



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

Año: VI

Número: Edición Especial.

Artículo no.: 4

Período: Noviembre, 2018.

TÍTULO: Prevención y atención integral en la primera infancia.

AUTORES:

1. Dra. Paulina Mesa Villavicencio.
2. Dra. Daisy de la Caridad Pérez Mato.
3. Máster. Pedro Humberto Vargas Valdez.

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo proponer una estrategia para la atención integral de las necesidades de desarrollo y salud de niños de 2 a 5 años, que asisten a un Centro de Educación Inicial, de Guayaquil. Las pruebas psicológicas y de evaluación del desarrollo, en una muestra de 25 niños, evidenciaron necesidades de desarrollo y de salud relacionadas con la psicomotricidad, habilidades sociales y comprensión, así como con la cobertura para la atención médica, la satisfacción con la atención de salud y la derivación a especialistas, respectivamente. La estrategia propuesta incluyó la detección, la evaluación y diagnóstico, la intervención y el seguimiento, constituyendo una vía para la prevención y la atención integral a los niños.

PALABRAS CLAVES: prevención, estrategia, atención integral, necesidad de desarrollo, necesidad de salud, primera infancia.

TITLE: Prevention and Integral Attention in early childhood.

AUTORES:

1. Dra. Paulina Mesa Villavicencio
2. Dra. Daisy de la Caridad Pérez Mato
3. Máster. Pedro Humberto Vargas Valdez

ABSTRACT: The objective of the study was to propose a strategy for the integral attention of the development and health needs of children from 2 to 5 years old, who attend an Initial Education Center in Guayaquil. The psychological tests and evaluation of development, in a sample of 25 children, evidenced development and health needs related to psychomotricity, social skills and understanding, as well as coverage for medical care, satisfaction with health care and the referral to specialists, respectively. The proposed strategy included detection, evaluation and diagnosis, intervention and follow-up, constituting a way for prevention and comprehensive care for children.

KEY WORDS: prevention, strategy, comprehensive care, need for development, need of health, early childhood.

INTRODUCCIÓN.

El nivel de prevención primaria es reconocido como el primer indicador de calidad de vida en un país, y como tal refleja los niveles de detección temprana tanto en lo educativo como de salud en los niños de la primera infancia. Se trata de asegurar las condiciones necesarias para el desarrollo, la salud y el bienestar de los niños desde los servicios básicos, la calidad de la salud, la estimulación oportuna y adecuada, y el fortalecimiento de las capacidades de los padres. Desde esta perspectiva, el enfoque preventivo se sustenta en la importancia de los primeros años de vida como el período más denso y lleno de valor del desarrollo en general, por tanto máximo desde el mismo inicio, y generador no solo de un nivel de desarrollo actual, sino también potencial en los niños.

En este sentido, según Olivares, 2001, citado por (Gudelia Fernández Pérez de Alejo, 2009), la estimulación temprana debe dirigirse a tres grupos fundamentales:

1. Primer grupo. Compuesto por niños en situación de riesgo ambiental por pobreza, por niveles social y económico muy bajos, por ausencia física de un progenitor y madre adolescente.
2. Segundo grupo. Integrado por niños en situación de riesgo biológico por prematuridad, por bajo peso para la edad gestacional, por sufrimiento perinatal y por hipoxia.
3. Tercer grupo. Niños con riesgo establecido que produce retrasos, trastornos o discapacidades del desarrollo y minusvalías. Aquí se incluyen los niños con cromosomopatías, deficiencias motrices, auditivas, visuales, con autismo u otros trastornos generalizados del desarrollo.

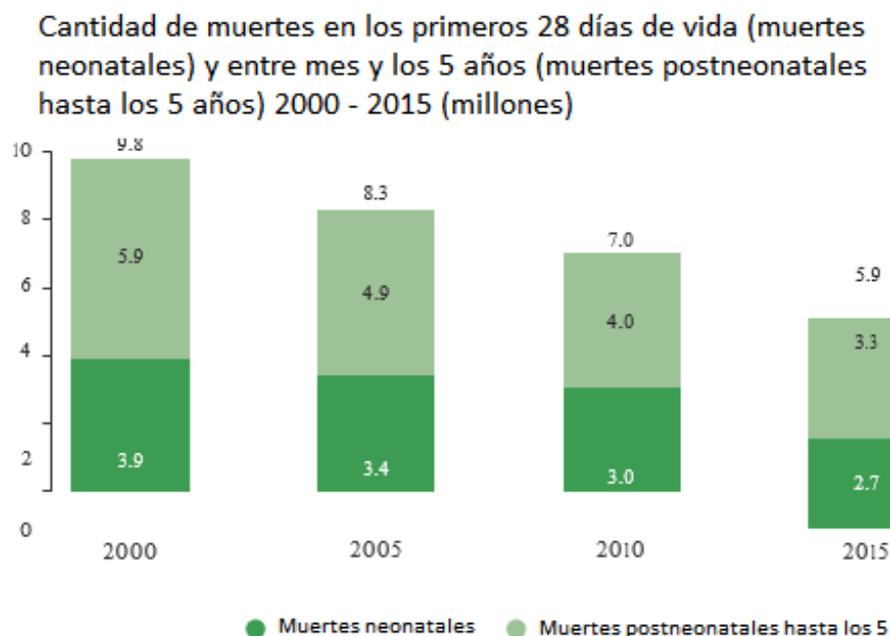
La estimulación dirigida a tales grupos aporta beneficios en esta etapa de desarrollo que se resumen en:

- Cuidado y autonomía de los padres.
- Los niños desarrollan al máximo sus capacidades.
- Se minimizan o corrigen los efectos de los factores de riesgo biológico y/o social.
- Se evita la aparición de dificultades del nivel secundario y terciario.

