



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA

**PROPUESTA DE UN TALLER PARA FAVORECER LA SALUD  
MATERNO-INFANTIL (O A 2 AÑOS) DESDE EL ENFOQUE DE  
HABILIDADES PARA LA VIDA DIRIGIDO A MUJERES QUE  
VIVEN VIOLENCIA FAMILIAR**

**T E S I S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**ANA MORAVIA ROMERO TREVIÑO**

**DIRECTORA: DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

**COMITÉ DE TESIS:**

**MTRA. ROXANA DENISE PASTOR FASQUELLE**

**MTRA. MARÍA ISABEL MARTÍNEZ TORRES**

**LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ**

**MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ**



Ciudad Universitaria, D.F.

Junio, 2014.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA

*A Juan Daniel, por Juan Daniel y para Juan Daniel.*

*Un abrazo violeta para fundirnos en la memoria,*

*Esa memoria melancólica, que es nuestra historia transgeneracional:*

*Repetidos vínculos y desencuentros entre el amor, el deseo, el goce y el  
fantasma fundamental.*

**Homenaje a Juan Daniel Treviño Olivas †**

## AGRADECIMIENTOS

**A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**, por ser mi querida alma máter, en donde pude aprender el valor de la diversidad y la equidad, dos de las lecciones más significativas de mi vida.

**A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara**, por su valiosa escucha y guía durante la elaboración de este trabajo.

**Al comité de tesis**, quienes enriquecieron desde su mirada particular este trabajo.

**A mi madre, Lulú, y a mi padre, Julio**, por su infinita paciencia, entrega y apoyo en cada día de mi vida.

**A mi hermano Juliuuuuus**, fuente inagotable de alegría y cariño, me has acompañado en cada risaterapia, en cada abrazo, en cada intento de auto-sabotaje y en cada tropiezo. Tú sabes que eres mi chiquitín especial...y como diría Mario Benedetti: "Usted sabe, puede contar conmigo, no hasta dos o hasta diez, sino contar conmigo..."

**A mis amigas de toda la vida Dafne y Aislinn**, compañeras y escucha de aventuras, viajes y sueños: "You are my person, you will always be my person".

**A mi amigo Luis Alberto**, valoro tu pasión por la historia, tu dulzura, tu alegría y la autenticidad con que le haces frente a la vida. Estás en mi corazón hoy y siempre, al igual que toda tu familia hermosa.

**A la vida y a los pasos de muchas mujeres** que con su valentía, talento y resistencia sembraron en su caminar: curiosidad, creatividad y admiración. Con su ejemplo se enraizaron en mí como símbolos de dignidad y libertad; gracias a su lucha, el día de hoy puedo decir: ¡Esta voz es mía!

**A la solidaridad del Suroeste mexicano**, mi ámbar y mágico **Chiapas**, en donde pude crecer como ser humano, reforzar mi vocación y sanar mis heridas. Ahí aprendí que la manera correcta de tomar café, es como a cada quien le gusta.

**Al amor amarillo de cada nota musical** pues "un nuevo acorde te hace mirarme a los ojos", cada acorde en mí, despertó la capacidad de escucha activa.

**"And in the end, the love you take is equal to the love you make."**

**The Beatles**

## Gracias a la vida

Gracias a la vida que me ha dado tanto.  
Me dio dos luceros que, cuando los abro,  
Perfecto distingo lo negro del blanco,  
Y en el alto cielo su fondo estrellado,  
Y en las multitudes el hombre que yo amo.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.  
Me ha dado el oído que, en todo su ancho,  
Graba noche y día, grillos y canarios,  
Martillos, turbinas, ladridos, chubascos,  
Y la voz tan tierna de mi bien amado.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.  
Me ha dado el sonido y el abecedario,  
Con él, las palabras que pienso y declaro:  
Madre, amigo, hermano, y luz alumbrando,  
La ruta del alma del que estoy amando.

**Gracias a la vida que me ha dado tanto.  
Me ha dado la marcha de mis pies cansados;  
Con ellos anduve ciudades y charcos,  
Playas y desiertos, montañas y llanos,  
Y la casa tuya, tu calle y tu patio.**

Gracias a la vida que me ha dado tanto.  
Me dio el corazón que agita su marco,  
Cuando miro al fruto del cerebro humano,  
Cuando miro al bueno tan lejos del malo,  
Cuando miro al fondo de tus ojos claros.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.  
Me ha dado la risa y me ha dado el llanto,  
Así yo distingo dicha de quebranto,  
Los dos materiales que forman mi canto,  
Y el canto de ustedes que es el mismo canto,  
Y el canto de todos, que es mi propio canto.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.

**Letra y música: Violeta Parra**

## Puente

Hoy te busqué en la rima que duerme  
con todas las palabras  
si algo callé es porque entendí todo  
menos la distancia  
desordené átomos tuyos  
para hacerte aparecer  
(un día más, un día más...)  
arriba el sol abajo el reflejo  
de como estalla mi alma.  
Ya estás aquí y el paso que dimos  
es causa y es efecto  
cruza el amor yo cruzaré los dedos  
y gracias por venir  
**adorable puente**  
**se ha creado entre los dos**  
**cruza el amor**  
**yo cruzaré los dedos y**  
**gracias por venir**  
**gracias porvenir**  
adorable puente...  
cruza el amor  
cruza el amor por el puente.  
Usa el amor, usa el amor como un puente.

**Letra y música: Gustavo Cerati**

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO 1. SALUD MATERNO INFANTIL</b>	<b>11</b>
1.1 LA SALUD Y LAS MUJERES	11
1.2 LA SALUD MATERNO INFANTIL	17
1.3 DESARROLLO INFANTIL EN LA INFANCIA (0 A 2 AÑOS DE EDAD)	20
1.3.1 <i>Desarrollo físico</i>	23
1.3.2 <i>Desarrollo cognitivo</i>	29
1.3.3 <i>Desarrollo socio-emocional</i>	33
1.4 ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL	38
<b>CAPÍTULO 2. VIOLENCIA FAMILIAR</b>	<b>43</b>
2.1 DEFINICIÓN DE VIOLENCIA FAMILIAR	43
2.2 MODELO ECOLÓGICO DE LA VIOLENCIA	48
2.3 IMPACTO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LA SALUD DE LAS MUJERES	51
2.4 MALTRATO INFANTIL	54
2.5 CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL EN LA INFANCIA	57
2.6 BUEN TRATO	63
<b>CAPÍTULO 3. HABILIDADES PARA LA VIDA</b>	<b>66</b>
3.1 DEFINICIÓN DE HABILIDADES PARA LA VIDA	66
3.2 HABILIDADES PARA LA VIDA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	67
3.3 EMPODERAMIENTO EN LA SALUD Y AGENCIA PERSONAL	74
3.4 PRINCIPALES HABILIDADES PARA LA VIDA QUE FAVORECEN LA SALUD MATERNO INFANTIL	78
<b>CAPÍTULO 4. TALLER PARA MUJERES “APRENDIENDO A CUIDARME, NOS CUIDAMOS”</b>	<b>82</b>
4.1 LA METODOLOGÍA	82
4.2 OBJETIVO DEL TALLER	86
4.3 CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER: “APRENDIENDO A CUIDARME, NOS CUIDAMOS”	87
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>90</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>95</b>

## RESUMEN

El presente trabajo nace de la inquietud con respecto a las Metas de Desarrollo del Milenio (OMS, 2008). La propuesta de intervención se relaciona estrechamente con 3 de los 8 objetivos de Desarrollo del Milenio propuestos: el Objetivo 3, promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, el Objetivo 4, reducir la mortalidad infantil y el Objetivo 5, mejorar la salud materna. Así mismo, constituye un esfuerzo por contribuir desde la acción en un primer nivel, preventivo, a través del fortalecimiento de las siguientes herramientas: educación en salud, desarrollo de agencia personal y empoderamiento de las mujeres. Desmond Tutu, clérigo sudafricano y activista de los derechos humanos ganador del Premio Nobel de la Paz en 1984 nos recuerda con sus palabras: "Si queremos ver verdadero desarrollo en el mundo, entonces nuestra mejor inversión son las mujeres".

Palabras clave: Salud, Salud de las mujeres, Desarrollo infantil, Habilidades para la vida, Violencia familiar, Maltrato infantil, Violencia contra las mujeres, Factores de riesgo y de protección, Empoderamiento en la salud, Educación para la salud.

## ABSTRACT

The present work is born from the reading and curiosity about Millennium Development Goals (OMS, 2008). The proposed intervention is linked closely with 3 of the total 8 aims: the aim 3, promote gender equality and women empowerment; the aim 4, reduce child mortality and aim 5, improve maternal health. Also, is an effort to contribute from the action at a first level, preventive, through the strengthening of the following tools: health education, personal agency and women empowerment. Desmond Tutu, South African cleric and human rights activist, winner of the Nobel Peace Prize in 1984 reminds us with his words: "If we want to see real development in the world, then our best investment is women."

Key words: Health, Women's Health, Child Development, Life Skills, Domestic Violence, Child Abuse, Violence against Women, Risk and Protective Factors, Health Empowerment, Health Education.



## INTRODUCCIÓN

El ejercicio consciente de la maternidad y paternidad resultan de vital importancia para el desarrollo integral infantil durante los primeros años de vida. La relación que existe entre el bebé y su madre (o cuidador/a) será determinante en el desarrollo socio-emocional de éste. Una figura adulta constante y sensible en la vida del niño(a) significa un apego seguro y equivale a un acompañamiento durante el proceso de individuación, ya que favorece la autoestima, la adaptación del menor a nuevos ambientes, su resistencia al estrés y al aumento de sus capacidades cognitivas (Bowlby, 1998; Ampudia, Santaella & Eguía, 2009; Korosi et al., 2010).

Durante el embarazo, las mujeres viven una serie de cambios tanto físicos, hormonales y psicológicos, que pueden incluir experimentar ansiedades, preocupaciones y temores, de ahí, la necesidad de brindar orientación de calidad y calidez, así como herramientas que les permitan manejar estas posibles preocupaciones.

Aunado a esto, hay situaciones particulares, como la violencia familiar y el maltrato infantil que dificultan aún más la experiencia de la maternidad, ponen en peligro la salud de madres y bebés, obstaculizan el estilo de crianza afectivo y repercutirán en el posterior desarrollo de estos niños y niñas.

La violencia familiar o conyugal es un problema social y político y resulta ser una modalidad particular de la violencia de género, es decir, aquella violencia ejercida contra las mujeres por su condición de mujer. La Organización Mundial de la Salud OMS, en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud define a la violencia como *“un importante problema de salud pública en todo el mundo”* (OMS, 2002 p.2) cobrando en promedio 1,6 millones de vidas humanas cada año, demostrando que *“allí donde la violencia persiste, la salud corre grave peligro”* (OMS, 2002 p.vii).

Ampliando este panorama, se encuentra la siguiente cifra, espeluznante, del Banco Mundial: se estima que anualmente hay 9 millones de Años de Vida

Saludable AVISA, perdidos en el mundo debido exclusivamente a violaciones y violencia doméstica, esta cantidad es mayor que el total de mujeres víctimas de todos los tipos de cáncer existentes (Buvinic, 2008).

En nuestro país, la panorámica no es distinta, según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática INEGI, por medio de la Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH, (2011) el 46.1% de las mujeres a partir de los 15 años reportan haber vivido “*algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación conyugal*”. La Violencia Familiar ocupa el tercer lugar entre las causas de pérdida de años de vida saludable en las mujeres de la Ciudad de México (Lozano, 1997, 1999).

Entre las secuelas en la salud de las mujeres se señalan: daño físico, como: lesiones, mutilaciones, discapacidad; problemas ginecológico/urológicos, embarazos no deseados, complicaciones por embarazo, abortos espontáneos, enfermedad inflamatoria pélvica, infecciones de transmisión sexual, estrés postraumático, baja autoestima, abuso de drogas y alcohol, ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, sexuales, conductas de riesgo y transmisión transgeneracional de la violencia.

En esta investigación, precursora de las que hoy conocemos como ENDIREH, las causas significativas de los AVISA perdidos fueron: violencia conyugal en un 24.5%; maltrato infantil en un 17%, violencia sexual en un 10.3%, riñas por conflictos 17.8% y asaltos en un 30.5%. Es importante resaltar que de entre estas causas, la violencia conyugal fue la que mayor muerte prematura produjo (51.7%) y la violencia sexual la que mayor discapacidad ocasionó (78.8%).

En lo que respecta al Maltrato Infantil, durante el año 2011 se realizaron 21,031 denuncias por este hecho mientras que los casos comprobados como tal, fueron 14, 289 (INEGI, 2012). Además, las personas que viven violencia familiar, incluidos los niños y niñas maltratadas, acuden más veces a “*servicios hospitalarios de urgencia*” y “*padecen más problemas de salud*” (OMS, 2002 p.10).

Este horizonte nos permite afirmar que tanto la violencia como el maltrato infantil tienen consecuencias directas e indirectas en la salud de mujeres, niños y niñas a corto, mediano y largo plazo, causando no sólo la pérdida de bienestar en general, sino la pérdida de años de vida saludable derivados de lesiones, discapacidades, alteraciones psicológicas como la depresión, el abuso del alcohol, trastornos de ansiedad, estrés postraumático y problemas reproductivos tales como disfunciones sexuales, embarazos no deseados y complicaciones durante el embarazo.

