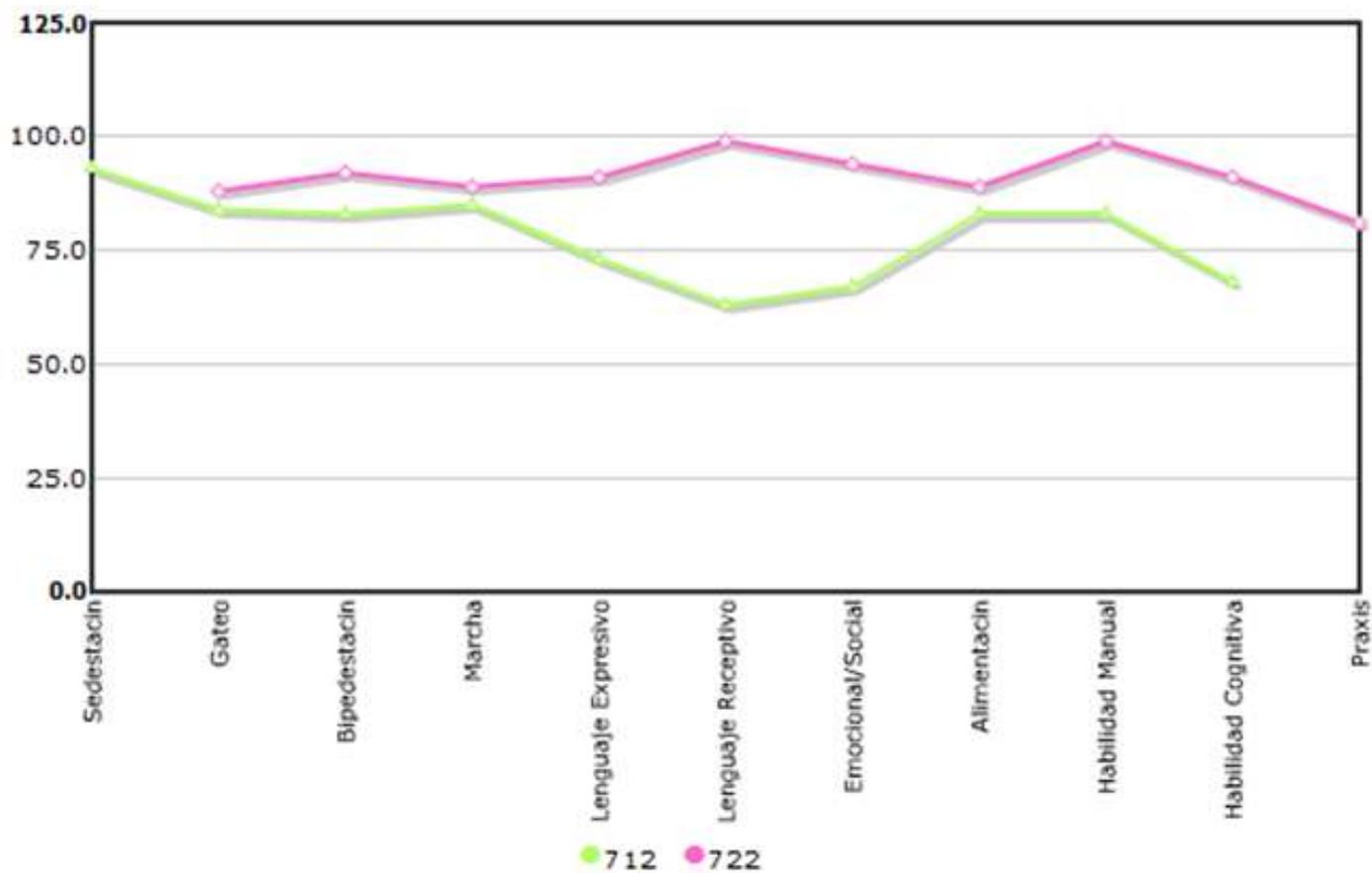
Valoración	Meses	Sedestación	Gateo	Bipedestación	Marcha	Lenguaje Expresivo	Lenguaje Receptivo	Emocional/Social	Alimentación	Habilidad Manual	Habilidad Cognitiva	Praxis	Actualizar PCD	Borrar PCD	Calificar Conductas	Reportes
714	8	62	61	74	76	78	56	54	59	87	79					
824	11	87	79	83	85	80	71	79	83	99	82					