Trabajar en este sentido constituye un reto para todos los países a nivel mundial que buscan desarrollar sus programas de prevención en diferentes áreas con vistas a disminuir las tasas de mortalidad como consecuencia de las enfermedades llamadas propias de la infancia y las de origen social.

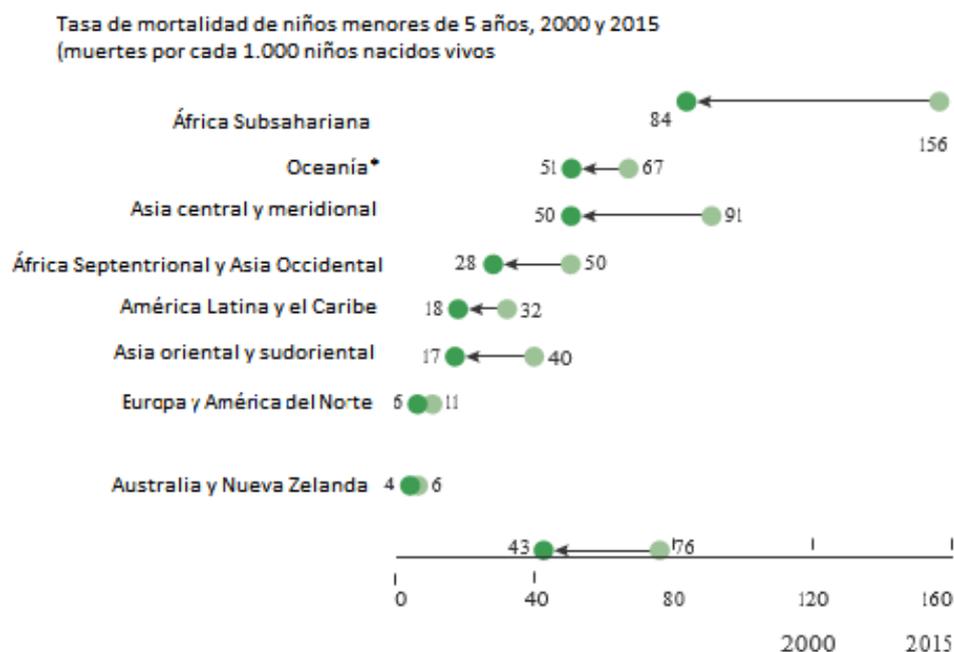
Según datos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2018), la cifra de niños que fallecen en los primeros cinco años de vida, debido a enfermedades prevenibles, aún es elevada; lo mismo ocurre con la neonatalidad y la posnatalidad (ver gráfico 1 y 2).

Gráfico 1. Mortalidad infantil neonatalidad y posnatalidad en los primeros cinco años de vida.



Fuente: PNUD 2017.

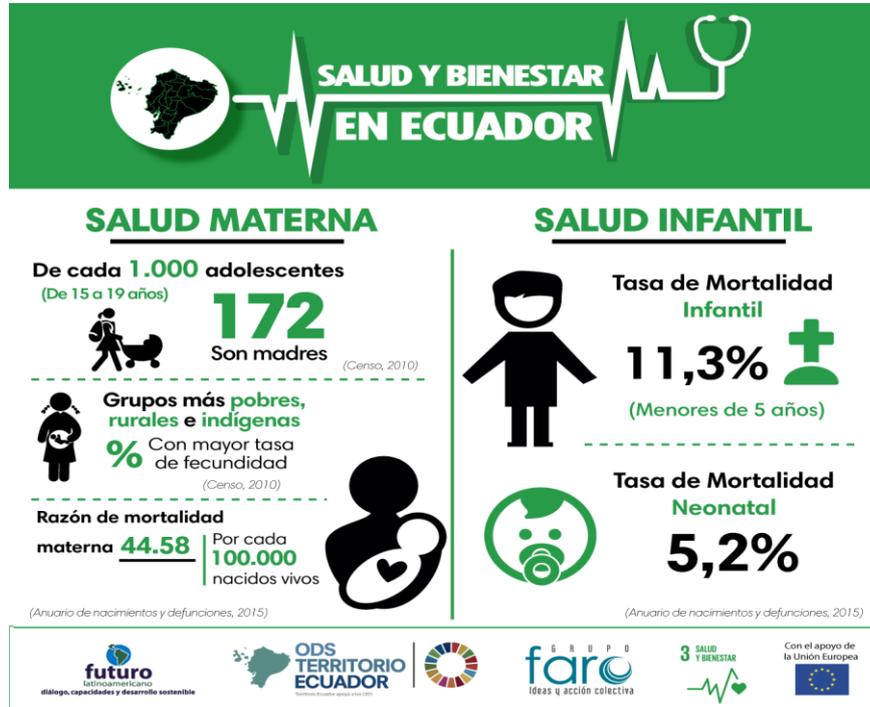
Gráfico 2. Mortalidad infantil antes de los 5 años. Fuente: PNUD 2017.