Además de los daños, pérdidas humanas y afectivas, ambos repercuten social y económicamente al generar gastos destinados a la: *“atención sanitaria, costos judiciales, absentismo y pérdida de productividad”* (OMS, 2002 p.9).

La OMS estima que en México, los costos económicos de la violencia y su tratamiento en salud ascienden al 1.3% del Producto Interno Bruto del país. Aunado a esto, también existen otros costos indirectos que incluyen atención a largo plazo, la disminución de la productividad y la calidad de vida en las personas, pérdidas en bienes e infraestructura, así como dificultades para activar el turismo y otras inversiones para favorecer el crecimiento económico de los países.

Estos datos realmente alarmantes resaltan lo prioritario de intervenir de manera eficaz en la prevención de la violencia familiar y el cuidado de la salud materno-infantil. Numerosas investigaciones han demostrado que las habilidades para la vida son una herramienta eficaz para favorecer cambios de conducta favorables y duraderos en relación a la salud (Pérez De La Barrera, 2012; Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009; Botvin & Griffin, 2004; Mangrulkar, L., Whitman, C.V., & Posner, M., 2001) por lo que la propuesta de intervención será a través de un taller dirigido a mujeres que viven violencia familiar cuyo objetivo es desarrollar habilidades para la vida como un factor protector y facilitador del cuidado de la salud materno infantil.

## CAPÍTULO 1. SALUD MATERNO INFANTIL

*El derecho de toda persona al disfrute  
Del más alto nivel posible de salud física y mental.  
Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,  
Organización de las Naciones Unidas ONU, s/f.*

### 1.1 La salud y las mujeres

Desde su constitución en 1948 la OMS ha definido a la salud como: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 2006 p.1), además de considerarla como un derecho humano fundamental refiriendo que una de las funciones del Estado es la de garantizar que toda persona tenga acceso a ella en el nivel más alto posible.

Esta definición nos invita a repensar el concepto tradicional de salud, más allá de contraponerlo al de enfermedad, y de esta manera poder inscribirle en un marco más integral; la salud está íntimamente relacionada a factores como el ambiente físico, estilo de vida, condiciones económicas y sociales, por ello, la salud se vuelve un recurso imprescindible para el desarrollo humano.

Desde la perspectiva de la promoción de la salud, la salud es despojada de todo aspecto teórico e ideal y se le piensa como un medio para potencializar el rendimiento de las personas en diferentes esferas (económicas, sociales e individuales) e inclusive es vista como fuente reforzadora de aptitudes físicas y de niveles de autoeficacia (Nutbeam, 1998).

Esto quiere decir, que una buena salud es vista como un *“concepto positivo”*, *“sinónimo de “progreso” y “calidad de vida”* (OMS, 1986). Siguiendo esta línea Rico y Pamplona (2003), argumentan que *“la salud como necesidad es requisito básico para vivir, constituye la capacidad principal para el desarrollo y la realización de las personas”* (p.4).

En relación a la salud, la OMS ha fijado un objetivo a alcanzar en las tácticas sanitarias que se conoce como *“Salud para Todos”* (Health for All). Esta estrategia implica reconocer que existen desigualdades en relación al mantenimiento de la salud, al acceso de los servicios sanitarios y de oportunidades en la vida. Al visibilizar estas diferencias se busca lograr entre los diferentes países y entre las comunidades que les conforman un *“acceso justo”* al desarrollo y estado de la salud, es decir, obtener lo que se conoce como *“Equidad en Salud”* (Nutbeam, 1998).

La equidad en salud significa *“la ausencia de desigualdades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres para gozar los logros y beneficios en salud”* y está inevitablemente vinculado con los fundamentos de justicia social y derechos humanos (Organización Panamericana de la Salud OPS, s/f p.1).

Las estrategias de *“Salud para todos”* y *“Equidad en Salud”* tratan de garantizar el acceso de los derechos de las mujeres de una manera equitativa y transversal ya que, desgraciadamente muchas veces en las políticas públicas en el ámbito del sector salud, éstos se han ignorado o reducido a sólo las funciones reproductivas negando el principal atributo de la salud: un concepto integral de bienestar que conlleva oportunidades de desarrollo.

Una táctica implementada en nuestro país, a través del Instituto Nacional de las Mujeres INMUJERES (2012), es el de conmemorar el 28 de mayo como el Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres con el objetivo de coadyuvar en mejoras de *“condiciones de salud integral para las mujeres”* (p.49), además de sensibilizar y concientizar en materias como: mortalidad y morbilidad materna, cáncer de mama y cérvico-uterino, maternidad no forzada, etc.

A pesar de estas estrategias, y que ha habido logros en el estado de salud de las mujeres a nivel mundial, como el incremento en más de diez años en la esperanza de vida y la disminución marcada en tasas de fecundidad, hay ciertos temas, como la mortalidad materna, en donde los avances han sido escasos o nulos. Todavía medio millón de mujeres que viven en países con pocas oportunidades de crecimiento y pobreza, como México, mueren cada año por complicaciones en el parto y durante el embarazo, lo que representa un alto número de muertes enteramente prevenibles. A nivel mundial, el 50% de la población que vive con el Virus de Inmunodeficiencia Humana o padece del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA, son mujeres y el rango de edad mayormente afectado es el de los 15 a los 24 años de edad (Grown, Gupta & Pande, 2007). Así mismo, existen algunos contextos en donde prevalecen ciertos usos y costumbres que privilegian a determinado sexo, por ejemplo: recién nacidos varones reciben una lactancia más prolongada y ayuda médica oportunamente, realización de abortos a gran escala de niñas, por mencionar sólo algunos (De Keijzer, 2003).

Otra de las desventajas experimentadas por las mujeres que no ha sido cuantificada propiamente son las cargas a largo plazo derivadas del parto, la crianza de los hijos e hijas y el cuidado de la salud de otras personas, materia donde las mujeres son enteramente responsables, en la mayoría de los casos. Vicenta, promotora de la salud en Oaxaca, lo ilustra de la siguiente manera:

Porque nosotras tenemos siempre el café listo y echamos tortillas para que pueda comer nuestra familia. Preparamos los alimentos. Vamos a la plaza. Vamos por agua al río o al pozo. Cargamos en nuestras espaldas la leña. Limpiamos nuestra casa. Lavamos la ropa. Le damos de comer a nuestros animalitos. Atendemos a nuestros hijos. Cosemos la ropa y estamos atentas a lo que pueda faltar. Porque somos nosotras, siempre nosotras, las que estamos atentas para que nuestros hijos, nuestros esposos y nuestros padres no se enfermen y cuando se enferman, los cuidamos hasta que se curan y si no se curan, de todos modos siempre los cuidamos. Cuidamos que las enfermedades no entren a la comunidad. Cuidamos la Salud y amamos la Vida (comunicación personal, marzo 8, 2004).

No sólo en el ámbito de la familia observamos participación femenina en el cuidado de la salud, también la hay en el ámbito comunitario y profesional. Así como Vicenta, existen muchas mujeres que poseen un rol decisivo en la educación y protección de la salud: parteras, gestoras médicas, promotoras, auxiliares de salud, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas, doctoras. Todas ellas, desde diferentes trincheras, invierten tiempo, esfuerzo y dedicación; no obstante, su labor suele ser poco reconocida por la propia comunidad y, en ocasiones, es devaluado por las autoridades locales y propios profesionales de la salud, además, muchas de ellas poseen puestos de baja jerarquía en las diferentes instituciones de salud, siendo su presencia casi nula en los mandos superiores.

También las palabras de Julio Frenk Mora, entonces Secretario de Salud, nos hacen visibilizar el papel trascendental de la mujer y sus acciones a favor de la salud en nuestro país:

El sistema de salud no podría sobrevivir sin la aportación que hacen las mujeres en el cuidado de los integrantes de la familia y las comunidades, carga que, será creciente como consecuencia del cambio demográfico y el aumento de las enfermedades crónicas (comunicación personal, marzo 8, 2004).

Una de las consecuencias del cuidado de la salud de otras personas, es que las mujeres relegan a un segundo plano el cuidado de su propia salud, lo que las hace susceptibles de posponer realizar acciones preventivas como las revisiones médicas oportunas, como lo sugieren algunas de las principales causas de muerte en nuestro país: enfermedades del corazón, tumores malignos (cáncer de mama, ovario, etc.), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, enfermedades del hígado y afecciones originadas en el periodo perinatal (INEGI, 2013).

Al hacer la recapitulación del estado de la salud de las mujeres a nivel local y global podemos percatarnos que hacen falta hacer cambios importantes para evitar que estas desigualdades, usos y costumbres continúen reproduciéndose.

Una acción tomada por parte de la Comunidad Internacional para lograr esas transformaciones a favor de la salud las mujeres y del Desarrollo es la de impulsar los Objetivos del Desarrollo del Milenio, como ocho metas a alcanzar en el año 2015 como fecha límite. Cuatro de estas metas poseen una estrecha relación con la salud de las mujeres: el objetivo 3: promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, el 4: reducir la mortalidad infantil, el 5: mejorar la salud materna; y el 6: combatir el VIH-SIDA, paludismo y otras enfermedades. (ONU, 2008).

A nivel general, el objetivo 3 procura corregir las desventajas experimentadas por las mujeres a través de crear políticas y programas con líneas de acción como: mejorar sus oportunidades políticas y económicas, fomentar sus capacidades y garantizar su seguridad.

Estas acciones en conjunto complementan de manera directa las actividades específicas de los demás objetivos, pero para asegurar que haya mejoras sostenibles en la salud de las mujeres a largo plazo, la investigación continuamente ha demostrado que un factor clave, es el de la educación a las propias mujeres: cursar la enseñanza primaria se traduce en la disminución de la fertilidad y las tasas de mortalidad infantil. No obstante, asistir a la educación secundaria y más, equivale a muchos más logros en salud y empoderamiento de las mujeres, sobre todo en los países donde los servicios en salud no están ampliamente disponibles o si lo están son de baja calidad, como el nuestro. Estos logros incluyen: incremento en el rechazo de roles y estereotipos de género, mayor facilidad para encontrar redes de apoyo y oportunidades, incremento de la edad para contraer matrimonio, menor vulnerabilidad a contraer VIH/SIDA al incrementar su habilidad para hablar con su pareja del VIH, pedir el uso de condón o negociar métodos anticonceptivos con el cónyuge; mejora en los cuidados maternos, así como incremento en el uso de los servicios de atención prenatal, postnatal y de salud materna (Grown, et al., 2007).



Por último, aunque no es el caso de México, el nivel de educación se relaciona con las actitudes que las mujeres pueden tener hacia la mutilación genital, mujeres con educación secundaria rechazaban cuatro veces más esta práctica en general y hacia sus hijas y nietas en particular que mujeres que sólo habían cursado la primaria (El-Gibaly, Ibrahim, Mensch & Clark, 1999).

A manera de conclusión, existe una relación entre el nivel de educación de las mujeres y su situación particular en salud. A nivel internacional y regional existen diferentes acciones que se han puesto en marcha para contribuir al mejoramiento de la salud de las mujeres ya que muchas de éstas experimentan ciertas desventajas y riesgos que les dificultan acceder a una visión, así como servicios integrales de salud, de desarrollo, calidad de vida y de realización plena, la educación en este sentido engrosa los recursos de la mujer para disminuir estas brechas, convirtiéndose en un factor protector de la salud de las mujeres.

De esta manera, la educación constituye un elemento decisivo para poder lograr a largo plazo el empoderamiento de las mujeres, que se ve reflejado en beneficios significativos y perdurables en su salud, independientemente de que estas acciones y programas de intervención continúen operando, ya que favorecen la construcción de oportunidades para ellas mismas, desde ellas mismas y la visualización de sus propias capacidades y habilidades. Así mismo dentro de la educación formal, no formal e informal conviene reconocer y visibilizar la labor que desempeñan muchas mujeres en el cuidado de la salud de sus familias, la comunidad e institucionalmente dentro de la misma Secretaría de Salud SSA, con el fin de que el salvaguardo de la salud sea una tarea más equitativa y plenamente valorada dentro de la sociedad. De esta manera, el paradigma de atención a la salud se desplazará de: la intervención y el tratamiento de la enfermedad, al de la prevención y el resguardo de la salud como un derecho humano fundamental para el desarrollo y el bienestar integral, mismo que no sólo beneficiará a las mujeres, sino a la totalidad del país.

## 1.2 La salud materno infantil

*“...Cuando nos sentimos amadas/os incondicionalmente y cuando amamos, nuestro cuerpo se abre y todo el organismo funciona con un plus de vitalidad. (...) En periodos en que hemos vivido crisis afectivas, rupturas, hemos hecho duelos (despedidas afectivas), vivido abandonos, rechazos, teníamos una baja autoestima y nos despreciábamos, es fácil que enfermemos o aparezcan sintomatologías y dolores de diversa índole. Éste conjunto de síntomas inespecíficos o generalizados, cuando llegan a cronificarse, a la larga enferman al individuo o reducen con mucho su calidad vital y humana. Son manifestación del dolor interior.”*  
Fina Sanz

La situación mundial de la salud materno infantil resulta alarmante en los sectores menos privilegiados y con mayores carencias; diariamente las vidas de 800 mujeres terminan por causas enteramente prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, mientras que el 99% de la mortalidad materna se presenta en países “en desarrollo”, éste porcentaje es mayor en las zonas rurales, con mayor pobreza y en el grupo de mujeres adolescentes, pues tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. Este panorama ha originado que Organización de las Naciones Unidas impulse y promueva dos objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con esta área: reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna (Organización de las Naciones Unidas, 2008).