## BEBÉ 8



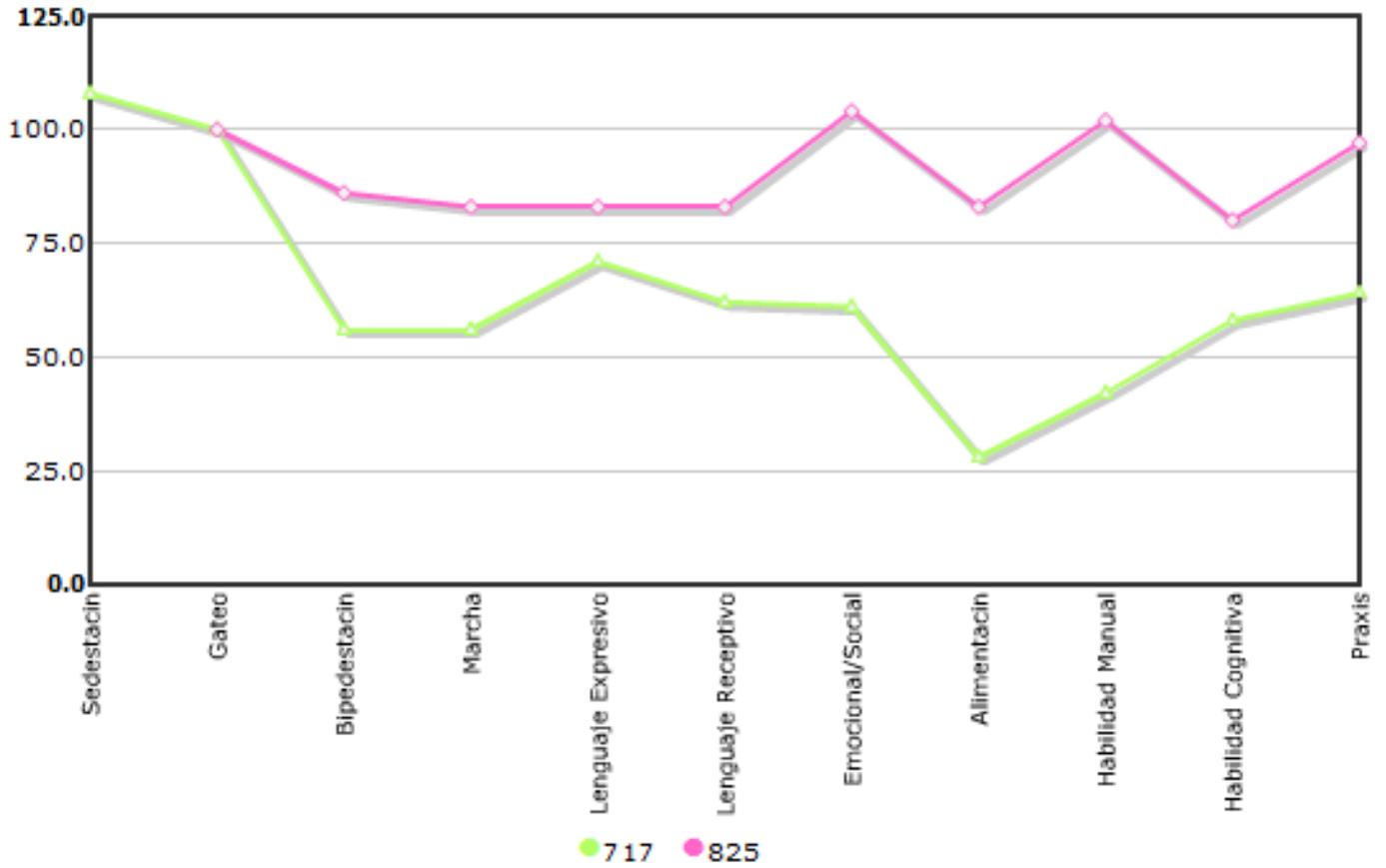
Valoración	Meses	Sedestación	Gateo	Bipedestación	Marcha	Lenguaje Expresivo	Lenguaje Receptivo	Emocional/Social	Alimentación	Habilidad Manual	Habilidad Cognitiva	Praxis	Actualizar PCD	Borrar PCD	Calificar Conductas	Reportes
713	9	87	94	85	80	80	52	75	83	96	89					
725	12	93	103	98	99	80	82	90	92	96	89					

## BEBÉ 9



Valoración	Meses	Sedestación	Gateo	Bipedestación	Marcha	Lenguaje Expresivo	Lenguaje Receptivo	Emocional/Social	Alimentación	Habilidad Manual	Habilidad Cognitiva	Praxis	Actualizar PCD	Borrar PCD	Calificar Conductas	Reportes
712	12	93	84	83	85	73	63	67	83	83	68					
722	15		88	92	89	91	99	94	89	99	91	81				

## BEBÉ 10



Valoración	Meses	Sedestación	Gateo	Bipedestación	Marcha	Lenguaje Expresivo	Lenguaje Receptivo	Emocional/Social	Alimentación	Habilidad Manual	Habilidad Cognitiva	Praxis	Actualizar PCD	Borrar PCD	Calificar Conductas	Reportes
717	24	108	100	56	56	71	62	61	28	42	58	64				
825	27		100	86	83	83	83	104	83	102	80	97				

**ANEXO VII – Listado de Acciones Prioritarias. Sugerencias de modificaciones en los componentes POA.**

**“LISTADO DE ACCIONES PRIORITARIAS”**

**PERSONAL**

**Físico:**

- ✓ Tocarlos y ayudarlo a mover las distintas partes de su cuerpo.
- ✓ Ponerlos boca abajo varias a veces al día mientras están en su cuna para favorecer el desarrollo de los músculos de la espalda, cuello y extremidades.
- ✓ Sacar a los bebés más pequeños de las sillas de huevo y colocarlos en una cuna donde puedan ser cambiados de posición frecuentemente para que puedan voltear hacia ambos lados.
- ✓ Colocar a los bebés de 6 meses en adelante en cunas grandes que les permitan moverse libremente sin golpearse con los barrotes.
- ✓ Establecer sesiones de masaje infantil al menos un día a la semana.

**Cognitivo:**

- ✓ Fomentar el desarrollo de sus habilidades intelectuales favoreciendo la adquisición de nuevos aprendizajes a través de la interacción con el medio que les rodea.
- ✓ Incrementar la intención comunicativa de los bebés y favorecer el desarrollo de su lenguaje expresivo y receptivo a través de una mayor interacción con los cuidadores.

**Afectivo:**

- ✓ Permitir a los cuidadores hacerse principalmente cargo de los bebés con los que tengan mayor afinidad a fin de poder llevar un seguimiento más cercano de su estado de salud y desarrollo, y favorecer el establecimiento de lazos de apego que contribuyan a un sano desarrollo.
- ✓ Aprovechar todas las oportunidades que tengan los cuidadores para platicar con los bebés, abrazarlos, sonreírles y fomentar su desarrollo afectivo y social.
- ✓ Mirarlos a los ojos durante sus interacciones con ellos, responder a sus vocalizaciones y a sus expresiones emocionales de forma empática, atendiendo a sus necesidades y brindándoles la seguridad de que estas serán atendidas.
- ✓ Invitarlos a participar activamente en las rutinas diarias y motivarlos para fomentar el desarrollo de su autonomía.

**Espiritual:**

- ✓ Contribuir a un desarrollo integral que les brinde las herramientas necesarias para tener éxito en la vida.