Las enfermedades comunes de la infancia persisten en algunos casos, y por otra parte, se registran nacimientos no institucionalizados, lo que puede presentarse como un factor de riesgo de la mortalidad infantil. Algunos datos publicados en el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de (Naciones Unidas, 2017) sobre Salud y Bienestar reflejan el 11,3% de tasa de

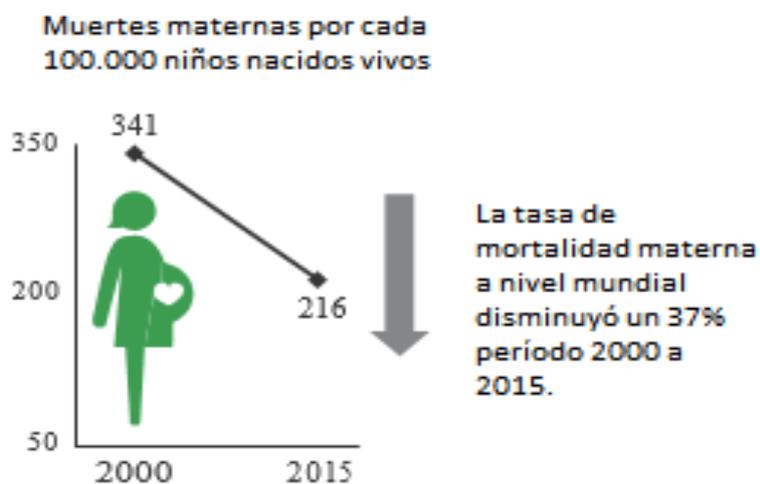
mortalidad infantil, y la tasa de mortalidad neonatal en un 5,2%, según el anuario de nacimientos y defunciones 2015 (ver figura 1).

Figura 1: Mortalidad neonatal e infantil en Ecuador.



La muerte materna resulta también un aspecto de salud a considerar en la atención primaria a pesar de que la tasa de incidencia ha disminuido en los últimos 15 años a nivel mundial (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Tasa de Mortalidad materna. Fuente: PNUD 2017.



En conclusión, el objetivo de Salud y Bienestar considera la reducción de la mortalidad materna, el mejoramiento de la salud materna y otras enfermedades como logros importantes.

En relación a los programas de prevención de salud, no siempre tienen el alcance necesario, y en algunos casos, no se asumen suficientemente por voluntad de los estados, lo cual se refleja en la cobertura de atención médica y de salud para la primera infancia; por tanto, se impone la necesidad de continuar realizando propuestas que aseguren la atención integral de los niños de la primera infancia y las acciones de prevención territorial y nacional.

La prevención puede sustentarse en un modelo interdisciplinario, multidisciplinario y/o transdisciplinario, valorando las múltiples aristas y la complejidad de una concepción biopsicosocial e histórico cultural del desarrollo, lo que para la primera infancia significa realizar una detección temprana y oportuna desde el ámbito de la atención primaria.

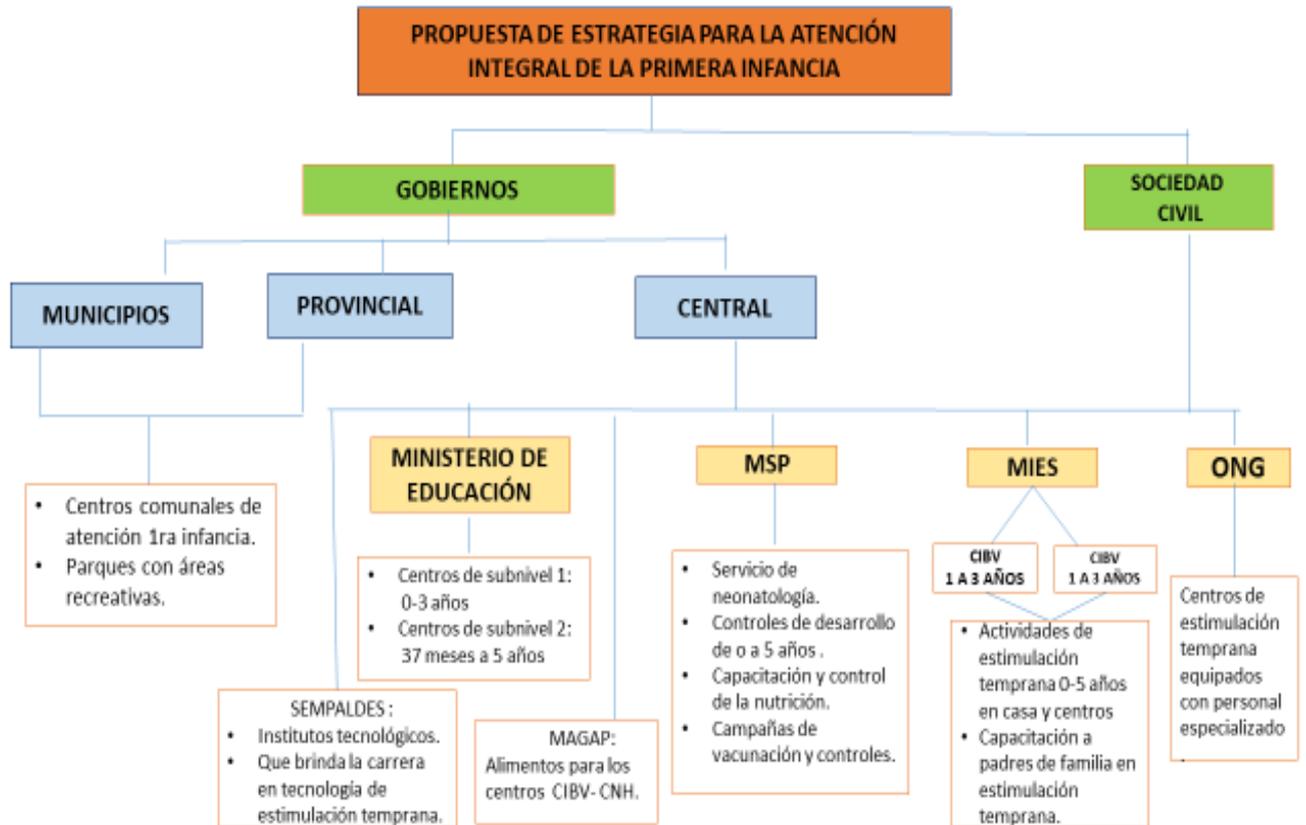
De esta manera, se asegura el derecho al desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue del intelecto y de las capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de acciones intersectoriales nacionales y locales.