El INEGI (2009) dentro del programa interinstitucional que mantiene con el Instituto Nacional de las Mujeres Inmujeres para mostrar con información estadística los alcances de la equidad de género, define la salud materno infantil como:

El vínculo entre la madre y el hijo, mismo que delimita una relación simbiótica en donde las condiciones de salud de la mujer durante las fases del embarazo, parto y puerperio delimitan las condiciones en las etapas prenatal, natal y posnatal (hasta los 5 años de vida) en el infante (p.106)

La relación que favorecerá la salud en ambas partes es primordialmente afectiva, siendo un proceso que comienza cuando la madre se entera del embarazo, se consolida durante el nacimiento y se va intensificando conforme pasa el tiempo a través de sus interacciones continuas y de la capacidad de atención materna para adaptarse sensiblemente a las necesidades de su hijo(a). Durante el primer periodo de vida del infante, este vínculo será la experiencia más significativa pues a través de ésta irá construyéndose, descubriendo el mundo y repercutirá en su posterior salud mental (Bowlby, 1998).

Después del nacimiento, la lactancia materna es una práctica que garantiza la salud a plenitud en ambas partes encontrando las siguientes ventajas, para la madre: protección contra infecciones, acelera la recuperación física después del parto y la pérdida de peso recuperado con el embarazo, disminuye el sangrado después del parto, el riesgo de anemia y a largo plazo de desarrollar cáncer de mama, ovario y osteoporosis; para el bebé, obtención de beneficios nutricionales, protección inmunológica, reduce el riesgo de alergias y caries, así como incremento de la agudeza visual. Entre los beneficios psicológicos disminuye la depresión post-parto al ser una actividad temprana por excelencia que propicia el acercamiento y la sincronía entre madre e hijo(a) pues mientras son amamantados las mamás interactúan con sus bebés de acuerdo a su pauta de succión y pausa. Más allá de la satisfacción por la comida, la lactancia favorece el vínculo emocional que va adquiriendo forma para extenderse a otras actividades después del nacimiento (Reyes & Martínez, 2010).

Para que la madre promueva el apego seguro es necesario que vaya desarrollando su sensibilidad, paciencia y permita dejarse guiar por su bebé ajustando sus acciones en función de sus necesidades, mostrándose siempre disponible y atenta pues a través de la constancia y la calidad de los cuidados maternos y paternos recibidos por el/la bebé, esta relación afectiva se va nutriendo de confianza y buen trato, elementos que servirán como soporte del desarrollo socioemocional infantil posterior al constituir agentes protectores frente a problemas complejos de la vida cotidiana pues:

En los primeros años adquirimos lo que será la base de la estructura de nuestra personalidad. Durante el proceso de socialización aprendemos a desarrollar unos valores y roles y fantaseamos que gracias a ellos seremos más queridos/as y tendremos el reconocimiento de la pareja amada. De esta manera se empiezan a crear y estructurar vínculos afectivos. Los primeros vínculos se establecen con las figuras parentales –sobre todo madre/padre- que son las primeras personas amadas, configurando a través de esas primeras relaciones los futuros vínculos y más adelante desplazando nuestro impulso amoroso hacía fantasías de vínculos amorosos con otras personas-parejas amorosas (Sanz, 2008 p. 123).

Además de padre y madre existen otras figuras de paternaje o maternaje tempranas en la vida de un bebé. Sin embargo, en conjunto resultan ser los primeros modelos de vínculo amoroso con una huella permanente, pues el acto creativo de amar se aprende en estas primeras interacciones, si el modelo no fue sensible y de buen trato la persona se adentra en las profundas aguas de la compulsión a la repetición:

El amor a sí misma/o es un aprendizaje básico. No se puede dar lo que no se tiene, ni enseñar lo que no se sabe...amarnos significa reconocer nuestra dignidad de personas y el derecho de vivir en condiciones de dignidad, con nuestros límites, nuestra historia y nuestro ritmo de desarrollo (Sanz, 2008 p. 16).

Este vínculo temprano le proporcionará al bebé un modelo de relación consigo sí mismo, así como aprender a responder frente experiencias de cariño, ternura, simpatía, consuelo, y cuidado: *“es por ello fundamental revalorar, y resignificar el vínculo materno y su importancia en el desarrollo psicológico de las niñas y los niños”* (Martínez, 2011 p. 88).

Por último, en relación a los vínculos, es importante flexibilizar los roles asociados a la maternidad para disfrutar no sólo de cuidar, sino también de ser cuidada, así como no sólo dar, sino que las mujeres madres se permitan recibir placer. Solamente así podremos darle cabida y reconocer socialmente el trabajo maternal.

### 1.3 Desarrollo infantil en la infancia (0 a 2 años de edad)

El desarrollo es un proceso continuo y acumulativo que implica una serie de cambios que van desde el nacimiento hasta la muerte. El desarrollo infantil se divide en etapas o periodos. Se llama *“Infancia”* al periodo comprendido durante los primeros dos años de vida (Spitz, 1965; Sroufe, 2005), mientras que para Sears (Maier, 2000), la etapa de la infancia dura 16 meses. El presente trabajo considerará a la infancia el periodo comprendido entre los cero y los dos años de edad. Papalia y Wendkos (1998) puntualizan que en este primer periodo de la vida, lo siguiente: *“los cambios que ocurren especialmente en los dos primeros años de vida, son extraordinarios”* (p.430).

El proceso de desarrollo infantil posee tres áreas definidas: física, cognitiva y socio-emocional. Cabe recalcar que existe una relación íntima y estrecha entre ellas, por lo que si una área es afectada, se observará una repercusión en las demás y viceversa, si una esfera recibe estimulación, las otras se verán beneficiadas. Por esta razón, investigadores del área de la Psicología Infantil como Shaffer (2000), Piaget e Inhelder (1984/2002) afirman que el desarrollo infantil es un proceso holístico e integral.

Para Piaget e Inhelder (1984/2002) el desarrollo es definido como una *“evolución dirigida”*, con dos dimensiones igualmente importantes, *“inseparables e irreductibles”* (p. 157), la *“afectiva”* y la *“cognoscitiva”* y lo conceptualizan desde una visión constructivista, en sus palabras:

En el caso de desarrollo del niño no hay plan preestablecido, sino una construcción progresiva tal que cada innovación sólo se hace posible en función de la precedente. ...Y constituye la resultante de una construcción ininterrumpida, debida a una sucesión de generaciones cada una de las cuales ha pasado por la infancia: la explicación del desarrollo debe, pues, tener en cuenta esas dos dimensiones, una ontogenética y la otra social. (p.155).

Otra perspectiva teórica más contemporánea que sostiene una visión integral y sistémica del desarrollo es el modelo ecológico, en donde éste se conceptualiza como un proceso dentro de un contexto con un nivel de complejidad alta dado que existen muchos factores ambientales que influyen en este curso, siendo el ambiente el que desempeña un papel protagónico dentro del desarrollo. En palabras de su creador:

El desarrollo humano es el proceso por el cual la persona en desarrollo adquiere una concepción del ambiente ecológico más amplia, diferenciada y válida, y se motiva y se vuelve capaz de realizar actividades que revelen las propiedades de ese ambiente, lo apoyen y lo reestructuren, a niveles de igual o mayor complejidad, en cuanto a su forma y contenido (Bronfenbrenner 1987 p.47)

Este modelo puntualiza cuatro afirmaciones en relación al desarrollo:

1. La persona en desarrollo está activa, se mueve y posee la capacidad de modificar el medio que le rodea.
2. La relación entre ambiente-persona es mutua.
3. El ambiente no se reduce sólo al ambiente más próximo de la persona, sino engloba ambientes más amplios y las relaciones entre éstos.
4. El ambiente ecológico está conformado por estructuras progresivas llamadas: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

Continuaré describiendo los diferentes sistemas que conforman este ambiente ecológico. En el microsistema encontramos patrones de actividades, roles y relaciones principalmente familiares que se establecen cara a cara; el mesosistema se refiere a las relaciones existentes entre dos o más sistemas significativos para la persona en desarrollo, mientras que el exosistema son entornos en donde la persona no se encuentra activa pero que lo que ocurre dentro de estos pueden afectarle, lo constituyen las diversas instituciones

educativas, culturales, legales, laborales, religiosas, políticas a través de las cuales van permeando los valores y creencias sociales. Por último, el macrosistema abarca los valores sociales y creencias que legitiman modos de ser y de pensar (Bronfenbrenner, 1987; 2005).

Más adelante profundizaremos sobre su aplicación para comprender la violencia, tema del siguiente capítulo.

Por otro lado, la OMS (2006) pone especial énfasis en la función adaptativa del desarrollo, que cuando se da en un medio estable y no hostil permite hacer frente a los cambios de la vida cotidiana: *“El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo”*. (p.1). También observamos en esta definición como el concepto de desarrollo infantil va de la mano de la salud.

Si el objetivo a alcanzar es velar por el desarrollo de la niñez, el papel de papá y mamá, a través de su acompañamiento sensible, constante y oportuno, resultan claves en esta etapa de la Infancia para favorecer en sus bebés su salud, bienestar y la seguridad en sí mismos(as) y de esta manera, impactar en lo que será *“la salud mental de la generación siguiente”* (Bowlby, 1995 p.13). Así mismo este acompañamiento permite desarrollar conductas de crianza exitosa y prevenir problemas emocionales como frustración, angustia, ansiedad, vergüenza, culpa, maltrato, abandono y depresión, tanto en hijos e hijas, como en madres y padres, pero para poder brindar esta constancia y sensibilidad de una manera efectiva es necesario conocer el desarrollo infantil de una manera integral.

A continuación se describe con mayor detenimiento los cambios que experimentan los y las bebés en las diferentes áreas del desarrollo durante el periodo de la Infancia.

### 1.3.1 Desarrollo físico

Existen algunas generalidades con respecto al desarrollo físico que es necesario puntualizar:

- Ψ Pasa por un proceso de especialización, es decir sigue el camino de lo global a lo específico. Por ejemplo: él o la recién nacida es capaz de mover todo su cuerpo antes de mover cada una de sus partes, mientras que su visión, en un principio es difusa y posteriormente puede diferenciar las tonalidades de los colores.
- Ψ Sigue una dirección céfalo-caudal, es decir, cuando él o la bebé nacen, su órgano más evolucionado es la cabeza (cuando nace ésta representa el 50% de la longitud total del cuerpo) y las menos desarrolladas son las extremidades.
- Ψ Cumple con el principio próximo distal, esto es que el desarrollo se deriva del centro del cuerpo hacia los lados.
- Ψ El desarrollo físico es constante, siempre y cuando no intervengan factores ambientales, es decir mantendrá la misma velocidad en determinado periodo, durante los dos primeros años de vida el ritmo del desarrollo es rápido, observamos cambios y crecimiento muy significativos en un tiempo corto.

El desarrollo físico en la Infancia es sorprendentemente acelerado, como media durante el primer año de vida un bebé gana 30 gramos por día y 2.5 centímetros por mes, lo que representa tres veces su peso al nacer. Así mismo, al llegar a los dos años de edad después del nacimiento poseen cuatro veces su peso inicial alcanzando alrededor de 12 a 13.5 kilogramos. Acerca de los huesos del recién nacido cabe mencionar que son pequeños, flexibles y suaves, específicamente sobre los huesos del cráneo es hasta los dos años de edad donde se logran unificar las fontanelas, cuya función es permitir que se expanda el cerebro conforme se va desarrollando, y formar un solo hueso del cráneo (Shaffer, 2000).



En la infancia también está presente esta inusual rapidez en el desarrollo del cerebro pues observamos lo que se conoce como “crecimiento acelerado” de éste, al finalizar los dos años después del nacimiento alcanzará el 75% de su peso final adulto, además el número de neuronas y la cantidad de *“formación de conexiones sinápticas entre neuronas”* (p.156) es mayor a la que posee un adulto(a) y por último, el papel de la mielinización y la plasticidad cerebral en relación a la experiencia de estimulación son factores que permiten favorecer el crecimiento cerebral, la maduración y su posterior diferenciación. Inicialmente, las primeras áreas más desarrolladas y las que maduran con mayor rapidez, son las que están a cargo de reflejos y de funciones básicas como la digestión y la respiración, además de las que vigilan procesos sensoriales, como la visión, audición, olfato y gusto (Shaffer, 2000).

El área motriz, atraviesa por un proceso de especialización, que empieza por los reflejos, le sigue la motricidad gruesa y por último, la fina. El objetivo final es que el y la bebé puedan separar movimientos y partes de su cuerpo: el lado derecho del izquierdo, la cabeza del cuerpo y las extremidades, diferenciación del tronco superior e inferior.

Ahora bien, se considera un reflejo a una *“respuesta inmediata a los estímulos del exterior. ...Evolucionan y se integran para convertirse en movimientos voluntarios.”* (Athié et al., 2010 p.168). La presencia de reflejos resulta fundamental ya que son índice de la madurez del Sistema Nervioso Central y la base necesaria para el aprendizaje ulterior, así mismo, sólo están presentes en un tiempo definido, de respuestas involuntarias luego se transforman para estar bajo el control del bebé. Algunos reflejos y la edad en la que desaparecen son: de búsqueda (novenos meses), Moro (tercer mes), de marcha, palmar o de prensión y de Babinski, éstos últimos desaparecen de los cuatro a seis meses de edad del recién nacido (Papalia & Wendkos, 1998).