**OCUPACIÓN****Auto Cuidado (Baño, Vestido y Aliño):**

- ✓ Alentar la participación de los bebés según su edad en actividades de baño, vestido y aliño (levantar brazos, sacar las piernas, detener alguna prenda u objeto, ayudar a bañarse, a vestirse y a peinarse).
- ✓ Es importante fomentar el conocimiento del esquema corporal por medio de canciones y juegos que le permitan identificar cada parte mientras son tocados o manipulados.

**Auto Cuidado (Alimentación):**

- ✓ Sentar a los bebés frente al cuidador en cuanto empiezan a tomar papillas a fin de facilitar el contacto visual y una comunicación efectiva. Hablarle mientras come, mirarlo a los ojos y establecer una relación afectiva que le brinde seguridad.
- ✓ Interactuar con los bebés, mirándolos, cantándoles o platicándoles según su edad.
- ✓ Permitir a los bebés más pequeños tocar el alimento y llevarse las manos a la boca para comerlo.
- ✓ A los más grandes ofrecerles palitos de pan o fruta picada para que la coman ellos solos.
- ✓ Poco a poco comenzar a introducir el uso de cucharas y permitirles explorar comer solos.
- ✓ Alentarlos a tomar su leche sosteniendo la mamila por sí mismos.
- ✓ Conforme vayan volviéndose más hábiles, ofrecerles líquidos en taza ayudándoles con la tarea.
- ✓ Poco a poco dejar que ellos solos tomen su leche de tazas tomándolas con sus dos manos.
- ✓ Ofrecerles servilletas para limpiarse la boca y enseñarles a limpiarse los labios con la lengua.
- ✓ Fomentar la exploración y el aprendizaje durante la comida, oler, probar, tocar, son actividades que pueden ayudarle en las transiciones a diferentes tipos y texturas de comida conforme va creciendo.
- ✓ Llevar a cabo una clara transición en la textura de los alimentos desde la papilla hasta trozos más grandes pasando por el molido y el picado fino.

**Productividad (Juego):**

- ✓ Llevar a los bebés una hora por la mañana y una hora por la tarde al área de juego para moverse libremente, explorar su entorno y participar en actividades de juego libre y dirigido.
- ✓ Jugar con los bebés durante las distintas rutinas a través de cantos y rimas infantiles (¿dónde está el bebé? Pin pon, este dedito, compro un huevito).

**Descanso (Sueño):**

- ✓ Establecer un horario diurno y nocturno dedicado específicamente a dormir.
- ✓ Respetar su sueño y no despertarlos para cambiarlos o alimentarlos.
- ✓ Favorecer el desarrollo de ciclos circadianos (sueño y vigilia) acorde a la edad de cada pequeño.

**Recreación:**

- ✓ Poner música infantil en algunos momentos del día.
- ✓ Participar en eventos recreativos organizados dentro del albergue para los niños mayores.
- ✓ Salir a tomar el sol y el aire fresco.
- ✓ Leerles cuentos, cantar y bailar con la música.

**AMBIENTE****Físico (Condiciones Generales):**

- ✓ Establecer un área específica como área de juego y equiparla con los materiales y equipos necesarios para que cada bebé tenga acceso a juguetes acordes a su edad.
- ✓ Pintar el área con diferentes colores y paisajes que le brinden al niño una experiencia visual distinta.
- ✓ Poner música infantil suave para los bebés que se encuentren en el área de juego.
- ✓ Comprar capelos para colocarlos sobre las cunas de los bebés a fin de evitar picaduras de moscos.
- ✓ Fumigar el área para erradicar a las cucarachas y los moscos.
- ✓ Eliminar el mobiliario que no se usa (TV, microondas, muebles extras, etc.) a fin de despejar el área y darle una sensación de organización.

- **Área de Sueño**

- ✓ En cuanto sea posible reemplazar la cunas actuales por otras más cómodas, y seguras.
- ✓ Dejar de enrollar a los bebés más pequeños 0 a 3 meses como taquitos y permitirles mover sus manos y pernas libremente.
- ✓ Sacarlos de las sillas de huevo y colocarlos en cunas.
- ✓ Utilizar cojines de reflujo con los bebés que los requieran y dejar el espacio libre dentro de sus cunas para que se muevan.
- ✓ Cambiar a los bebés a cunas más grandes en cuanto empiecen a moverse para permitirles ejercitar sus rotaciones y posteriormente sentarse, gatear, pararse y caminar.
- ✓ Colocar las cunas a una distancia suficiente para permitir la interacción entre bebés sin riesgo de golpes.

- **Área de alimentación**

- ✓ Delimitar el área de alimentación y separarla lo más posible del área de cunas.
- ✓ Adquirir sillas altas con distintos niveles de soporte para sentar a los bebés en ella conforme su edad y nivel de desarrollo lo vaya permitiendo.

- **Área de Juego:**

- ✓ Habilitar un área especial de juego con materiales y juguetes apropiados para cada bebé.
- ✓ Arreglar los móviles de las cunas de los más pequeños y encenderlos durante el día.
- ✓ Permitirles tener juguetes en sus cunas que puedan manipular y explorar.
- ✓ Seleccionar y habilitar los juguetes existentes por nivel de desarrollo y colocarlos dentro del área que se designará especialmente para ello.

- **Área de Baño**

- ✓ Establecer un área para el guardado y organización de la ropa de los bebés.
- ✓ Colocar repisas al alcance de los cuidadores para que tengan el material necesario a la hora de bañar y vestir a los bebés (pañales, crema, peines).
- ✓ Colocar un cojín especial en las planchas de baño para evitar el contacto del bebé con el metal frío y hacerlas más seguras.
- ✓ Sacar de esta área los equipos y materiales que no pertenezcan a ella (horno de microondas, utensilios de comida).