A continuación se presenta una propuesta de estrategia para la atención integral de la primera infancia elaborada por diferentes maestrantes, que derivó de la percepción y aplicación de una Matriz FODA sobre el tema y su realidad, en el contexto ecuatoriano, lo cual constituye un antecedente importante del presente estudio (ver gráfica 4).

Se presenta una estrategia que necesariamente requiere de un modelo multi, inter, transdisciplinario e intersectorial para el logro de la atención integral de la primera infancia. El modelo transdisciplinario es más utilizado en el ámbito de la salud, y a su vez el menos utilizado en el campo educativo y en el de las Ciencias Sociales. En la salud se trata de que los profesionales entrecruzan las líneas de sus propios límites con la intención de superar la fragmentación del conocimiento, más allá del enriquecimiento de las disciplinas con diferentes saberes (multidisciplinar) y del intercambio epistemológico y de métodos científicos de los saberes (interdisciplinar).

El presente estudio asume esta perspectiva, aunque no se recogieron resultados evidentes desde lo transdisciplinario, si resultó posible sensibilizar hacia esta postura a los profesionales con los que se interactuó, favoreciendo el enfoque preventivo e integral en la atención a las necesidades de la infancia desde la detección, diagnóstico y evaluación, intervención y seguimiento.

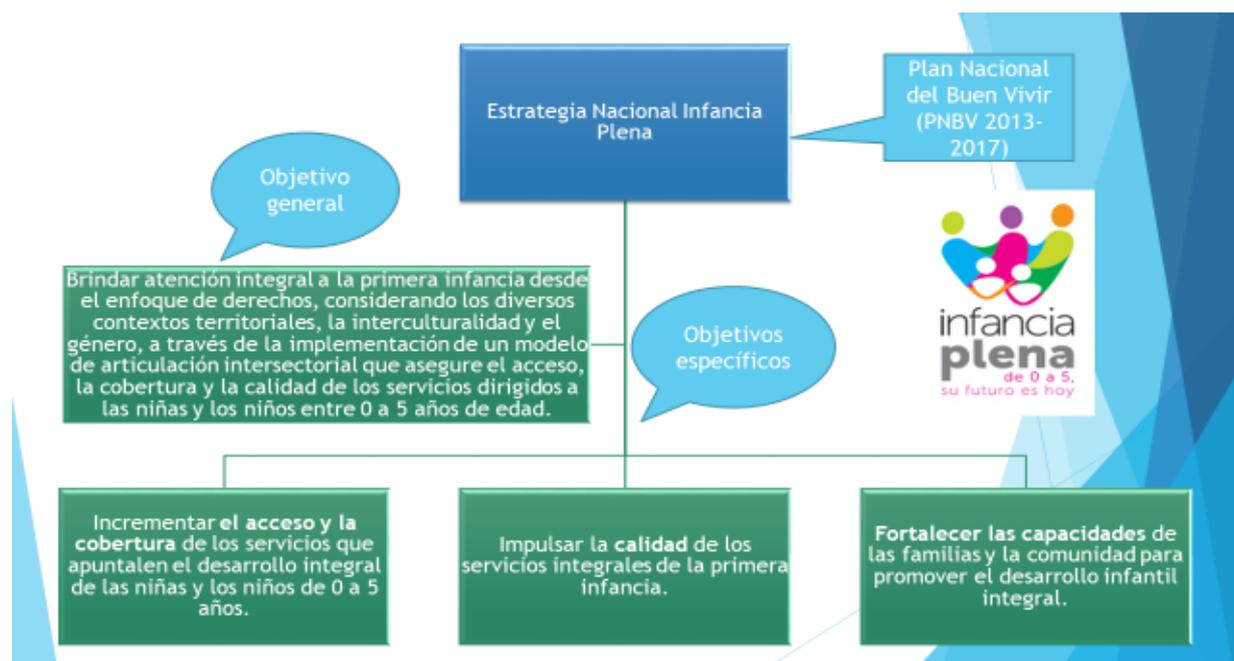
Gráfico 4. Propuesta de atención integral a la primera infancia en el Ecuador.