La coordinación motora gruesa implica la fuerza corporal, el equilibrio y la postura necesarias para ejecutar diferentes movimientos (alcanzar un objeto, gatear, caminar), mientras que la fina se refiere a la coordinación viso-motora que aparece alrededor de los 5 meses, es decir, cómo el infante puede armonizar acciones utilizando sus ojos y manos (tomar un objeto), este logro solo se puede alcanzar si el/la bebé desarrollan capacidades perceptivas, en particular, la espacial.

Sobre el desarrollo de las capacidades perceptivas, Piaget señala que afirmar que la percepción es sinónimo de inteligencia por sí misma sería un error al no tomar en cuenta su notable sincronía con el periodo senso-motor del desarrollo cognitivo, por ejemplo: para que un(a) bebé pueda percibir el tamaño real de los objetos es necesario primero que esté establecida por completo la coordinación viso-motriz, o bien, para que se pueda distinguir una constancia de la forma de los objetos independientemente de su posición es necesario que el/la bebé haya desarrollado la permanencia de éstos. En otras palabras, el desarrollo de la percepción depende de las actividades y operaciones senso-motoras, y no son el origen exclusivo de la inteligencia, tema a profundizar en el apartado siguiente. Además, algunos aspectos muy concretos de la percepción como la conservación de operaciones se lograrán alcanzar en edades posteriores, por ejemplo: la conservación de sustancia se logra alrededor de los siete-ocho años, mientras que la del volumen hasta los doce, por ende, *“la percepción, constituye, en efecto, un caso particular de las actividades senso-motoras”* (Piaget & Inhelder, 1984/2002 p.39)

Así como el área motriz va perfeccionándose, paralelamente el área sensorial va también evolucionando, por ejemplo, la vista en el recién nacido pasa de ser borrosa, en blanco y negro y ser capaz de fijar la vista a objetos cercanos entre 20 y 40 cm., a ir discerniendo alrededor de los tres meses colores como el rojo, azul y verde y poder fijar su vista en figuras con movimiento. A los cuatro meses, empieza el desarrollo de la profundidad, al quinto mes la coordinación viso-motora y al sexto mes puede mirar distancias más largas, ver todos los colores y mover de manera independiente los ojos de la cabeza (Athié et al., 2010).

El oído, al igual que el olfato están muy desarrollados en el recién nacido, pues tiene la capacidad de oír y oler a partir del séptimo mes de embarazo además de reaccionar a los sonidos y a los diferentes olores desde ese momento estableciendo una relación con el mundo exterior. Cuando nace, es capaz de reconocer la voz y el olor de su madre, siendo éste un estímulo intenso para iniciar la lactancia materna y el proceso de vinculación madre-hijo(a). Al cuarto mes asocia las palabras con los sonidos y busca intercambiar comunicación de una manera más activa. Mientras que al quinto mes está muy interesado a los sonidos que le resulten novedosos además de poder determinar de dónde provienen éstos (Athié et al., 2010).

El sentido del tacto resulta esencial para la estimulación del bebé, el recién nacido posee gran cantidad de receptores sensitivos en los dedos y labios por lo que en este periodo disfruta de chuparse los dedos, esta misma característica también favorece la lactancia materna, además, su piel es muy sensible al contacto y disfrutan de la proximidad, ya que cuando escuchan los latidos del corazón de su mamá y están en contacto piel a piel con ella es un poderoso estímulo para tranquilizarles y relajarles (Athié et al., 2010).

En la tabla 1 y 2 se muestra un resumen acerca de los logros generales esperados según la edad del bebé de acuerdo con el material desarrollado por el Consejo Nacional de Fomento Educativo CONAFE, 2008.

**Tabla 1. Logros Generales por edad del recién nacido en el primer año de vida (CONAFE, 2008)**

<b>Edad</b>	<b>Logros Generales</b>
<b>3 meses</b>	Posee horario regular de alimentación y sueño
	Fija su vista mientras es alimentada (o) o mientras le hablan
	Responde con sonrisas, movimientos, sonidos y ruidos cuando le hablan
	Es capaz de mirar rostros
	Reconoce quién es su madre o cuidador(a)
	Sigue los objetos con la mirada
	Realiza movimientos fluidos de brazos y piernas
	Se tranquiliza ante acciones como: cargarle, mecerle, hablarle
	Llora cuando necesita algo
	Se inquieta ante un sonido raro y fuerte
	Mueve piernas y brazos por separado
	Mueve cabeza y ojos en búsqueda de sonido
	<b>6 meses</b>
Es capaz de pasar objetos de una mano a otra	
Agarra y manipula objetos	
Puede arrastrarse sobre su estómago para alcanzar algo	
Laleo o vocalizaciones	
Manifiesta miedo a los extraños	
Imita sonidos y gestos simples	
Disfruta llamar la atención de sus cuidadores	
Se altera cuando su madre o padre se va	
Es capaz de mantenerse sentado, mientras busca tomar un objeto	
Repite acciones para manipular objetos	
Explora cosas con las manos y la boca	
Responde si observa a alguien que le resulta conocido	
Voltea cuando le llaman por su nombre	
Responde con sonidos simples	
Reconoce la voz de sus cuidadores	
<b>9 meses</b>	Señala las partes de su cuerpo
	Toca su imagen en el espejo
	Diferencia a las personas que le son familiares de las que no
	Le interesan los juguetes
	Disfruta estar cerca de otras niñas y niños
	Puede decir sílabas sencillas: “da”, “ma”, “pa”
	Reconoce el “sí” y el “no”
	Imita acciones sencillas
	Busca un objeto si es escondido
	Gatea
	Puede permanecer sentado sin caerse
	Es capaz de estirarse para alcanzar un objeto que le llama la atención
	Extiende los brazos en busca de cercanía para que le carguen

**Tabla 2. Logros Generales por edad del recién nacido en el segundo año de vida (CONAFE, 2008)**

<b>Edad</b>	<b>Logros Generales</b>
<b>12 meses</b>	Es capaz de identificar a familiares cercanos
	Dice con claridad tres palabras
	Puede detener su acción si alguien le dice no
	Puede darse a entender señalando objetos y balbuceando palabras
	Reconoce su nombre cuando le hablan
	Se mantiene tranquilo al ver a otras personas si está con personas que le resultan conocidas
	Puede pedir ayuda para obtener el resultado que desea
	Se muestra interesado ante nuevos lugares y objetos
	Intenta vestirse o desvestirse
	Es capaz de imitar lo que hacen las demás personas en base a la observación
	Puede ponerse de pie y dar unos pasos
	Busca personas y objetos fuera de su campo visual
	Disfruta de juegos en donde pueda meter y sacar objetos
Puede tomar un objeto en cada mano	
<b>1 año 6 meses</b>	Camina por sí mismo (a) y se cae pocas veces
	Imita acciones nuevas
	Intenta participar en su cuidado personal
	Trata de solucionar un problema por sí mismo antes de apoyarse en las demás personas
	Mayor independencia y autonomía
	Expresa sus gustos
	Recuerda personas, objetos y eventos
	Se separa de su mamá por momentos
	Es capaz de comprender preguntas, instrucciones, gestos, palabras y acciones de las personas que le rodean
	Usa gestos, palabras y sonidos parecidos a palabras para comunicarse
	Entiende lo que debe y no debe hacer
	Menciona diferentes objetos
	Detiene los berrinches si se le toma poca atención y se le presentan diferentes alternativas
<b>2 años</b>	Explora el medio que le rodea
	Intenta establecer relaciones con otros niños y niñas
	Comprende lo que está bien y lo que no
	Juega solo (a)
	Se llama a sí misma (o) por su nombre
	Es capaz de fijar su atención por periodos cortos
	Expresa su molestia
	Contesta con palabras y gestos
	Soluciona problemas sencillos
	Aprende diferentes sensaciones
	Juega y camina con mayor seguridad
Agrupar objetos que poseen alguna relación	

Factores ambientales como la desnutrición, la obesidad, problemas de tipo emocional en el vínculo madre-hijo(a); como recibir poco afecto, el abandono y el maltrato infantil pueden originar que niños y niñas no lleguen al nivel esperado de desarrollo para su edad.

Saber del desarrollo integral infantil a diferentes edades, les permitirá tanto a mamás como a papás, entender mejor a sus bebés, realizar actividades de estimulación específicas que les resulten atractivas y detectar de manera oportuna cuando algo no marcha bien para poder atender a tiempo estas posibles señales de alarma.

### 1.3.2 Desarrollo cognitivo

Para comprender mejor la evolución mental de niños y niñas resulta fundamental hacer una revisión de la teoría Piagetiana.

Uno de los conceptos centrales de esta teoría es el de sub-estadios o periodos, en donde cada estructura resulta clave pues de su ejercicio e integración depende la edificación de la siguiente, creando así estructuras de conjunto, a través de un mecanismo de asimilación. Piaget enfatiza que si bien el orden de aparición de estos sub-estadios no varía, las edades sí, dependiendo del ambiente social y de las particularidades del bebé.

Para Piaget (1984/2002), en la Infancia se ubica el primer nivel del desarrollo cognitivo, al que llama el periodo senso-motor. Según Maier (2000) esta palabra se refiere a que el/la recién nacido(a) *“crea un mundo práctico totalmente vinculado con sus deseos de satisfacción física en el ámbito de su experiencia sensorial inmediata”* (p.111).

El periodo senso-motor sucede durante los primeros dieciocho meses después del nacimiento, le antecede la aparición de la función simbólica y el lenguaje. Se caracteriza por ser rápido y con una importancia clave ya que en éste se desarrollarán estructuras cognitivas que servirán de base para construir

posteriores estructuras perceptivas, afectivas e intelectuales (Piaget & Inhelder, 1984/2002).

La evolución que sigue el periodo senso-motor va de los reflejos a los hábitos, hasta alcanzar, “a través de la observación y exploración ... y la motivación” (Quintero, 2005 p.5), por completo el pensamiento y la representación mental, el mecanismo que va permeando esta evolución es la asimilación activa, es decir, cada logro no puede ser separado de la función global, ni se le puede alcanzar individualmente en un vacío de desarticulación.

El periodo senso-motor puede dividirse de manera esquemática en seis estadios que se encuentran resumidos en la tabla no.3.

**Tabla 3. Seis estadios del periodo senso-motor (Piaget & Inhelder, 1984/2002)**

Estadio	Edad	Características
I Reflejos	0-1 mes	Función de supervivencia y el establecimiento de vínculos afectivos. Piaget define a los reflejos como “ <i>Actividades espontáneas, globales y rítmicas</i> ” (Piaget & Inhelder, 1984/2002 p.18).
II Reacciones circulares primarias	1-4 meses	Primeros <i>hábitos</i> en relación al propio cuerpo, que conlleva cierta maduración neurológica: succión del pulgar.
III Reacciones circulares secundarias	4-8 meses	<i>Coordinación ojo-mano</i> . Ampliación de las primeras repeticiones exteriores al cuerpo.
IV Intencionalidad	8-12 meses	Diferenciación entre medios y fines. <i>Inteligencia práctica</i> . Medios de esquemas familiares.
V Reacciones circulares terciarias	12-18 meses	Se descubren diferentes medios a través de la <i>experimentación</i> : conducta del soporte.
VI Representación mental	18-24 meses	Descubrimiento de nuevos medios a través del análisis de la situación, no del azar: conducta del bastón. <i>Insight</i> . Da paso al periodo preoperacional.

¿Ante la interesante pregunta de ¿Cómo es el universo de un bebé recién nacido? Piaget (1984/2002) explica que toda la energía del bebé cuando nace está

concentrada en la experiencia de su propio cuerpo, pero, conforme el periodo senso-motor avanza, se irá edificando paulatinamente lo que él llama la “construcción de lo real”, tesis fascinante acerca de la formación de los principales conceptos como son: objeto permanente, espacio, tiempo y causalidad, pues de una inconsciencia del sí mismo(a) y la realización de actividades rítmicas corporales alcanza la diferenciación notable, la regulación y el principio de reversibilidad.

Sobre el concepto de objeto permanente se refiere a que independientemente de que un objeto desaparezca del espacio de visión, sabemos que existe y posee un lugar determinando en el mundo, al finalizar el periodo senso-motor es cuando se logra por completo; el ejemplo clásico en este aspecto, es el juego de buscar y esconder objetos, si un(a) bebé no ha alcanzado la permanencia deja de buscar el objeto apenas ha salido de su área de percepción, pero si ya alcanzó el estadio de representación mental, entonces continuará buscándolo; levantará el pañuelo o señalará con su dedo en dónde está.

Con lo que respecta al espacio, el recién nacido percibe varios espacios concentrados en su propio cuerpo, así como campos visuales desarticulados, será también al alcanzar el segundo año de vida que se agrupe en uno solo global.

En relación al tiempo, evoluciona paralelamente junto con los demás conceptos, al principio no hay una conciencia de éste y las experiencias se viven como inmediatas en cuanto las necesidades del bebé son cubiertas, para posteriormente ser capaz de recordar eventos y situaciones. En cuanto a la causalidad, Piaget (1984/2002) menciona que en un primer momento es mágica-fenomenista, pues no hay diferenciación entre afuera-adentro, es decir, el niño y la niña todavía no son capaces de diferenciar entre ellos(as) mismos(as) y lo que les rodea, será hasta entrado el segundo año que pueda distinguir las relaciones existentes entre los objetos, independiente de su acción.