**Físico (Ambiente Sensorial):**

- ✓ Eliminar el ruido ambiental excesivo apagando la TV y el radio y cambiarlos por música infantil suave.
- ✓ Permitir momentos de silencio que posibiliten el descanso y sueño de los bebés en horarios específicos.
- ✓ Apagar la luz por las noches lo más temprano posible y sustituirla por una luz tenue en el área del médico de guardia a fin de permitirles a los bebés dormir y descansar.
- ✓ Cambiar las voces y risas que se escucha a distancia por voces y risas de los niños interactuando y comunicándose con los cuidadores.
- ✓ Limitar el llanto de los bebés atendiendo de manera más personal sus necesidades y permitiéndoles descansar adecuadamente a través del establecimiento de períodos de descanso y sueño sin interrupciones dentro de sus rutinas.

- ✓ Tocar, cargar, mecer y acariciar a los bebés en cada oportunidad.
- ✓ Buscar variedad en el sabor y consistencia de los alimentos y convertir la hora de la comida en un momento de interacción con estímulos variados pero organizados.

#### **Social:**

- ✓ Permitir a los bebés jugar juntos en un ambiente seguro y bajo la supervisión de los cuidadores.
- ✓ Capacitar a los cuidadores en temas de ocupación, salud y desarrollo a fin de brindarles nuevas herramientas que puedan incorporar en su trabajo diario con los bebés.
- ✓ Sensibilizarlas en temas de desarrollo y la importancia de su labor en los primeros 3 años de vida a fin de que tomen conciencia de que “salud” no solo significa ausencia de enfermedad sino también un desarrollo integral y la posibilidad de participar en las ocupaciones diarias.

#### **Institucional (Condiciones Generales):**

- ✓ Limitar el número de infantes atendidos en el área a no más de 20 a fin de que la atención sea más personalizada.
- ✓ Fomentar un espíritu de cooperación entre el personal de los diferentes turnos enfocado en el bienestar total de los bebés.
- ✓ Coordinar la implementación de los programas de desarrollo con el departamento de psicología, que a su vez se encargará de organizar a los voluntarios y estudiantes que se encuentran realizando su servicio social a fin de que trabajen con los bebés lo más posible.

#### **Cultural:**

- ✓ Fomentar actividades culturales por medio de la lectura o narración de cuentos.
- ✓ Permitirles entrar en contacto con animales y objetos de la vida real a través de imágenes y sonidos onomatopéyicos.
- ✓ Ponerlos en contacto con distintos tipos de música que vaya desarrollando un sentido artístico y musical.
- ✓ Sensibilizar al personal para que poco a poco acepten un cambio en el trato con los bebés poniendo los intereses de estos por encima de sus tradiciones laborales.

## **“ROLES Y RUTINAS”**

### **ROLES:**

- ✓ Mientras que el rol de los bebés seguirá sin cambios, será importante recordar que cada día se deberá fomentar el camino hacia su independencia a través de la participación de este en sus ocupaciones diarias siempre con la cooperación y ayuda de sus cuidadores.
- ✓ El rol del personal del área médica se irá modificando paulatinamente para dejar de ser solo un guardián de la “salud” de los bebés y convertirse en un facilitador de su desempeño ocupacional fomentando que favorezca un desarrollo integral que brinde a estos bebés un estado de salud total.
- ✓ Se propondrá el establecimiento de binomios bebés-cuidador a fin de favorecer el establecimiento de lazos de apego favorables que sienten una base sólida para el desarrollo ulterior de los infantes.
- ✓ Se buscará establecer una relación más estrecha entre el área médica y las otras áreas del albergue involucradas en el bienestar de los bebés (psicología, nutrición y trabajo social) para cubrir de forma integral e interdisciplinaria todas sus necesidades.
- ✓ Se recomendará que el área de psicología se encargue del darle continuidad a los programas de desarrollo de los bebés y establezca alianzas de cooperación con voluntarios, alumnos de servicio social y los cuidadores a fin de brindarles a los bebés las oportunidades necesarias para crecer y desarrollarse sanamente. Se encargará además de que todos los días se lleven a cabo actividades de estimulación y juego con todos los bebés.
- ✓ El área de nutrición se encargará de elaborar los alimentos de acuerdo a las características y necesidades de cada bebé a fin de irlo preparando paulatinamente para la alimentación normal.

### **RUTINAS:**

- ✓ Reorganizar las rutinas a fin de incluir horarios específicos para el juego y el sueño.
- ✓ No despertar a los bebés durante los cambios de turno o al iniciar alguna rutina.
- ✓ Espaciar un poco los horarios de comida a fin de permitir una adecuada digestión entre comida y comida y un mejor aprovechamiento de los alimentos por parte de los bebés.
- ✓ Habilitar un área para la organización de la ropa de los bebés a fin de ahorrar tiempo de organización para dedicarlo a la interacción y el juego con los pequeños.