Autor: PHD Paulina Mesa y maestrantes. Docente de la Maestría de Educación, Mención Educación Inclusiva. Módulo “La Estimulación Temprana en instituciones inclusivas”, 2016.

En Ecuador se ha intencionado el trabajo interdisciplinario e intersectorial en la atención integral a la primera infancia, basado en un enfoque de derechos y alineados al Plan Nacional del Buen vivir, actual Plan Nacional de Desarrollo. El gráfico que se presenta a continuación refleja la intención, privilegiando objetivos específicos dentro de una Estrategia Nacional para la Infancia plena.

Gráfico 5. Estrategia Nacional por una infancia plena.



En relación a los servicios de salud, estos se han modernizado a través de una mejor atención materna y reproductiva, programas de control y eliminación selectiva de enfermedades, lo que incluye una mayor cobertura de tratamiento y vacunación, y un aumento en el financiamiento para apoyar la investigación médica y la salud básica en países en desarrollo; sin embargo, para cumplir con las metas para el año 2030, es necesario ampliar estas intervenciones, en particular en las regiones con mayor carga de enfermedades; por ello, las metas presentadas en este programa, se describen a continuación.

Metas de desarrollo para el año 2030 (Sesión Comité Ejecutivo, 2017):

- Para el año 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- Para el año 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

- Para el año 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
- Para el año 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
- Para el año 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
- Para el año 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos
- Para el año 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.
- Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

Con el objetivo de contribuir a la búsqueda de alternativas de mejoramiento de las necesidades de desarrollo y salud de los niños, se formula el siguiente problema científico: ¿Cómo contribuir al mejoramiento de las necesidades de desarrollo y de salud niños de 2 a 5 años que asisten a un Centro de Educación Inicial, de Guayaquil?

Objetivo general.

Proponer una estrategia de atención integral para las necesidades de desarrollo y de salud en niños de 2 a 5 años, que asisten a un Centro de Educación Inicial, de Guayaquil.

DESARROLLO.

Durante mucho tiempo, en las estrategias de intervención o de ayuda especial los niños con desventajas o limitaciones, prevaleció en mayor o menor medida el sistema clásico de la “pedagogía terapéutica”, que centra su atención en “el defecto” en las manifestaciones de “enfermedad” en las discapacidades de la persona y en la búsqueda de “terapias” generales que sirvan para todos, obviando las diferencias particulares del desarrollo de cada individuo (López, 2010). Esta postura en la relación salud-enfermedad, sobrepone la enfermedad (entendida como defecto), como criterio de la práctica médica, sin considerar los aspectos positivos o de bienestar desde la detección, evaluación y diagnóstico, intervención y seguimiento.

El avance de los conocimientos científicos y la mayor conciencia social entre otros factores, permitió superar la concepción fatalista de que “los defectos biológicos conducen a daños irreparables en el desarrollo de la personalidad”, lo que sirvió de fundamento a conceptos y actitudes de segregación y aislamiento, que prevalecieron en determinados momentos de la historia.

Los niños comúnmente denominados “niños con defectos o enfermos”, fueron concebidos durante largo tiempo como discapacitados, incapaces para casi todo, lo que bajo una concepción cada vez más humanista de la educación, la pedagogía, y otras ramas de la ciencias, se ha venido interpretando desde una dimensión integradora de causas y consecuencias biológicas, psicológicas y sociales.

La atención de salud debe satisfacer las necesidades de atención médica y estructurar programas de salud para mantener el bienestar de las personas, para que puedan estar activas y participar en la comunidad. Estar saludable representa lo mismo para todos, esto significa que se debe contar con

los recursos y la información necesarias para tomar decisiones saludables y saber cómo prevenir las enfermedades, desde las primeras edades, y más allá, en la etapa prenatal.

El concepto moderno de salud se basa en la concepción compleja y sistémica del ser humano como entidad psico-física y social, y está representado por el estado en el cual el ser humano desempeña todas sus funciones, tenga o no discapacidad.

En el caso de Ecuador eran significativo las falencias de un sistema asistencial que no lograba alterar las dinámicas sociales de exclusión y presentaban una baja incidencia en la vida real de las personas que soportaban serias restricciones de sus derechos efectivos. Entre las causas de ello, se señalaba la baja incidencia de las actuaciones del programa de prevención primaria relacionadas con las causas más frecuentes de mortalidad, natalidad, vacunación, inmunización, que condujo a muchos niños a presentar cuadros de enfermedades por causas evitables.