Quintero (2005) propone la realización de algunas actividades sencillas para la estimulación del desarrollo cognitivo como son: buscar que el o la bebé tenga la oportunidad de interactuar con diferentes objetos y personas; propiciar que esté rodeado de un *“ambiente adecuado y seguro”*; proponerle tareas a partir de sus intereses particulares y necesidades; ejercitar la observación y exploración a través de salidas y excursiones, puede ser inclusive, en un paseo corto en automóvil; por último, *“verbalizar”* toda actividad que hagamos con el/la bebé para también favorecer la adquisición del lenguaje (p.6); al respecto del desarrollo del lenguaje, Maier (2000), apunta que esta adquisición es derivada de un proceso de imitación de los sonidos e *“implica un predominio de la acomodación de un modelo ambiental”* en donde van cobrando fuerza los símbolos representativos, el juego y *“la identificación como proceso mental”* (p.125).

Una investigación realizada por Korosi (Korosi et al., 2010) arrojó que la estructura del cerebro es influenciada por el ambiente muy tempranamente en la vida, en específico por el cuidado materno pues está asociado al mejoramiento de funciones cognitivas, como la memoria y la resistencia al estrés. Se descubrió que el cuidado materno modifica los genes de la hormona liberadora de corticotropina y reduce su liberación en el hipotálamo, lo que garantiza que las dendritas no se atrofien por un exceso de estrés y sigan transmitiendo los impulsos nerviosos entre las neuronas, además de conservar la capacidad de generar nuevas conexiones. En organismos de temprana edad, grandes cantidades de estrés bloquean la comunicación cerebral y existe el riesgo de dañar su desarrollo al aumentar el riesgo de ansiedad, depresión y demencia, por lo que, podemos concluir que el cuidado materno es un factor protector para el desarrollo cognitivo durante la Infancia.

Para finalizar el breve recorrido realizado sobre el desarrollo cognitivo es de vital importancia destacar que Piaget al enumerar que existen 4 componentes claves en este proceso, menciona que por sí solos resultan insuficientes para explicarlo en su totalidad: la maduración orgánica (crecimiento del Sistema Nervioso

Central), la experiencia con los objetos (ejercicio y acción de dos tipos: física y lógico- matemática), la interacción social (socialización) y la autorregulación (proceso de equilibración); éstos componentes sin la presencia de las emociones y la motivación no proporcionan una adecuada comprensión del significado del desarrollo cognitivo, siendo éstas parte fundamental de la inteligencia:

Acaso se tenga la impresión de que esos cuatro grandes factores explican esencialmente la evolución intelectual y cognoscitiva del niño, y que importa entonces considerar aparte el desarrollo de la afectividad y de la motivación. Se sostendrá, inclusive, eventualmente, que esos factores dinámicos proporcionan la clave de todo el desarrollo mental; y que son, en definitiva, las necesidades de creer, de afirmarse, de amar y de ser valorizado las que constituyen los motores de la propia inteligencia, tanto como las conductas en su totalidad y en su complejidad creciente (Piaget & Inhelder, 1984/2002 p.156).

Por ende, es momento de adentrarnos con mayor profundidad y detenimiento en estos “*motores de la inteligencia*”, y de esta manera, comprender mejor el desarrollo socio-emocional infantil y sus implicaciones posteriores para la salud.

### 1.3.3 Desarrollo socio-emocional

*El rostro de la madre es el precursor del espejo.  
Donald W. Winnicott.*

*Generalmente, se considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante de la madre (o de quien con carácter permanente la substituya) en los que ambos encuentran satisfacción y goce. Cuando se asegura esta relación, las emociones de ansiedad y culpa que caracterizan en gran parte las perturbaciones mentales se manifestarán en forma moderada y armónica.  
John Bowlby (1954)*

Un punto de encuentro entre las diversas teorías psicológicas es la relevancia que tiene el vínculo temprano entre bebé y mamá para el posterior desarrollo socio-emocional del primero. Lo que difiere es la concepción de este vínculo, por ejemplo, para algunas corrientes psicoanalíticas se circunscribe dentro del ámbito de la fantasía y como una relación de dependencia.

En este trabajo, la naturaleza de este vínculo se acerca a la aproximación teórica de Bowlby, quien a lo largo de sus múltiples investigaciones, ha enriquecido los conceptos tradicionales de crianza, salud mental y desarrollo socio-emocional infantil (Bowlby, 1995).

Bowlby, al sentar las bases de su teoría en una raíz etológica, ha definido al apego como una “conducta preprogramada” con una función biológica sumamente valiosa: la de asegurar protección. Esta conducta aparece alrededor de los primeros seis meses de vida pero se puede observar ya completamente desarrollada cuando el o la bebé cumple un año de edad y busca activamente la cercanía a su madre ante situaciones atemorizantes y angustiantes, además esta conducta se acompaña de una emoción intensa, si el vínculo es cercano y estrecho “...*produce alegría y una sensación de seguridad. Si resulta amenazada, surgen los celos, la ansiedad y la ira. Si se rompe, habrá depresión y dolor*” (Bowlby, 1995 p. 16).

La sensibilidad materna se define como la capacidad de la madre y/o cuidador de brindar respuestas apropiadas y cálidas ante las claves emocionales y la comunicación del infante. La sensibilidad materna está asociada con múltiples beneficios como el mejorar el desarrollo socio-emocional infantil, propiciar el apego seguro entre madre-hijo(a), favorecer la regulación emocional del infante e incrementar el nivel de empatía y comportamiento pro-social que exhiben los y las pequeñas. En su investigación Pearson (Pearson et al., 2011) encontró que a los 18 meses las respuestas maternas positivas son capaces de mejorar tanto el desarrollo cognitivo como el socio-emocional, si bien, no determina el coeficiente intelectual a cuando niños y niñas alcanzan los 4 años de edad.

Leerkers (2011) deseaba observar el proceso de cómo la madre acompaña a su hijo(a) frente a una situación de estrés para poder determinar si era un precursor confiable del apego seguro. En su estudio, la sensibilidad materna fue medida en situación de juego libre y se le comparó con tareas diseñadas para provocar miedo y frustración en niños y niñas de 6 meses de edad, encontrando que el nivel de sensibilidad materna se mantenía estable en las últimas dos mostrando un alto nivel de correlación entre ambas, concluyendo que este acompañamiento es un antecedente significativo al apego seguro, descartando así la influencia de otras variables como el temperamento del niño(a). La literatura al respecto concluye que

el apego seguro se relaciona con aumentar los sentimientos de autoestima, la competencia social y la capacidad de resolución de problemas de niñas y niños.

En resumen, el apego temprano y la sensibilidad materna, resultan fundamentales para el desarrollo socio-emocional, pues sientan las bases de lo que será la autoestima.

En este sentido, Ampudia afirma que la autoestima se desarrolla desde el nacimiento, y depende de las interacciones que el bebé sostiene con las personas de su medio inmediato a través de su rechazo o de su aceptación (Ampudia, et al., 2009).

Para Piaget, como se mencionó anteriormente, la evolución del desarrollo socio-emocional va de la mano con el desarrollo cognitivo. Durante los dos primeros estadios del periodo senso-motor, el desarrollo socio-emocional acompaña a las actividades rítmicas corporales con estímulos atractivos como la sonrisa, que constituye un incentivo poderoso para iniciar las pautas de comunicación humana. Después, mientras se suceden los estadios III y IV, se exhiben reacciones nuevas frente a situaciones inquietantes, que pueden ser personas y/o lugares extraños, ampliándose así el bagaje de comunicación de niños y niñas, pues por un lado se diversifican sus inquietudes y por el otro van integrando: *“todo un sistema de intercambios, gracias a la imitación, a la lectura de indicios gesticulares y de los mímicos”* (Piaget & Inhelder, 1984/2002 p. 34). Por último en los últimos dos estadios, el V y el VI aparece la “elección de objeto” tomada de la mano con la representación mental, pues sin objetos permanentes, no puede haber ni preferencias ni afectividad ligada a éstos.

Investigaciones observacionales al respecto de la ontogenia de la sonrisa (Cecchini, Baroni, Di Vito, Piccolo y Lai, 2011), sugieren que la parte superior del rostro desempeña un papel preponderante en las interacciones cara a cara, donde los y las bebés prefieren un rostro nuevo en contraste con uno que le resulta familiar pero que esté inmóvil, activándose así las áreas temporales y prefrontales del cerebro, además, la preferencia del recién nacido por el rostro de su madre se

relaciona con su capacidad de construir una representación social de la interacción desde muy temprana edad ya que desarrolla una expectativa de entablar comunicación con ella.

En la literatura científica existe una clasificación básica de la sonrisa, diferenciando entre la que posee significado social (aparece alrededor de los 2 meses de edad) y la que está presente desde el nacimiento pudiéndose observar durante el sueño activo del recién nacido y que carece de esta dimensión. En un estudio del 2011 se comprobó cómo las sonrisas pueden tener significados sociales antes de los dos meses y cómo diferentes pautas de comunicación táctil producen diversos tipos de sonrisas mientras el bebé está despierto e inclusive pueden incrementar su cualidad y cantidad en bebés con pocas horas de haber nacido, si esta comunicación táctil es constante y continua (Cecchini, Baroni, Di Vito & Lai, 2011).

Además de la sonrisa, se han encontrado pautas de sincronización entre madre-hijo(a) en sus ritmos biológicos durante interacciones cara a cara en donde incrementa significativamente la coordinación del ritmo cardiaco mientras suceden canales no verbales de sincronización: mirada, afecto y vocalización, por ende, el proceso fisiológico de sincronización que sucede entre el/la bebé y su mamá se apoya en señales visuales, afectivas y sociales que van modulando el estrés, ajustando su reloj biológico y regulando los latidos de su corazón.

Este proceso de sincronización comienza a través del contacto social temprano en forma de interacciones cara a cara organizadas en estructura rítmica con una secuencia conformada por turnos y descansos, éste es un factor clave para la maduración entre los 3 y 6 meses del recién nacido pues contribuye a su desarrollo cognitivo y socio-emocional al favorecer la competencia social y la autorregulación emocional del pequeño(a), así como ejercitar su capacidad para establecer relaciones de apego (Feldman, et al., 2011).

Es bien conocido que alrededor de los dos años de edad se desarrolla una pauta de conducta vital para el desarrollo socio-emocional y el de la moral, que es la de ayudar y consolar a otras personas cuando se encuentran en dificultades y ésta estará modelada por el modo en que la madre trata a su hija(o) (Bowlby, 1995), pero en una investigación exploratoria más reciente, donde se grabaron las respuestas de niñas y niños en edades entre los 8 y los 16 meses de edad mientras se ponía a la madre en una situación donde se lastimaba, al medir el nivel de afecto mostrado, el estrés y el comportamiento social, se encontró que la empatía en su dimensión cognitiva y afectiva están presentes a los 8 y 10 meses de edad y van aumentando con la edad, específicamente en lo que respecta al comportamiento pro-social (dimensión conductual) es raro observarlo en el primer año de vida, incrementándose dramáticamente durante el segundo de vida, alrededor de los 16 meses. Roth-Hanania, Davidov, & Zahn-Waxler concluyen que estas dimensiones de la empatía evolucionan de manera diferente porque en el comportamiento pro-social, el niño y la bebé necesitan mayor autorregulación emocional para poder actuar ante la situación, además de señalar una relación entre la regulación emocional infantil y el estrés: a menor nivel de regulación aumenta el estrés, y, viceversa (Roth-Hanania, Davidov, & Zahn-Waxler, 2011).

Para concluir este apartado, destacaremos el papel que juega la regulación emocional infantil en el desarrollo socio-emocional, como un proceso responsable de la inhibición, activación y modulación emocional, ya que el niño y la niña ganan a través de este proceso, motivación poniendo las emociones al servicio de la consecución de resultados y logros.

Roque & Veríssimo (2011) encontraron cómo se relaciona el contexto emocional, la sensibilidad materna y la regulación emocional del niño(a) al observar cuáles son las estrategias de regulación emocional que niñas y niños exhiben entre los 18 y 26 meses de edad ante diferentes situaciones: emociones positivas, miedo, frustración/enojo. Ellos observaron que niños y niñas utilizan diferentes estrategias de regulación (evitación, proximidad a la madre, contacto visual, pedir ayuda, buscar información y/o retroalimentación, distraer su atención, conductas de

aproximación y exploración, solución de problemas) dependiendo de la emoción que experimenten. Por ejemplo, ante miedo y frustración/enojo exhiben evitación, proximidad a la madre o conductas de aproximación y exploración; además encontraron una tendencia a utilizar mayor número de estrategias de regulación si sienten emociones positivas o frustración/enojo, y menor cantidad si experimentan miedo, así mismo exhiben una expresión emocional mayor ante las emociones negativas con el intento de comunicarle a la madre su incomodidad. La sensibilidad materna también aumenta el número de estrategias utilizadas, así como las conductas de exploración y aproximación al estímulo aversivo (Roque & Veríssimo, 2011).

#### 1.4 Estimulación del desarrollo integral

El Instituto Nacional de Salud Pública INSP, a través de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012) arroja datos interesantes sobre las necesidades y cambios que está experimentando la temprana infancia. Una primera cifra que llama la atención es que en el año 2010, *“se registraron en el país 28,865 muertes en menores de cinco años, muchas de las cuales podrían haberse evitado a través del acceso efectivo a intervenciones de salud o con acciones sobre el medio ambiente y los determinantes sociales”* (INSP 2012, p.14). Desafortunadamente este número conlleva una gran negligencia y falta de acceso a los servicios que salvaguarden el desarrollo infantil y nos da pie a una reflexión más detenida sobre las condiciones que padece este sector de la población.