**ANEXO VIII – Programas de Cuidados de Desarrollo.**

<b>CONDUCTAS DE DESARROLLO DEL PCD-R*</b>		
<b>0 a 4 MESES</b>	<b>NOMBRE DEL BEBÉ</b>	<b>F. Nacimiento</b>
<b>Desarrollo Motor Grueso</b>		
-Alinear poco a poco la cabeza con el cuerpo al sentarlo lentamente jalándolo de las manos		<input type="checkbox"/>
-Mantener la cabeza alineada con el cuerpo y las piernas dobladas al sentarlo lentamente jalándolo de las manos		<input type="checkbox"/>
-Mantener su cuerpo erguido al sentarlo sostenido de la cintura		<input type="checkbox"/>
- Voltrear la cabeza hacia ambos lados estando boca abajo		<input type="checkbox"/>
-Levantar la cabeza apoyada en sus antebrazos		<input type="checkbox"/>
-Apoyar sus antebrazos en el piso con las manos abiertas y la cadera extendida		<input type="checkbox"/>
-Mantener la cabeza arriba de la línea del cuerpo al suspenderlo boca abajo horizontalmente		<input type="checkbox"/>
-Apoyar fuertemente sus piernas al pararlo (primeros 2 meses - Reflejo de Apoyo Positivo)		<input type="checkbox"/>
- Flexionar sus piernas al pararlo (de los 2 a los 6 meses)		<input type="checkbox"/>
- Mantener la cabeza erguida y estable sin apoyo al cargarlo verticalmente (a los 3 meses)		<input type="checkbox"/>
- Caminar al sostenerlo del tronco hacia adelante apoyando su pie en el piso (primeros 2 meses - Reflejo de Marcha)		<input type="checkbox"/>
- Patalear vigorosamente al estar boca arriba		<input type="checkbox"/>
- Empujar su cuerpo hacia adelante con sus pies estando boca abajo		<input type="checkbox"/>
<b>Desarrollo Motor Fino/Habilidad Manual</b>		
-Agarrar fuertemente el dedo del adulto al ponerlo en su palma (primeros 2 meses - Reflejo de Agarre)		<input type="checkbox"/>
-Retener una sonaja que se le pone en la mano		<input type="checkbox"/>
-Mantener sus manos predominantemente abiertas		<input type="checkbox"/>
-Coger objetos con toda la mano		<input type="checkbox"/>
-Alcanzar objetos que se le acercan a las manos -Llevar objetos a la boca		<input type="checkbox"/>
<b>Desarrollo del Lenguaje Expresivo</b>		
-Emitir sonidos vocálicos simples /aa/, /ii/, /uu/, /oo/, /ee/		<input type="checkbox"/>
-Emitir sonidos dentales y labiales /mm/, /dd/, /pp/, /tt/		<input type="checkbox"/>
-Balbucear cuando se le atiende		<input type="checkbox"/>
-Tener llanto diferenciado para dolor, hambre, sueño		<input type="checkbox"/>
<b>Desarrollo del Lenguaje Receptivo</b>		
-Espantarse al escuchar un sonido fuerte y repentino		<input type="checkbox"/>
-Cambiar su expresión facial al oír una sonaja o campana		<input type="checkbox"/>
-Detener su actividad cuando se le habla o escuchar un sonido nuevo		<input type="checkbox"/>
<b>Desarrollo Cognitivo/Perceptual</b>		
-Observar atenta y prolongadamente los alrededores		<input type="checkbox"/>
-Mirar de un objeto a otro -Observar fijamente la cara del adulto que lo cuida		<input type="checkbox"/>
-Seguir un objeto con la vista más allá de la línea media		<input type="checkbox"/>
-Coordinar ojo/mano dirigiendo la mano con la vista para alcanzar objetos		<input type="checkbox"/>
-Inspeccionar sus manos		<input type="checkbox"/>
-Anticipar situaciones familiares (hora de comer o jugar)		<input type="checkbox"/>
<b>Desarrollo Emocional/Social</b>		
-Responder al adulto mirándolo y vocalizando		<input type="checkbox"/>
-Establecer patrones regulares para comer, dormir y jugar		<input type="checkbox"/>
-Abrazar al adulto que lo carga (acomodarse a su cuerpo)		<input type="checkbox"/>
-Tranquilizarse cuando es tocado o cargado		<input type="checkbox"/>

\*Bolaños, 2005





## CONDUCTAS DE DESARROLLO DEL PCD-R\*

12 a 18 MESES

NOMBRE DEL BEBÉ

F. Nacimiento

### Desarrollo Motor Grueso

- Tener buen equilibrio en 4 puntos al moverlo del tronco
- Trepár escaleras gateando
- Bajar escaleras gateando en reversa
- Tener buen equilibrio parado al moverlo de la cadera
- Ponerse en cuclillas y volverse a poner de pie sin apoyo
- Rotar al estar parado sin apoyo
- Subir y bajar escaleras con apoyo sin alternar pies
- Cominar solo sin apoyo
- Subir y bajar escaleras con apoyo alternando los pies
- Cominar rápido, correr tiesto
- Trepár a una silla adulta sin coerse


### Desarrollo Motor Fino/Habilidad Manual

- Sacar un chachito de un recipiente (pinza fina)
- Hacer una torre de 3 cubos
- Sostener un lápiz sujetándolo con la palma de la mano
- Colocar un objeto dentro de un oró (soltar con precisión)


### Desarrollo del Lenguaje Expresivo

- Utilizar 7 palabras
- Repetir las palabras que escucha
- Señalar sus deseos vocalizando
- Nombrar una imagen conocida en un libro
- Nombrar un objeto conocido que se le muestra


### Desarrollo del Lenguaje Receptivo

- Mostrar un objeto que se le pide
- Seguir indicaciones sencillas "pon", "dame"
- Demostrar definición de objetos por su uso (cuchara para comer, vaso para beber, peine para peinarse)


### Desarrollo Cognitivo/Perceptual y Praxis

- Imitar acciones del adulto (mover dedos, aplaudir)
- Colocar un círculo y un cuadrado en un juego de resques
- Aparear objetos conocidos
- Identificar una parte del cuerpo (cabeza, ojos, pies)
- Garabatear espontáneamente
- Garabatear imitando a un adulto
- Diferenciar el garabateo del trazo


### Desarrollo Emocional/Social

- Mostrar y ofrecer juguetes ¿A ver? ¿Me lo prestas?
- Cooperar para guardar o sacar algo ¿Me ayudas?
- Enfrentar al adulto para intentar resolver problemas por sí mismo
- Separarse del adulto a una mayor distancia mayor a 3 metros para explorar sus alrededores


\*Bolaños, 2005

## CONDUCTAS DE DESARROLLO DEL PCD-R\*

18 a 24 MESES

NOMBRE DEL BEBÉ

F. Nacimiento

### Desarrollo Motor Grueso

- Patear la Pelota sin swing si se le pide
- Brincar cayendo primero con un pie (brinco asimétrico)
- Pararse momentáneamente en puntas si se le pide
- Subir escaleras sin apoyo alternando los pies
- Correr bien de forma segura y sin caerse 4 mts. o más
- Caminar en la punta del pie si se le pide

### Desarrollo Motor Fino/Habilidad Manual

- Hacer una torre de 4 cubos
- Doblar una hoja enrollándola
- Voltear 2-3 páginas de un libro
- Verter un chochito de una taza a otra

### Desarrollo del Lenguaje Expresivo

- Hacer oraciones de 2 palabras bien pronunciadas
- Usar entre 10 y 20 palabras bien pronunciadas
- Imitar sonidos del ambiente (onomatopeyas: miau, guau, muuu)
- Utilizar palabras y jerga al hablar

### Desarrollo del Lenguaje Receptivo

- Señalar imágenes conocidas en un libro al pedírselo
- Reconocer imágenes de acción en un libro al pedírselo (bañando, comiendo, jugando)
- Comprender ¿en donde está...mamá, la pelota...?