Los servicios de salud que existían para las personas eran limitados, precarios y no inclusivos en función de las diferencias y diversidad de las personas, básicamente porque partían de un enfoque rehabilitador centrado en la atención secundaria y terciaria o sea una mirada más curativa que preventiva y proactiva.

A partir de la Declaración, en Ecuador, de las políticas sociales y sanitarias relacionadas con la niñez como una política de Estado en el año 2007, el país ha obtenido grandes avances y resultados en materia de salud actualmente el programa “Toda una vida” que tuvo como antecedente el Plan Nacional del Buen Vivir.

Según informe elaborado a SENPLADES por la (Secretaría Técnica para la gestión inclusiva, 2016), la atención de salud, solo en el 2015, realizó 115.235 tamizajes en neurodesarrollo, de los cuales 1.726 dieron resultado anormal y han sido referidos a los Centros de Rehabilitación integral para una intervención temprana.

Se hicieron también 188.288 tamizajes auditivos en neonatos y 139.301 tamizajes visuales en niños y adolescentes. Se entregó 8.317 ayudas ópticas (lentes) y se han realizado 1.775 cirugías, de las cuales 837 corresponden a cataratas.

En Ecuador existen Centros de Educación Inicial cuya misión es la formación integral del párvulo, logrando una imagen de trabajo, orden y disciplina dentro y fuera de la institución, basado en el respeto a la interculturalidad, la equidad, el ejercicio de derecho, deberes y responsabilidades de todos los actores, dando de esta manera las bases sólidas para que continúen con la Educación Básica en cualquier establecimiento del país.

Se pretende aportar, además, una experiencia que permita desde la investigación, socializar resultados de salud y bienestar de niños de 2 a 5 años, basada en el trabajo colaborativo entre especialistas educadoras y las familias en la toma de decisiones saludables y preventivas, alineados a la protección de los derechos de la niñez.

En función del objetivo del presente estudio se asume las siguientes definiciones:

Primera infancia. Etapa más temprana que comienza con el nacimiento y llega hasta los 5 años. Los niños, que en la primera infancia reciben cuidados y afectos necesarios, disponen de más posibilidades de crecer en buena forma, enfermarse menos y desarrollar sus aptitudes y habilidades (Merino & J, 2013).

Necesidad de atender a los niños y las niñas de manera armónica, teniendo en cuenta los componentes de salud, nutrición, protección y educación inicial en diversos contextos (familiar, comunitario, institucional); de tal manera, que se les brinde apoyo para su supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje.

Estrategia. Conjunto de acciones secuenciales e interrelacionadas, que partiendo de un estado inicial (dado por el diagnóstico) permiten dirigir el paso a un estado ideal consecuencia de la planeación. Los componentes del sistema son la misión, los objetivos, las acciones, los métodos y procedimientos, los recursos, los responsables de las acciones y el tiempo en que deben ser realizadas, las formas de implementación, las formas de evaluación (Valle, 2012).

La estrategia propuesta incluye la detección, diagnóstico y evaluación, intervención y seguimiento, constituyendo una vía para la prevención y la atención integral a los niños.

Necesidades de desarrollo. Están enmarcadas en tres áreas fundamentales: psicomotricidad, habilidades sociales y comprensión.

Necesidades de salud. Cobertura de la atención médica, satisfacción con la atención de salud, y derivación a especialistas.

Prevención. Conjunto de acciones dirigidas a anticipar, prever, evitar, impedir, prepararse para que se logre un desarrollo mayor y mejor de determinada manifestación. “Proceso activo y asertivo de crear condiciones y/o atributos personales que promueven el bienestar de las personas” (Caplan Lofquist citado en Tesis de Maestría por (Mesa, 2005).

Atención integral. Es asegurar el acceso y permanencia a niños y niñas menores de 5 años a la prestación de servicios que garanticen como mínimo los derechos a educación inicial, atención y cuidado, nutrición y salud.

Materiales y Métodos.

Se utilizaron métodos teóricos como el análisis-síntesis, inducción-deducción y empíricos basados en pruebas psicológicas y de desarrollo, que se describen a continuación, y la entrevista semiestructurada a educadoras y familias para determinar las necesidades de salud.

Para determinar necesidades de desarrollo como la:

Psicomotricidad:

- Prueba de Desarrollo Psicomotor. Forma Nueva del Brunet Lezine.
- Exploración del nivel educativo alcanzado (reconocimiento y trazado de figuras geométricas, trazado de líneas en diferentes direcciones, reconocimiento de colores, dominio de los números, colorear, etc.).
- Prueba de orientación y lateralidad.

Comprensión:

- Metódica “Clasificación de objetos” para la exploración de los procesos del pensamiento (Forma abreviada).
- Interpretación de cuentos y relatos.
- Dibujo libre.
- Tarea exploratoria para conocer el grado de validismo alcanzado.

Habilidades:

- Observación directa de la actividad lúdica, actividad programada y procesos de alimentación.

El estudio abarcó dos períodos enmarcados en dos cursos escolares, y al finalizar cada uno, se elaboró un informe resumen sobre la atención psicológica brindada a los niños y sus familias, incluyendo los resultados y recomendaciones ofrecidas; además, se realizaron informes de psicología por cada niño.

Resultados.