Respecto a los cambios experimentados en México, en cuanto a alimentación y nutrición en niñas y niños menores de dos años se observó que en un periodo de seis años, del 2006 al 2012, la práctica de lactancia materna exclusiva disminuyó considerablemente de 22.3% a 14.4% a nivel federal y en el medio rural fue de 36.9% a 18.5%. A los 6 meses de edad, una minoría del 14.4% de niños y niñas son amamantados con leche materna exclusivamente, para cuando cumplen el año representan sólo un tercio de la población infantil y a los dos años solamente

recibe leche materna la séptima parte. Aunado a esto, se observan prácticas dañinas para la salud como el uso del biberón y del chupón en la mitad de niños y niñas de dos años de edad, igualmente, el porcentaje de niños y niñas menores de cinco años con sobrepeso y obesidad se incrementó de 7.8% a 9.7%, ésta alza parece estar relacionado con la ingesta de leches artificiales y azúcares.

Con base en los anteriores resultados y cifras se determinó a partir del 2011, incentivar como política pública preventiva el fortalecer de manera permanente la práctica de la lactancia materna exclusiva en los servicios de salud, siendo ésta una medida invaluable para salvaguardar y estimular el desarrollo infantil, pues *“el amamantar es un acto de amor entre madre e hija o hijo, no sólo es cuestión de alimentación. La lactancia materna permite el fortalecimiento del vínculo especial que existe entre una madre y su bebé”* (Reyes & Martínez, 2010, p.18).

Dado lo anterior y sobre todo para evitar muertes en la Infancia resulta importante realizar ciertos cuidados durante los dos primeros años de vida que supriman negligencias, potencialicen la salud del recién nacido y estimulen su desarrollo en el nivel máximo posible, entre los que se destaca la lactancia materna exclusiva, práctica que previene enfermedades crónico-degenerativas como el asma, obesidad y diabetes, enfermedades gastrointestinales y respiratorias; aumenta capacidades y fortalece el vínculo madre-hijo/hija.

El lograr este objetivo requiere constancia y dedicación de ambos padres, culturalmente se le asigna este papel exclusivamente a la madre, quien puede llegarse a sentir exhausta por semejante presión y tal carga de trabajo. Es importante reconocer, en la familia y en las demás instituciones sociales que para tener niños y niñas saludables y felices, es imprescindible asumir una responsabilidad compartida ante tal tarea, ya que *“No es necesariamente el elemento maternal, como afectivamente especializado...el que desempeña el papel principal, sino la falta de interacciones estimuladoras”*. (Piaget, 1984/2002 p.37).



Es decir, no es exclusivamente la madre, sino el ambiente que rodea al recién nacido, el que tendrá un rol protagónico al fungir como estructura base para la estimulación del desarrollo infantil, siendo el juego, el principal vehículo de motivación e interés, pues: *“El juego se convierte paulatinamente en una función expresiva del niño en desarrollo, y consiste fundamentalmente en la repetición de la conducta aprendida como ocupación satisfactoria para el individuo...”* (Maier, 2000, p.123).

Es en este sentido que Bowlby (1954) reconoce una función vitalicia del padre dentro de la familia que es la de proporcionar estabilidad, soporte, cariño y un acompañamiento emocional a la madre durante el proceso de crianza, ya que con la participación masculina se robustecen los cuidados maternos y la salud mental infantil.

Reyes & Martínez (2010 p.11) proponen una guía para padres y madres que consta de ocho principios prácticos para fomentar el apego en la familia:

1. Preparación para el embarazo, el nacimiento y la labor como padres y madres.
2. Alimentación con amor y respeto.
3. Responder con sensibilidad.
4. Utilizar la crianza con apego.
5. Incluir la crianza también durante las noches.
6. Proporcionar un cuidado cariñoso constante.
7. Practicar la disciplina positiva.
8. Esforzarse para un equilibrio en la vida personal y familiar.

A manera de conclusión de este apartado, encontramos en la tabla 4 y 5 una lista actividades sencillas y concretas que pueden realizar tanto mamá, como papá y los principales cuidadores del bebé para estimular de manera integral su desarrollo en los primeros dos años de vida.

**Tabla 4. Recomendaciones Generales para la Estimulación Integral del Desarrollo Infantil del recién nacido durante los primeros 6 meses de vida (CONAFE, 2008).**

<b>Edad</b>	<b>Recomendaciones Generales</b>
<b>Recién nacido</b>	Utilizar objetos de colores rojo, blanco y negro
	Rodearle de sonidos familiares (cuando estaba en el vientre materno)
	Hablar en tono de voz agudo
	Ponerle sonidos constantes (música con sonido de agua)
	Tranquilizarle con alguna prenda con el olor de mamá
	Dar masajes y caricias
	Estar tranquila y cómoda para amamantarlo
	Mientras es amamantado hablarle suavemente, mirarle a los ojos y asegurarse que ésta sea exclusiva
	Arrullarle y cargarlo con cuidado
	Acostarlo boca arriba para dormir en un espacio propio para el bebé
	Llevarlo a vacunar
<b>3 meses</b>	Enseñarle objetos de colores rojo, azul y verde para que les siga con la mirada
	Llevarlo a vacunar
	Hablarle por su nombre
	Cantarle con voz suave para tranquilizarlo
	Continuar con la lactancia materna exclusiva
	Abrazarlo y darle besos
	Hablarle y acariciarlo mientras es amamantado, es bañado o en cambio de pañal
	Responder al momento del llanto, de lo contrario sentirá inseguridad y desprotección
	Flexionar suavemente brazos y piernas
	Jugar con él/ella en diferentes momentos: como en la hora del baño
Dar masajes con diferentes texturas	
<b>6 meses</b>	Pon a su alcance objetos de diversos tamaños
	Alentarlo para que se ruede a diferentes posturas
	Estimularlo en sus logros
	Mantener rutinas y sus ritmos respecto al sueño, alimentación y juegos
	Responder a sus señales oportunamente y sensiblemente
	Identifica las situaciones que le tranquilizan y las que le resulten desagradables
	Detallarle lo que está viendo y haciendo para ejercitar su comunicación
	Imita los sonidos que haga y repítele sonidos de animales
	Ayudarlo para que permanezca sentado y alcance diferentes objetos
	Continuar con la lactancia pero complementándola con papillas de verdura
	Darle afecto con besos, caricias y abrazos piel con piel
	Ejercitar su cuerpo con movimientos de piernas y brazos
	Enseñarle diferentes olores, incluyendo los de su comida
Limpiar sus dientes con un cepillo especial o con el dedo limpio	
Llevarlo a vacunar.	

**Tabla 5. Recomendaciones Generales para la Estimulación Integral del Desarrollo Infantil de los 9 meses a los 2 años de edad (CONAFE, 2008).**

<b>Edad</b>	<b>Recomendaciones Generales</b>	
<b>9 meses</b>	Permanecer junto a él/ella en lugares y con personas desconocidas para darle seguridad	
	Señalarle y mostrarle las diferentes partes de su cuerpo	
	Enseñarle a reconocerse frente a un espejo	
	Jugar orientándole sobre lo que puede hacer con los diferentes objetos	
	Identificar cuáles son los juegos que más le gusta jugar para que disfrute en el juego	
	Estimularle a que diga palabras sencillas (agua, mamá, papá)	
	Festearle sus logros	
	Decirle “no” con firmeza cuando haga algo peligroso o que no esté bien	
	Propiciar que gatee al colocar juguetes que le gusten cerca de ella/él boca abajo para que trate de alcanzarlos	
	Modelarle cómo realizar acciones sencillas (bailar, aplaudir, decir adiós, mandar beso, etc.)	
	Jugar a encontrar objetos perdidos	
	Considerar que el bebé puede comer alimentos sólidos en trozos como: frijol, lenteja, carne, pollo y lácteos: yogurt y quesos pasteurizados.	
	<b>12 meses</b>	Estimular su lenguaje a través de canciones, juegos y cuentos.
		Decir el nombre de los objetos sin utilizar diminutivos o cambiando las palabras.
Integración del/a menor a la dieta familiar y a la mesa como espacio de socialización.		
Decirle “no” a aquellas acciones que resulten peligrosas mientras se le explica la razón de por qué la negativa.		
Hablarle siempre por su nombre.		
Alentar conductas de exploración, manteniéndose cerca.		
Continuar con una rutina para actividades como el baño, la alimentación y el sueño.		
Buscar espacios de convivencia y socialización con la familia y otras(os) niñas (os)		
Estimularle con juegos que impliquen movimiento y desplazamiento.		
Tomarle de ambas manos para favorecer sus primeros pasos.		
Llevarle a vacunar		
<b>1 año 6 meses</b>	Estimular que camine	
	Darle espacios de independencia al dejarle hacer cosas por sí mismo(a) y resolver problemas	
	Favorecer que en su interés por su cuidado personal realice acciones sencillas	
	Poner a su alcance objetos de su tamaño y de diferentes formas	
	Decirle claramente lo que sí puede hacer y qué cosas no.	
	Modelarle que puede expresar lo que le gusta y lo que no.	
	Establecer límites y manejo de berrinches con paciencia y explicándole que no puede hacer todo lo que desee	
	Ofrecer alternativas de acción	
	Favorecer el reconocimiento de emociones al hablar de emociones y sentimientos	
	Haz contacto visual y mantente cerca ante situaciones o lugares nuevos	
	Explique detalladamente, con gestos y palabras, las diferentes actividades que realizan juntas y lo que necesita de su bebé	
<b>2 años</b>	Celebra sus logros y exprésalo de manera clara y directa.	
	Anímale a resolver problemas que se le presenten utilizando sus propios recursos.	
	Enseñarle nuevas palabras.	
	Permítele involucrarse en tareas sencillas de la casa y de su cuidado personal.	
	Mostrarle diferentes sensaciones: suave-áspero, frío-caliente, líquido-sólido.	
Repítelo constantemente que estarás cerca y al pendiente por si necesita tu ayuda.		

## CAPÍTULO 2. VIOLENCIA FAMILIAR

*“Estando presa he aprendido a defender mis derechos.  
Esto no se acaba aquí, tengo una vida que vivir y voy a seguir en la resistencia,  
¡Libertad Rosa López! ¡No más violencia contra las mujeres!  
Me he prometido a mí misma, el día que yo salga de aquí no me voy a encerrar en mi casa y ya  
nadie me va a tener presa porque yo seguiré sembrando mi libertad”.*  
Rosa López Díaz.  
Mujer tzotzil condenada a vivir en prisión 27 años 6 meses por un secuestro que no cometió

### 2.1 Definición de violencia familiar

El Artículo 7 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia LGAMVLV, (2013) publicada por primera vez en el Diario Oficial de la Nación el 1 de febrero de 2007 define a la violencia familiar como:

Acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato, o mantengan o haya mantenido una relación de hecho. (LGAMVLV, 2013 p.3).

Así mismo, dentro de la misma LGAMVLV, se enumeran cinco tipos principales de violencia: física, psicológica, económica, sexual y patrimonial manifestándose en diferentes ámbitos como el familiar, laboral o docente, el comunitario, el institucional, así como la violencia feminicida y la alerta de violencia de género contra las mujeres.

La ENDIREH 2011 es el instrumento que nos arroja los datos más recientes sobre el panorama de la violencia familiar en nuestro país. El 46.1%, de las mujeres a partir de los 15 años reportan haber vivido *“algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación conyugal”*, porcentaje bastante elevado pues representa casi la mitad del total de mujeres entrevistadas, en otras palabras, una de cada tres mujeres casadas o unidas recibió violencia por parte de su pareja en el último año. A lo largo del territorio nacional observamos ciertas fluctuaciones, el estado con mayor proporción de violencia familiar es el estado de México en donde el 56.7% de las mujeres reportaron vivirla, mientras que Chiapas tiene la menor, con el 27.9%.

Del 46.1% antes mencionado, el 25.8% reportó haber vivido violencia física “*que les provocaron daños permanentes o temporales*”, el 16.2% de estas mujeres sufrieron agresiones de extrema gravedad, el 11.7% vivió violencia sexual, el 89.2% recibió violencia emocional que consideraron “*afecta su salud mental y psicológica*”, el 56.54% violencia económica. Con estas cifras observamos que en México, la violencia económica y la psicológica son las modalidades que con más frecuencia viven las mujeres, el 8.1% “*de las mujeres casadas o unidas violentadas por su pareja, han pensado en quitarse la vida, y de ellas 38.8% lo han intentado por lo menos en una ocasión*” (INEGI, 2013. Panorama de violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2011 p.5).

Un dato a resaltar sobre las condiciones educativas de las mujeres es que el 40% de las mujeres mexicanas que tienen entre 15 y 29 años no estudia ni trabaja, es decir, de 3 cada 4 jóvenes que no realizan ninguna actividad productiva son mujeres (CNNMéxico, en prensa, 13 de septiembre, 2011).

Ante la gravedad de estas cifras, la SSA ha realizado ciertas acciones a resaltar en este ámbito. El 8 de marzo de 2001 se crea el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) como un organismo público descentralizado con objetivos y fines definidos. A partir del 2002, inicia el Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual y contra las mujeres en donde se propone como eje de intervención un modelo integral de atención en los centros de salud, clínicas y hospitales, dentro de éste, las mujeres que viven una situación de violencia pueden recibir atención médica de un equipo especializado que incluye terapia breve y grupos de autoayuda de manera gratuita. Para las mujeres que viven en situación de violencia extrema y su vida o la de sus hijas o hijos están en riesgo, se crean refugios con el objetivo de brindar atención integral, proveer protección y apoyo (Romero, 2008).