### Desarrollo Cognitivo/Perceptual y Praxis

- Aparear objetos con su imagen en un libro
- Jugar con un muñeco abrazándolo o acariciándolo
- Señalar 3 partes del cuerpo al pedírselo
- Colocar figuras (círculo-cuadrado-triángulo-rectángulo) en un tablero
- Imitar trazos verticales
- Imitar trazos horizontales
- Imitar al adulto haciendo un círculo varias veces

### Desarrollo Emocional/Social

- Presentar comportamiento negativista (ir contra peticiones del adulto)
- Tener un mayor rango de respuesta (usa varios recursos para obtener lo que quiere)
- Jugar en paralelo con otros niños (cada quien su juego)

\*Bolaños, 2005

## CONDUCTAS DE DESARROLLO DEL PCD-R\*

24 a 36 MESES

NOMBRE DEL BEBÉ

F. Nacimiento

### Desarrollo Motor Grueso

- Brincar con los 2 pies cayendo al mismo tiempo
- Pararse con un pie adelante y otro atrás sobre una línea por 6 seg.
- Brincar en su lugar 4 veces seguidas
- Patear la pelota con swing (balancea la pierna de atrás hacia adelante)
- Caminar sobre una línea (puntas de los pies hacia afuera)
- Caminar de gallo gallina más de 4 pasos


### Desarrollo Motor Fino/Habilidad Manual

- Doblar una hoja por la mitad
- Realizar 3 o más cortes grandes con las tijeras
- Mostrar preferencia de mano obvia al escribir
- Voltear las páginas de un libro una por una
- Enroscar una tapa pequeña moviendo los dedos


### Desarrollo del Lenguaje Expresivo

- Combinar de forma clara 3-4 palabras
- Describir claramente lo que está haciendo
- Decir su nombre claramente
- Utilizar respuesta verbal a uso funcional (pelota-jugar)
- Utilizar pronombres (yo, tu, mi)
- Nombrar dibujos en los libros ¿qué es esto?...


### Desarrollo del Lenguaje Receptivo

- Comprender verbos de acción (peinar muñeca, limpiar mesa)
- Comprender y ejecutar dos órdenes a la vez
- Identificarse a si mismo (espejo, fotografía ¿quien es?)
- tomar agua)Mostrar un objeto que se le pide
- Comprender 3 preposiciones (arriba, abajo, adentro)
- Responder a preguntas de ¿cómo? y ¿qué?


### Desarrollo Cognitivo/Perceptual y Praxis

- Comprender el concepto de 1 y 2
- Jugar a hacer creer, hacer la comida... (juego simbólico)
- Realizar juegos de manipulación y construcción (tren de cubos, torres...)
- Imitar diseños con cubos modelados por el adulto
- Localizar detalles pequeños en un libro
- Copiar un círculo
- Imitar el trazo de una cruz
- Dibujar una cara con cabeza, ojos y boca


### Desarrollo Emocional/Social

- Saber que es hacer o tomar turnos (repartir fichas...)
- Buscar al adulto que lo cuida por miedo, fatiga, afecto...
- Compartir juguetes, comida... si se le pide
- Hacer berrinches por frustración o para darse a entender
- Comprender el peligro o la necesidad de posponer una acción


\*Bolaños, 2005

ANEXO IX – Ejemplo de un programa especial.

CONDUCTAS DE DESARROLLO DEL PCD-R\*

BEBÉ 3

METAS

OCTUBRE-DICIEMBRE 2010

**Desarrollo Motor Grueso:**

- Voltrear la cabeza hacia ambos lados estando boca abajo
- Mantener la cabeza alineada estando boca arriba
- Levantar la cabeza apoyado en sus antebrazos con manos abiertas y cadera extendida
- Apoyarse en brazos extendidos y manos abiertas
- Alcanzar desde la posición boca abajo cambiando el peso
- Iniciar rodado de boca abajo a boca arriba

**Desarrollo Motor Fino/Habilidad Manual:**

- Alcanzar objetos unilateralmente con ambas manos y llevárselos a la boca
- Barrer objetos pequeños (chachitos, papetitas)
- Coger objetos con pinza inferior (pulgar y cuatro dedos) y pasárselos de una mano a otra
- Resistirse a que le quiten un juguete que tiene en su mano

**Desarrollo del Lenguaje Expresivo:**

- Emitir sonidos vocálicos
- Emitir sonidos dentales y labiales
- Balbucear cuando se le atiende
- Vocalizar emociones de gusto o molestia al jugar
- Emitir sonidos silábicos usando /p/, /b/, /m/, /t/ y /d/

**Desarrollo del Lenguaje Receptivo:**

- Responder a su nombre
- Comprender una prohibición "deja" o "no"
- Voltrear y buscar la fuente del sonido

**Desarrollo Cognitivo/Perceptual:**

- Observar de forma prolongada los alrededores
- Atender de un objeto a otro y seguirlo más allá de la línea media hacia ambos lados
- Coordinar ojo/mano al alcanzar
- Inspeccionar sus manos
- Observar objetos en la mano cambiándolos de posición
- Seguir visualmente una pelota rodando
- Seguir visualmente un objeto que cae

**Desarrollo Emocional/Social:**

- Responder al adulto mirándolo y vocalizando
- Participar en juegos y rutinas (¿Dónde está Fernando?, tengo manita no tengo manita, Pin Pon)
- Sonreír y jugar al ver su imagen en el espejo
- Jugar solo sin buscar atención