Las necesidades de desarrollo se identificaron fundamentalmente mediante la observación realizada a las actividades diarias y la exploración psicológica individual, así como las necesidades de salud mediante la recopilación de la información ofrecida por las educadoras y padres de familia.

Se identificaron un total de 25 niños con necesidades de desarrollo en los dos períodos y áreas descritos anteriormente. Se observó un predominio de adquisición tardía de la dominancia manual, inmadurez en la estructuración de grafismos por prevalencia del dibujo celular en los niños de cinco años, inestabilidad en el dominio de la orientación corporal, espacial y en el plano. La comprensión global resultó favorable.

Las habilidades sociales se observaron en las actividades programadas e independientes, facilitando éstas el desarrollo de valores como la actividad del Rincón de la historia, donde los niños se vestían y asumían roles de profesiones o personajes de cuentos, interactuaban, cantaban y respondían preguntas de manera individual. Se evidenciaron conductas derivadas del aprendizaje socio moral,

expresados en disculpas a sus coetáneos ante situaciones que lo requerían y abrazos en términos de afecto y socialización.

Con relación a la atención de salud, la totalidad de las madres refirieron haber recibido atención médica durante el embarazo; el 95% sufrió riesgos prenatales y un 5% refiere no haber planificado el embarazo. La satisfacción con la atención de salud según las familias es favorable, y ha estado mediada por las posibilidades de accesibilidad económicas.

Como parte de la atención psicológica recibida en la institución, el 30% de niños estudiados fueron derivados a especialidades como Audiología, Psiquiatría, Endocrinología, Logofoniatría, Oftalmología, Nutrición, Psicopedagogía, y Psicología clínica. De acuerdo a las entrevistas realizadas a los padres, se identificaron factores que están en la base de las necesidades de desarrollo de los niños como son: lesión en el sistema nervioso central, riesgo biológico y ambiental, enfermedades, y alteraciones genéticas.

Una acción importante en el estudio lo constituyó la orientación a padres una vez identificadas las diferentes necesidades de los niños, muchas de las cuales tenían sus antecedentes de una atención prenatal insatisfecha o de riesgos biológicos, o ambientales. De igual manera fueron orientadas individualmente las educadoras.

Para la identificación de las necesidades de desarrollo se tomó como referente la clasificación de la CIE-10, en las categorías que se describen en la tabla siguiente:

Tabla 1. Referentes de las necesidades diagnosticadas en los niños estudiados: CIE-10.

	Clasificador CIE-10.
1	F.64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.
2	F70-F79 Retraso Mental.
3	F80-F89 Trastorno del Desarrollo Psicológico. F80 Trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje. F80.3 Afasia Adquirida.
4	F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.
5	F84 Trastorno generalizado del desarrollo. F84.5 Síndrome de Asperger.

6	F90-F99 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia. F90.0 Trastorno de la actividad y la atención.
7	F93 Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia. F93.0 Trastorno de ansiedad de separación en la infancia.
8	F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. F98.0 Enuresis no orgánica. 00 Enuresis solo nocturna. 01 Enuresis solo diurna. 02 Enuresis diurna y nocturna.
9	F98.3 Pica en la infancia.
10	F98.5 Tartamudeo.
11	Z61 Problemas relacionados con acontecimientos vitales negativos en la Infancia. Z61.6 Problemas relacionados con presunto abuso físico en el niño. Z62 Otros problemas relacionados con la crianza. Z62.0 Supervisión y control inadecuado por parte de los padres. Z62.1 Sobreprotección parental. Z63 Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, incluidas las circunstancias familiares. Z63.0 Problemas de relación entre esposos o con la pareja. Z63.3 Ausencia de un miembro de la familia. Z63.5 Ruptura familiar por separación o divorcio.

Discusión.

Las oportunidades en la atención integral y los cuidados de salud pública o privada en la primera infancia sientan las bases para el desarrollo futuro de los niños y pueden ser fortalecidas desde las instituciones infantiles con prácticas inclusivas, y se requiere de un trabajo interdisciplinario que abarca la preparación de las educadoras, el apoyo de la familia y del papel de los especialistas de la institución en la identificación y atención a las necesidades de los niños, a partir de una estrategia de atención integral, teniendo como punto de partida la prevención.

La atención primaria de salud es un criterio importante que favorece la labor preventiva, el diagnóstico y la evaluación, la intervención y el seguimiento desde una práctica de atención integral a la primera infancia.

De acuerdo al objetivo planteado y el procedimiento asumido, se pudo diseñar la siguiente propuesta de estrategia de atención integral a la primera infancia:

Gráfico 4. Propuesta de estrategia para la atención integral a la primera infancia en el Ecuador.



Autor: PHD Paulina Mesa y maestrantes. Docente de la Maestría de Educación, Mención Educación Inclusiva. Módulo “La Estimulación Temprana en instituciones inclusivas”, 2016.

La estrategia incluye algunos fundamentos teóricos para la atención integral a la primera infancia que pueden enriquecer su aplicabilidad, los que se resumen a continuación:

Fundamentos legales de la atención integral a la primera infancia:

- ❖ Constitución, leyes y programas estatales y sociales, que priorizan la infancia y en especial la primera infancia como etapa esencial del desarrollo humano.
- ❖ Conciencia social de la prioridad y protección de la primera infancia.