La violencia familiar es un problema complejo y multifactorial por lo que es necesario puntualizar ciertos aspectos sobre sus orígenes y funcionamiento.

La violencia surge para Bowlby (1995) de una conducta funcional y adaptativa como la ira y el enojo, estas emociones se utilizan cuando una persona se comporta de manera peligrosa para desalentarle de ese comportamiento específico, es decir, la ira y el enojo también pueden emplearse como un medio para proteger una relación que es especial para la persona que se enoja y exhibirlas en la medida correcta bajo estas condiciones pueden ayudar a mantener esta relación a largo plazo. En palabras de Bowlby: *“Como respuesta al riesgo de la pérdida, la ansiedad y la ira van de la mano”* (p. 97). Por ende, la violencia en la familia es una reacción exagerada y distorsionada tanto en la conducta de apego como en la conducta de protección y dador de cuidados.

Las mujeres durante su embarazo esperan encontrar una figura de protección que les proporcione el suficiente soporte emocional, sin embargo, las mujeres que viven violencia familiar generalmente, están aisladas socialmente y no cuentan con ninguna figura de apoyo. Desde la infancia, en su historia familiar recibieron amenazas constantes de abandono, que inclusive son más dañinas que las separaciones reales, no recibieron cuidados maternos adecuados y aún de adultas, tienen problemas para comunicarse con la figura materna. Por lo que experimentar de manera directa e indirecta la violencia y el abandono en la infancia es un factor de riesgo que incrementa considerablemente las posibilidades de que muestren un comportamiento violento en etapas posteriores (Bowlby, 1998).

Un dato significativo que apoya esta afirmación es que un 33.7% de las parejas que viven una relación violenta comparten una familia de origen violenta, y en 7 de cada 10 parejas se incrementa la frecuencia de las agresiones (INEGI, 2013. Panorama de violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2011). Con razón Bowlby (1995) afirma que: *“Además, dado que la violencia engendra violencia, la violencia en las familias tiende a perpetuarse de una generación a otra”* (p.95)

El poder es un componente protagónico de la violencia familiar, la pareja que violenta, posee un sentimiento de superioridad ligado a su identidad y necesita reforzarlo constantemente a través de actos de abuso de poder, pues éstos le dan sentido de pertenencia. Por otro lado, cuando una mujer vive violencia de manera cotidiana y constante, su autoestima disminuye pues gradualmente se va definiendo a sí misma en términos de necesidades de las demás personas, percibe una sensación de fracaso en su rol como mujer, esposa y madre, puede experimentar sentimientos de culpa por haber permitido la agresión, así como un miedo intenso, generalizado que puede llegar a ser incapacitante, en ocasiones puede sentirse responsables por la conducta de su pareja violenta, generalmente poseen una definición tradicional acerca de los roles femeninos en cuanto al hogar, la familia, la maternidad y la sexualidad. El experimentar estos sentimientos poco a poco disminuye su competencia social, se aíslan, va perdiendo paulatinamente sus redes de apoyo, mientras su capacidad para resolver problemas y toma de decisiones se ve mermada (Romero, 2008).

Para Corsi (1995), la violencia familiar se manifiesta a través de la omisión y realización de conductas dañinas que ocasionan daños de diferentes tipos; éstas enmascaran la existencia de un abuso de poder que se utiliza para mantener el control y el dominio sobre las demás personas. Por esto, afirma que las personas con menos poder dentro de la familia son las que con mayor frecuencia viven violencia, como mujeres, personas ancianas, personas con capacidades diferentes, niños y niñas.

Martínez (2008) conceptualiza la violencia familiar como una repetición cíclica donde se observan ciertas constantes como son: el control, la dominación sobre uno o algunos miembros de la familia, presencia de diferentes tipos de violencia y diversos grados de intensidad en el daño, escalamiento gradual. En este ciclo se aprecian tres fases bien diferenciadas, en la primera fase existe un incremento en el nivel de tensión, en la segunda aparece un episodio de explosión violenta, mientras que la tercera se conoce como “luna de miel” pues la pareja se reconcilia cuando el agresor exhibe conductas de arrepentimiento y promesas de cambio.

Cabe destacar que en este ciclo se involucran ambas partes de la pareja (Figura 1).



Figura 1. Círculo de la Violencia.

(Romero, 2008 diapositiva 19)

Dentro del ciclo de la violencia, las tres fases conforman un esquema donde el control y poder están en el centro y sus posibles manifestaciones son: humillaciones, aislamiento, abuso sexual, abuso psicológico, amenazas de suicidio, controlar el ingreso, daño físico, intimidación, comparaciones, daño patrimonial, insultos, por mencionar algunos (Secretaría de Seguridad Pública SSP, 2012).



Cualquier familia que opere bajo este sistema de control y poder estará sujeta a ciertas pérdidas en salud, pues: *“Las consecuencias son siempre un daño en la salud física, psicológica y social de la mujer, un menoscabo de sus derechos humanos y un riesgo para su vida”*. (INEGI, 2013. Panorama de violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2011 p.5).

## 2.2 Modelo ecológico de la violencia

La violencia familiar genera miedo, vergüenza y aislamiento en la mujer, impidiéndole visualizar sus recursos y dificultándole el poder encontrar apoyo o buscar soluciones para romper este ciclo. El círculo de la violencia es un referente fundamental para la comprensión de la violencia familiar y se complementa con un enfoque ecológico para poder comprender mejor la interacción de factores personales, socioculturales y situacionales que se combinan para perpetuar la relación de poder-subordinación (Romero, 2008).

Investigaciones recientes nos permiten entender porqué, como había mencionado, la violencia es un problema complejo y multifactorial, pues no existe un solo factor que por sí mismo pueda explicarla, al interactuar factores individuales, sociales, culturales y económicos. Uno de los núcleos más importantes es la familia, pilar de la dinámica social, pues dentro de ésta se presentan circunstancias propias y de riesgo latente para abrir la puerta a la violencia (Martínez, 2008).

De acuerdo con el modelo ecológico, una persona establece una relación activa con el medio que le rodea al desenvolverse en varios sistemas, si hubiera algún problema en esta interacción, la violencia puede aparecer. Este modelo señala la importancia de considerar los diferentes factores de riesgo e influencias para realizar un acto violento o ser víctima de uno (Bronfenbrenner, 2005).

A continuación se describen los cuatro niveles del modelo ecológico de la violencia: el individual, el relacional, el comunitario y el social (OMS, 2002; Martínez, 2008).

1. Individual: Se refiere a los factores que favorecen el comportamiento violento relacionados con la historia personal, como el aprendizaje de resolución violenta de conflictos, características demográficas como la edad, escolaridad, etc., baja autoestima, abuso de sustancias, trastornos emocionales y haber sufrido maltrato en la infancia.
2. Relacional: Engloba los contextos más inmediatos de la persona: familia, amistades, parejas y los compañeros(as) de escuela y de trabajo que aumenten los actos violentos como son la carencia de redes de apoyo, falta de afecto y de familia afectiva, modelos violentos cercanos como: amigos/as delincuentes, los conflictos familiares, conyugales o parentales, autoritarismo, dificultad para negociar.
3. Comunitario: Abarca las características de los entornos comunitarios de las relaciones sociales como escuelas, lugares de trabajo y el vecindario, que abonen un terreno fértil para la violencia como resulta ser la legitimación institucional de la violencia, la impunidad de perpetradores, la pobreza, la migración, el hacinamiento, la falta de servicios públicos, el tráfico de drogas, redes de trata de personas, falta de oportunidades laborales y crisis económicas.
4. Social: Son mandatos sociales y culturales que favorecen un clima en donde se fomente la violencia como las creencias de primacía masculina, roles de género, valores culturales sobre los niños y niñas, la familia, el poder y la obediencia, disponibilidad de armas, uso excesivo de la fuerza policial y militar contra la ciudadanía.

Una de las ventajas de situar la violencia dentro de este modelo teórico es que permite ubicar a la persona en construcción, considerando los diferentes contextos a los que pertenece, así como las relaciones que establece; además evita por un lado, el etiquetar y clasificar; y, por el otro, ser reduccionista ante este fenómeno.

Así mismo ha probado su eficacia en investigaciones para tratar y prevenir problemas de salud con resultados favorables ya que las influencias de los conceptos de este modelo influyen directamente en la salud de las personas, por lo que resulta ser una herramienta de trabajo importante para el personal de salud en la atención de la población usuaria (Torrice et al., 2002).

En la tabla número 6 se encuentran resumidos los principales factores de riesgo y protección frente a este grave problema de salud pública.

**Tabla 6: Factores de riesgo y de protección que intervienen en la violencia familiar (Secretaría de Seguridad Pública, 2012)**

Factores de riesgo	Factores de protección
Roles, estereotipos de género y autoridad mal entendida.	Equidad y buen trato.
Baja autoestima.	Autoestima equilibrada.
Conflictos y diferencias de opinión dentro de la familia.	Negociación.
Diferencias de edad y sexo.	Respeto y valor hacia las diferencias.
Estrés por cambios económicos.	Manejo de emociones y del estrés.
Antecedentes de violencia.	Asertividad.
Dependencia (económica, sexual, afectiva, etc.)	Independencia (económica, sexual, afectiva, etc.).
Marginación.	Informarse sobre sus derechos y responsabilidades.
Desempleo.	Elaboración de proyecto de vida.
Adicciones.	Generar convivencia entre los miembros de la familia.

Quisiera terminar este apartado con una síntesis del modelo ecológico y la articulación de sus elementos en palabras de Nelson Mandela:

El siglo XX se recordará como un siglo marcado por la violencia. Nos abruma con su legado de destrucción masiva, de violencia infligida a una escala nunca vista y nunca antes posible en la historia de la Humanidad. Pero este legado, fruto de las nuevas tecnologías al servicio de ideologías de odio, no es el único que soportamos ni que debemos arrostrar. Menos visible, pero aún más difundido, es el legado del sufrimiento individual y cotidiano: El dolor de los niños maltratados por las personas que deberían protegerlos, de las mujeres heridas o humilladas por parejas violentas, de los ancianos maltratados por sus cuidadores, de los jóvenes intimidados por otros jóvenes y de personas y de todas las edades que actúan violentamente contra sí mismas. Este sufrimiento, del que podría dar muchos más ejemplos, es un legado que se reproduce a sí mismo a medida que las nuevas generaciones aprenden de la violencia de las anteriores, las víctimas aprenden de sus agresores y se permite que perduren las condiciones sociales que favorecen la violencia. Ningún país, ninguna ciudad, ninguna comunidad es inmune a la violencia, pero tampoco estamos inermes ante ella. (OMS, 2002 p. xi).

### 2.3 Impacto de la violencia familiar en la salud de las mujeres

De manera general alrededor del mundo, el impacto en la salud a raíz de la violencia se ha multiplicado drásticamente y México no es la excepción, observamos que: *“Tanto para hombres como para mujeres se ha reportado un incremento cerca del 60% de los reportes de daño a la salud por violencia en los últimos 12 años”* (INSP 2012, p.21).

La violencia familiar es experimentada por las mujeres a lo largo de las diferentes etapas en su desarrollo. Durante el periodo prenatal se observan casos como el de China, en donde es abortada si la familia sabe que sexo del bebé es una mujer; en la infancia su salud es afectada con el maltrato infantil, un acceso dispar en

cuanto a alimentación y atención médica, se le otorga menos tiempos para juegos y espacios recreativos, así como mayor responsabilidad dentro del hogar y la familia, se le obliga a realizar mayores cantidades de trabajo doméstico; cuando ingresa a la etapa escolar (6 a 12 años) puede vivir abuso sexual, estupro, prostitución infantil, mutilación genital, e inclusive el casamiento contra su voluntad, como en algunas regiones de Oaxaca y Chihuahua o en la India.

En la adolescencia es susceptible de ser raptada, ingresada en la trata de personas, objeto de hostigamiento sexual dentro de diversos espacios, así como recibir violencia de cualquier modalidad en el noviazgo. Durante la etapa reproductiva es sujeta de un exacerbado control y dominación por parte de su pareja sentimental, recibe golpes durante el embarazo o puede vivir un embarazo forzado, pierde su derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre los hijos e hijas que desea procrear, puede darse violación por parte de su compañero llegando hasta el homicidio y complicaciones severas durante el parto que den como resultado la muerte materna, este periodo resulta ser crítico, pues se incrementa el riesgo de vivir violencia familiar; ya en la vejez, se agravan las conductas de negligencia pudiendo llegar hasta el abandono total, el encierro prolongado, el abuso sexual, así como la violencia económica y el robo de sus recursos: propiedades, fondos, apoyos económicos de programas sociales, etc. (Peña, M. y Navarro G., 2008).

Como efecto de todas estas manifestaciones, la mujer incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas, urgencias obstétricas y perinatológicas, lesiones, infecciones, desórdenes ginecológicos, como el dolor pélvico crónico, sangrado vaginal irregular, flujo vaginal, enfermedad inflamatoria pélvica y disfunciones sexuales (Grown et al., 2007). Así mismo, las madres primigestas que no han cumplido los 16 años de edad tienen un riesgo hasta 90% mayor de mortalidad materno-infantil (Acevedo, L. y Zepeda, M. en prensa, 7 de mayo, 2013).