\*Bolaños, 2005

**ANEXO X – Ejemplo de un programa de desarrollo ANTES/DESPUÉS**

**ANTES**

<b>CONDUCTAS DE DESARROLLO DEL PCD-R*</b>	
<b>0 a 4 MESES</b>	<b>BEBÉ 1</b>
	<b>F. Nacimiento</b>
<b>Desarrollo Motor Grueso</b>	
-Alinear poco a poco la cabeza con el cuerpo al sentarlo lentamente jalándolo de las manos	<input checked="" type="checkbox"/>
-Mantener la cabeza alineada con el cuerpo y las piernas dobladas al sentarlo lentamente jalándolo de las manos	<input type="checkbox"/>
-Mantener su cuerpo erguido al sentarlo sostenido de la cintura	<input type="checkbox"/>
- Voltrear la cabeza hacia ambos lados estando boca abajo	<input type="checkbox"/>
-Levantar la cabeza apoyada en sus antebrazos	<input type="checkbox"/>
-Apoyar sus antebrazos en el piso con las manos abiertas y la cadera extendida	<input type="checkbox"/>
-Mantener la cabeza arriba de la línea del cuerpo al suspenderlo boca abajo horizontalmente	<input type="checkbox"/>
-Apoyar fuertemente sus piernas al pararlo (primeros 2 meses - Reflejo de Apoyo Positivo)	<input type="checkbox"/>
- Flexionar sus piernas al pararlo (de los 2 a los 6 meses)	<input checked="" type="checkbox"/>
- Mantener la cabeza erguida y estable sin apoyo al cargarlo verticalmente (a los 3 meses)	<input type="checkbox"/>
- Caminar al sostenerlo del tronco hacia adelante apoyando su pie en el piso (primeros 2 meses - Reflejo de Marcha)	<input type="checkbox"/>
- Patalear vigorosamente al estar boca arriba	<input checked="" type="checkbox"/>
- Empujar su cuerpo hacia adelante con sus pies estando boca abajo	<input type="checkbox"/>
<b>Desarrollo Motor Fino/Habilidad Manual</b>	
-Agarrar fuertemente el dedo del adulto al ponerlo en su palma (primeros 2 meses - Reflejo de Agarre)	<input type="checkbox"/>
-Retener una sonaja que se le pone en la mano	<input checked="" type="checkbox"/>
-Mantener sus manos predominantemente abiertas	<input checked="" type="checkbox"/>
-Coger objetos con toda la mano	<input type="checkbox"/>
-Alcanzar objetos que se le acercan a las manos -Llevar objetos a la boca	<input type="checkbox"/>
<b>Desarrollo del Lenguaje Expresivo</b>	
-Emitir sonidos vocálicos simples /aa/, /ii/, /uu/, /oo/, /ee/	<input type="checkbox"/>
-Emitir sonidos dentales y labiales /mm/, /dd/, /pp/, /tt/	<input type="checkbox"/>
-Balbucear cuando se le atiende	<input type="checkbox"/>
-Tener llanto diferenciado para dolor, hambre, sueño	<input type="checkbox"/>
<b>Desarrollo del Lenguaje Receptivo</b>	
-Espantarse al escuchar un sonido fuerte y repentino	<input type="checkbox"/>
-Cambiar su expresión facial al oír una sonaja o campana	<input type="checkbox"/>
-Detener su actividad cuando se le habla o escuchar un sonido nuevo	<input type="checkbox"/>
<b>Desarrollo Cognitivo/Perceptual</b>	
-Observar atenta y prolongadamente los alrededores	<input type="checkbox"/>
-Mirar de un objeto a otro -Observar fijamente la cara del adulto que lo cuida	<input type="checkbox"/>
-Seguir un objeto con la vista más allá de la línea media	<input type="checkbox"/>
-Coordinar ojo/mano dirigiendo la mano con la vista para alcanzar objetos	<input type="checkbox"/>
-Inspeccionar sus manos	<input type="checkbox"/>
-Anticipar situaciones familiares (hora de comer o jugar)	<input type="checkbox"/>
<b>Desarrollo Emocional/Social</b>	
-Responder al adulto mirándolo y vocalizando	<input type="checkbox"/>
-Establecer patrones regulares para comer, dormir y jugar	<input type="checkbox"/>
-Abrazar al adulto que lo carga (acomodarse a su cuerpo)	<input checked="" type="checkbox"/>
-Tranquilizarse cuando es tocado o cargado	<input checked="" type="checkbox"/>

\*Bolaños, 2005

## DESPUÉS

### CONDUCTAS DE DESARROLLO DEL PCD-R\*

0 a 4 MESES

BEBÉ 1

F. Nacimiento

#### Desarrollo Motor Grueso

- Alinear poco a poco la cabeza con el cuerpo al sentarlo lentamente, jalándolo de las manos
- Mantener la cabeza alineada con el cuerpo y las piernas dobladas al sentarlo lentamente jalándolo de las manos
- Mantener su cuerpo erguido al sentarlo sostenido de la cintura
- Volear la cabeza hacia ambos lados estando boca abajo
- Levantar la cabeza apoyada en sus antebrazos
- Apoyar sus antebrazos en el piso con las manos abiertas y la cadera extendida
- Mantener la cabeza arriba de la línea del cuerpo al suspenderlo boca abajo horizontalmente
- Apoyar fuertemente sus piernas al pararlo (primeros 2 meses - Reflejo de Apoyo Positivo)
- Flexionar sus piernas al pararlo (de los 2 a los 6 meses)
- Mantener la cabeza erguida y estable sin apoyo al cargarlo verticalmente (a los 3 meses)
- Caminar al sostenerlo del tronco hacia adelante apoyando su pie en el piso (primeros 2 meses - Reflejo de Marcha)
- Patalear vigorosamente al estar boca arriba
- Empujar su cuerpo hacia adelante con sus pies estando boca abajo

#### Desarrollo Motor Fino/Habilidad Manual

- Agarrar fuertemente el dedo del adulto al ponerlo en su palma (primeros 2 meses - Reflejo de Agarre)
- Retener una sonaja que se le pone en la mano
- Mantener sus manos predominantemente abiertas
- Coger objetos con toda la mano
- Alcanzar objetos que se le acercan a las manos -Llevar objetos a la boca