Fundamentos filosóficos:

- ❖ Carácter Humanista y potenciador de la Educación.
- ❖ Posibilidades para aprender de todos los niños y de recibir estimulación.

- ❖ Significado de la primera infancia en el sistema educativo.

Fundamentos Psicológicos:

- ❖ Relación Educación-Desarrollo en la que la primera es conductora.
- ❖ Particularidades psicológicas de acuerdo a la edad.
- ❖ Importancia de los contextos.
- ❖ Posibilidades de educabilidad.

Fundamentos Pedagógicos:

- ❖ Concepción del proceso de educativo.
- ❖ Principios de la educación de la primera infancia.
- ❖ Papel de las educadoras, la familia y actores sociales en apoyo al desarrollo de los niños.

CONCLUSIONES.

La sensibilización y participación activa de las educadoras y personal directivo, así como la observación directa de un profesional en psicología, constituyeron vías para describir las necesidades de desarrollo de los niños, las que se agrupan en tres áreas fundamentales: psicomotricidad, habilidades sociales y comprensión.

En la atención de salud de los niños, se determinó que las madres tuvieron asistencia médica, pre, peri y posnatal, reconociendo que en la mayoría de los casos el servicio ha sido satisfactorio. El control de salud es indispensable mantenerlo de manera preventiva ante la presencia de las necesidades de desarrollo identificadas en los niños, lo que justifica la necesidad de una atención integral.

La atención integral constituye una estrategia esencial para prevenir alteraciones secundarias y terciarias en niños que asisten a centros infantiles, en función de lograr el máximo desarrollo posible de sus capacidades y prepararlo para la vida escolar futura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Gudelia Fernández Pérez de Alejo. (2009). Prevención y atención Integral al niño de 0 a 6 años con necesidades educativas especiales. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
2. López, R. (2010). De la “Pedagogía de los Defectos” a la Pedagogía de las potencialidades. Nuevos conceptos en Educación Especial. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.
3. Merino, M., & J, P. (2013). Definición de primera infancia.
4. Mesa, V. P. (2005). Propuesta metodológica para el diagnóstico de las manifestaciones de violencia. Tesis de maestría: La Habana, Cuba.
5. Naciones Unidas. (2017). Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ecuador. Nueva York: Naciones Unidas.
6. PNUD (2018). Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Objetivo 3. Salud y Bienestar: Nueva York. Naciones Unidas.
7. Secretaria Técnica para la gestión inclusiva (2016). Fortalecimiento de servicios inclusivos y redes de apoyo para personas con discapacidad en Ecuador. Quito: Secretaria Técnica. Vicepresidencia República.
8. Sesión Comité Ejecutivo (2017). Agenda de salud sostenible para las américas 2018-2030: Washington, DC: OPS-OMS para las Américas.
9. Valle, L. A. (2012). La investigación Pedagógica. Otra mirada. La Habana, Cuba: Pueblo y Educación.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Especial (2011). Selección de lecturas sobre la Educación especial en Cuba. Editorial Pueblo y educación. La Habana. Cuba.
2. Curso pre/reunión del evento pedagogía (2009). La atención a la primera infancia y sus educadores. 2009. La Habana, Cuba.

3. Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación. CIE-10: CDI-10. 2000
4. López J y Siverio, AM. (2005). El proceso educativo para el desarrollo integral de la primera infancia. Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar. Cuba.
5. López, J. (2006). El diagnóstico: Un instrumento de trabajo pedagógico de preescolar a escolar. Edit. Pueblo y Educación, La Habana, Cuba.
6. Martínez, I. (2009). Educación y desarrollo de los niños preescolares. Instituto Superior Pedagógico “Rafael María de Mendive”. Pinar del Río, Cuba.
7. Peralta, M, V. (2000). Una alternativa para la educación de los niños y las niñas de 0 a 6 años: Programa educa a tu hijo. A.M. Siverio. En: Calidad y modalidades alternativas en educación inicial. Compilación. Educ. Cerid/Maysal, La Paz, Bolivia.
8. UNESCO (2004). Estudio nacional sobre coordinación de programas para la primera infancia. París.
9. UNESCO (2005). Proyecto “Educar en la diversidad”. Material de formación docente. Asesoría Técnica: Oficina Regional de Educación de UNESCO para América Latina y el Caribe (UNESCO– Santiago Chile).
10. UNICEF (1992). Para la Vida: Un reto de comunicación. Editora Pueblo y Educación, La Habana.

DATOS DE LOS AUTORES.

1. **Paulina Mesa Villavicencio.** Doctora en Ciencias Pedagógica. Docente de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil, Ecuador. Correo electrónico: paulinamesa51@gmail.com
2. **Daisy de la Caridad Pérez Mato.** Doctora en Ciencias Sociales. Docente de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil, Ecuador. Correo electrónico: daisy.perezm@ug.edu.ec

3. Pedro Humberto Vargas Valdez. Máster en Psicología Clínica. Docente de la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil, Ecuador.

RECIBIDO: 9 de septiembre del 2018.

APROBADO: 26 de octubre del 2018.