#### Desarrollo del Lenguaje Expresivo

- Emitir sonidos vocálicos simples /aa/, /ii/, /uu/, /oo/, /ee/
- Emitir sonidos dentales y labiales /mm/, /dd/, /pp/, /tt/
- Balbucear cuando se le atiende
- Tener llanto diferenciado para dolor, hambre, sueño

#### Desarrollo del Lenguaje Receptivo

- Espantarse al escuchar un sonido fuerte y repentino
- Cambiar su expresión facial al oír una sonaja o campana
- Detener su actividad cuando se le habla o escuchar un sonido nuevo

#### Desarrollo Cognitivo/Perceptual

- Observar atenta y prolongadamente los alrededores
- Mirar de un objeto a otro -Observar fijamente la cara del adulto que lo cuida
- Seguir un objeto con la vista más allá de la línea media
- Coordinar ojo/mano dirigiendo la mano con la vista para alcanzar objetos
- Inspeccionar sus manos
- Anticipar situaciones familiares (hora de comer o jugar)

#### Desarrollo Emocional/Social

- Responder al adulto mirándolo y vocalizando
- Establecer patrones regulares para comer, dormir y jugar
- Abrazar al adulto que lo carga (acomodarse a su cuerpo)
- Tranquilizarse cuando es tocado o cargado

\*Bolaños, 2005

## ANEXO XI – Programa de Alimentación.

# HABILIDADES DE ALIMENTACIÓN

### 0-4 meses:

- Coordinar el succionar, tragar y respirar 20 chupeteos
- Alimentación asistida y preparación progresiva para la toma Independiente de la mamila

### 4-8 meses:

- Ablactación
- Comer papilla con movimientos verticales de mandíbula (abrir y cerrar los labios para tomar el alimento de la cuchara)
- Usar su lengua para mover el alimento hacia atrás de la boca y tragar
- Beber su mamila de forma independiente
- Comer comida molida con textura para iniciar la transición a la comida picada
- Usar sus dedos para comer pedacitos finamente picados de frutas, vegetales, jamón o una galleta o palito de pan
- Beber de una taza sostenida por un adulto

### 8-12 meses:

- Tomar líquidos de mamila (5-8 onzas) solo y sin pausa
- Babeo por dentición
- Llevar la lengua hacia el lado donde se coloca el alimento
- Beber de una taza sostenida con sus dos manos con ayuda de un adulto
- Comer alimentos picados finos

### 12-18 meses:

- Comer alimentos picados
- Limpiar su labio inferior con la lengua
- Beber de una taza sostenida con sus dos manos solo
- Morder una galleta dura
- Comer solo con cuchara derramando un poco

## ANEXO XII – Programa de Capacitación.

### 1er PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

#### “OCUPACIÓN, SALUD, Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 0 A 3 AÑOS DE EDAD”

Biblioteca de la Estancia Transitoria para Niños y Niñas  
de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal

Lunes 6 de Septiembre, 2010

Hora: De 1:00 a 3:00 p.m.

#### 1) Ocupación, Salud y Desarrollo Integral

MTO Ma. de Lourdes Guzmán

Definiciones de ocupación, salud y desarrollo. Como la ocupación es un vehículo para alcanzar la salud y cuál es la relación entre la salud y desarrollo infantil.

Lunes 20 de Septiembre, 2010

Hora: De 1:00 a 3:00 p.m.

#### 2) Desarrollo Neuromotor

T.O. Karina Chowancsak

Comunicación inicial a través del movimiento; el llanto y como se va diferenciando; primeras vocalizaciones, el balbuceo, palabras y gestos.

Lunes 4 de Octubre, 2010

Hora: De 1:00 a 3:00 p.m.

#### 3) Desarrollo Cognitivo

Psic. Aldara Islas

Hitos del desarrollo neuromotor de la sedestación a la marcha; las habilidades de la mano (alcance, agarre, prensión y manipulación de objetos) y su importancia en habilidades complejas (prensión del lápiz para garabateo, dibujo, escritura).

Lunes 18 de Octubre, 2010

Hora: De 1:00 a 3:00 p.m.

#### 4) Desarrollo del Lenguaje

Mtra. Ma de Lourdes Martínez

Como conoce el niño y adquiere información a partir de su interacción con los objetos y su experiencia con el medio; desarrollo de la inteligencia; permanencia de objeto; pensamiento simbólico.

Lunes 1 de Noviembre, 2010

Hora: De 1:00 a 3:00 p.m.

#### 5) Desarrollo Afectivo/Emocional/Social

Dr. Gerardo Hernández

La sonrisa, la autoestima adecuada, tipos de juego; el vínculo y el apego seguro y su influencia en el desarrollo integral de todo ser humano.



Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal  
Subprocuraduría de Atención a Víctimas del Delito y Servicios a la Comunidad

La Dirección General del Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas  
En el marco del 1er Ciclo de Conferencias sobre Salud, Ocupación y Desarrollo Infantil"

Otorga la presente

## CONSTANCIA

A .....

Por su asistencia y participación en todas las sesiones de orientación sobre desarrollo infantil:

- "SALUD Y OCUPACIÓN - DESARROLLO INTEGRAL EN LOS PRIMEROS 3 AÑOS DE VIDA"
- "DESARROLLO NORMAL DEL LENGUAJE"
- "DESARROLLO NEURO-MOTOR DEL PRIMER AÑO DE VIDA"
- "DESARROLLO COGNITIVO DE 0 A 3 AÑOS"
- "INFANCIA: DESARROLLO SOCIAL Y EMOCIONAL"

Lic. María Elena Martínez Guerrero  
Directora General  
Centro de Estancia Transitoria para Niños y Niñas PGJDF

Lic. María de Lourdes Guzmán Contró  
Coordinadora del Proyecto de Detección y  
Prevención de Retrasos de Desarrollo Infantil

OCTUBRE-DICIEMBRE 2010