En el rubro del impacto de la violencia familiar en la salud emocional de las mujeres encontramos una alta prevalencia en estados de ansiedad, depresivos, de insomnio, pérdida o decremento en el deseo sexual, déficit motivacional y en toma de decisiones, incremento en los niveles de alcoholismo, sentimientos de desesperanza, tristeza, vergüenza, culpa y miedo, autoestima deteriorada, y la presencia hasta en un 90% del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres que viven un episodio traumático de violencia, éste incluye la presencia de recuerdos y sueños angustiosos recurrentes, conductas y sentimientos experimentados en el presente como si el evento estuviera pasando otra vez, malestar psicológico y sensaciones fisiológicas, como palpitaciones, sudoración, taquicardia, la hipervigilancia, irritabilidad, enojo y dificultad para conciliar el sueño así como para concentrarse (Sánchez, 2007), (Bosquet et al., 2011).

El efecto a largo plazo de la violencia familiar en la salud de las mujeres se observa al duplicar el riesgo en la aparición de intentos de suicidio, cuadriplicar la posibilidad de padecer desórdenes psiquiátricos y triplicar el consumo de sustancias (SSA, 2006).

Resumiendo esta sección, se hace muy evidente que en el ámbito social existe cierta naturalización hacia la cotidianidad de la violencia familiar, invisibilizando el impacto que ésta genera dentro de la salud de las mujeres y cito:

La salud de las mujeres es el resultado de la experiencia total de vida determinada por su condición de género. ...Esto significa que el estado de salud depende del modo de vida asignado a las mujeres y cómo resuelven de manera particular la misma (Peña, M. y Navarro G., 2008 p. 42).

## 2.4 Maltrato infantil

*Una cosa que no ha sido comprendida, reaparece inevitablemente;  
Como un fantasma no conjurado,  
No puede descansar hasta que el misterio ha sido resuelto y el hechizo ha quedado roto...  
Sigmund Freud..*

Para Ampudia (2009), tanto la definición como el concepto de maltrato infantil han seguido una evolución, ya que el interés de diversas áreas de estudio por este tema ha ido delimitando su significado:

El maltrato infantil es la denominación que reciben las agresiones que descargan los adultos sobre los menores. Estas agresiones les producen daños físicos y emocionales, y afectan el desarrollo intelectual, la educación y la adecuada integración de los niños a la sociedad (Ampudia et al., 2009 p.31).

Dentro del Informe Nacional Sobre Violencia y Salud que difunde la SSA (2006) se dan a conocer ciertos datos que resultan escalofriantes sobre las condiciones de la niñez en México:

De los menores de edad del país, 60% vive por debajo de la línea de pobreza; 2 100 000 niños de entre 5 a 14 años de edad no asisten a la escuela y sólo 1 de cada 3 menores de 14 años de edad es derechohabiente de los servicios de salud. Asimismo, 18% de los niños menores de cinco años de edad (1 500 000 niños) presentan retraso en su crecimiento y 29 niños de cada 1 000 mueren antes de cumplir los cinco años de edad (SSA, 2006 p. 25)

Con respecto al maltrato infantil en específico, cada dos días un niño(a) menor de cinco años es asesinado(a) y una tercera parte de los homicidios cometidos en contra de este sector de la población derivan de los diferentes tipos de maltrato, 21 menores de edad han sido violados diariamente en el país en el periodo comprendido entre 1997 y 2003, además, anualmente sólo en el Distrito Federal tres niños (as) son abandonados (as) cada semana. En cuestión de tratamiento, el DIF atiende con mayor frecuencia el maltrato físico en un 32%, la negligencia y omisión de cuidados con 23% y el maltrato emocional en 20% (SSA, 2006).

Estas cifras reflejan un alto nivel de violencia en contra de los niños y las niñas, en comparación con otros países similares, así como una permisividad excesiva hacia prácticas cotidianas de establecimiento de límites de una manera violenta y poco asertiva como son las humillaciones, los gritos, insultos y castigos físicos, que junto con una “*pedagogía negra*” refuerzan ciertas ideologías como “la letra con sangre entra” o “te castigo por tu propio bien”, poniendo en riesgo a la niñez. Miller llamó pedagogía negra a la doctrina debajo de una serie de escritos pedagógicos a lo largo de dos siglos enfatizando las prácticas educativas antecesoras del nacionalismo alemán que avalan como objetivo final de la educación el transformar al niño(a) en una persona “buena” y “obediente” valiéndose de medios como el maltrato físico, castigos, chantaje emocional o amenazas. En el fondo de esta doctrina yace el no tener respeto por el niño o la niña, no respetar sus derechos, su vida emocional, no prestar atención sobre sus necesidades y su modo de ser particular de ser, carece de empatía y apertura (Miller, 2001).

La SSA (2006) enumera cuatro diferentes manifestaciones del maltrato infantil:

- Ψ La omisión de cuidados o negligencia. Es el tipo más frecuente de maltrato, se refiere a la incapacidad de las personas a cargo del niño(a) a responder a sus necesidades tanto afectivas como físicas que le provean de un bienestar mínimo. Esta forma de maltrato es más grave que el físico pues ocasiona retrasos en su desarrollo y secuelas mayores tanto en su salud como en su competencia socio-emocional, la omisión de cuidados va desde lo más elemental como descuidar su higiene, vestimenta, y alimentación, el negarles oportunidades escolares, privarles de atención médica y de un acompañamiento emocional oportuno hasta llegar al abandono por completo.
  
- Ψ El maltrato físico. Dentro de este rubro encontramos los castigos corporales reiterados que dejan marca sobre el cuerpo del(a) menor. Factores que aumentan la probabilidad de que el maltrato físico aparezca como trato



cotidiano dentro de la familia son la pobreza, discapacidad del niño(a), presencia de enfermedades o inestabilidad emocional por mencionar algunos.

Ψ Abuso sexual. Se caracteriza por la presencia de una relación asimétrica en edad y en poder entre una figura adulta y un niño o niña, ésta implica satisfacción sexual de la persona adulta a través de la realización de conductas de índole sexual bajo coerción. El aislamiento en la familia, el consumo de sustancias adictivas, la falta de vínculo seguro entre padres e hijas(os), así como una historia previa de abusos sexuales favorecen este tipo de maltrato dentro de la familia.

Ψ El maltrato psicológico o emocional. Es la presencia constante de conductas de rechazo, abandono, así como ser testigo de la violencia entre los padres, la SSA engloba dentro de esta modalidad de maltrato acciones como: “rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper” (p. 22).

Además de estas formas de maltrato, Bowlby identificó una situación en particular a la que llamó "privación maternal". Ésta se puede observar en niños y niñas pequeñas a quienes se les ha separado a edad muy temprana de su madre o de una figura adulta que proporcione cuidados de manera constante y están institucionalizados (as). Esta falta de contacto puede darse de manera temporal o definitiva, afectando de manera permanente su desarrollo socio-emocional, si bien es cierto que niños y niñas poseen una capacidad de resiliencia, esta temprana separación y el recibir diferentes formas de maltrato tienen diversas consecuencias que en el apartado siguiente se revisan con mayor detenimiento (Bowlby, 1954).

También es importante destacar que las condiciones sociales de pobreza y del contexto social agravan y favorecen la negligencia hacia la niñez, dado que en muchas comunidades ni siquiera hay servicios de salud, educativos o siquiera agua potable, se habla de la existencia de una negligencia estructural y social ante

ciertos sectores vulnerables de la población infantil por ejemplo, quienes están en situación de calle, institucionalizados, en redes de prostitución y/o pornografía, así como niñas y niños migrantes e indígenas (Villatoro, et al. 2006).

Es importante sensibilizarnos ante este tema para poder reconocer sus repercusiones a corto y largo plazo, ya que generalmente el tema del maltrato infantil pasa desapercibido, es silenciado, volviéndonos a todas y todos como sociedad cómplices en la construcción de una realidad dolorosa para la niñez mexicana:

Día a día se reportan, denuncian, o encubren, casos de maltrato a menores en una gama de expresiones, que van de las omisiones a los abusos y a las lesiones graves, que en situaciones extremas, podrán culminar en la muerte del infante". (Ampudia, 2009 p.XVII).

## 2.5 Consecuencias del maltrato infantil en la infancia

De manera general, el recibir maltrato infantil durante los primeros seis meses de vida triplica la posibilidad de vivir maltrato físico, duplica el riesgo de recibir maltrato psicológico y negligencia durante los primeros 5 años (Delgado, 2008).

Con fines didácticos se agruparán en tres grandes rubros las consecuencias de recibir maltrato infantil en edades tempranas: consecuencias en la salud, en el desarrollo del lenguaje y las psicológicas o emocionales. Resaltando que la gravedad de éstas dependerá de si el niño o la niña fue maltratado(a) por un periodo de tiempo prolongado o con diferentes formas, si posee redes de apoyo o factores de protección, aunado a esto, las consecuencias no se observan de manera aislada en el desarrollo infantil sino en un continuo, pues como se revisó en el capítulo 1, éste evoluciona de una manera integral y es imposible separar unas áreas de otras.

Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes (2007) encontraron en su investigación que el haber vivido alguna forma de maltrato infantil en la infancia incrementa la posibilidad de tener una mala salud cuando la persona llega a una edad adulta, además de exhibir síntomas físicos que requieren mayores cuidados y atención médica.

Con lo que respecta al maltrato físico éste provoca daños de los más superficiales como son raspaduras y cortadas hasta los más extremos como la muerte en niños y niñas de uno a dos años de edad, sin embargo, durante el primer año de vida los daños neurológicos son los más comunes de observar, por ejemplo, las secuelas del síndrome del bebé sacudido incluyen la sordera y ceguera permanentes, fracturas, hemorragias internas, coma y la muerte (SSA, 2006).

Moreno, J. (2005) realizó una investigación detallada sobre el impacto de los diferentes tipos de maltrato en el desarrollo del lenguaje durante la infancia, en sus diferentes componentes: pragmática (uso cotidiano del lenguaje cuyo objetivo es la interacción social), sintaxis (estructura del lenguaje), morfología (capacidad para diferenciar los diversos componentes que estructuran una oración: verbo, adjetivo, sujeto, sustantivo) y la semántica (uso de adverbios, pronombres, conceptos de tiempo y cronología).

Sus resultados arrojan que el área más dañada por el maltrato es la morfología y le sigue la sintaxis, observó también dificultades para utilizar el componente verbal del lenguaje y carencias en el proceso de diferenciación y generalización de conceptos así como alteraciones del habla, la forma extrema de la negligencia que es el abandono y el maltrato emocional son factores que inclusive retrasan el desarrollo del lenguaje de manera considerable. Las repercusiones que encontró fueron mayores en niños y niñas que vivieron negligencia y abandono (dificultades en la pragmática, morfología y sintaxis), seguidos de quienes recibían maltrato emocional (deficiencias en la pragmática sobre todo en las pautas comunicativas que son interacciones sociales) y por último, estaban quienes fueron maltratados(as) físicamente (déficit en la morfología).

Cabe destacar que estas diferencias fueron estadísticamente significativas, sin embargo lo más valioso de estos resultados es que se enfatiza la necesidad de incluir dos dimensiones igualmente importantes cuando se trata de crear un programa de intervención adecuado, por un lado, la atención directa del área de lenguaje de los y las menores maltratadas, por el otro, la realización de prácticas psicopedagógicas y reeducativas con las figuras adultas responsables de estos niños y niñas para garantizar que se puedan revertir con éxito estos retrasos:

La intervención debe ir orientada a la ayuda y capacitación de las madres y padres maltratadores en el manejo de la comunicación e interacción con sus hijos(as) como: aumentar la frecuencia de las interacciones padres/madres-hijos/hijas, potenciar las conductas verbales y físicas positivas y disminuir las negativas, entrenar en habilidades verbales y no verbales de comunicación con el/la niño(a), enseñar habilidades para la estimulación del(a) menor y proporcionar habilidades para la demostración de afecto; y debe ir dirigida a mejorar la expresión y la comprensión de los(as) niños(as) a través de programas de estimulación lingüística, siguiendo las pautas del proceso normal de adquisición del lenguaje, a través de procedimientos de imitación y modelado y mediante una intervención cooperativa: institución o residencia de acogimiento, centro escolar y terapeuta (Moreno, 2005 p. 229)

Otra de las secuelas en el área de lenguaje si un niño o niña es maltratada(o) durante los primeros dos años de vida es que el patrón de comunicación con su figura de apego se caracteriza por no ser fluido y carecer de conversaciones con contenido emocional, su principal medio de comunicación es el llanto exacerbado que conlleva a un desajuste en su regulación emocional pudiendo llegar a comportamientos agresivos e interrupciones en la comunicación (Bowlby 1995).

Dentro de las consecuencias emocionales más frecuentemente observadas en edades tempranas son la hiperactividad, retrasos en el desarrollo socio-emocional, competencia social mermada, actitudes defensivas, dificultad para reconocer e identificar emociones básicas, déficit en el autocontrol y la regulación emocional, problemas para establecer relaciones interpersonales, inclusive familiares, así como para desarrollar el sentimiento de seguridad y confianza en sus propias capacidades (Villatoro, et al. 2006).

Además, si él o la menor reciben cualquier forma de maltrato repercutirá en la pauta de apego que establezca con la persona que le proporciona cuidados, impactando así, el camino futuro que seguirá su desarrollo socio-emocional.

Existen tres pautas de apego:

- Ψ El “*apego seguro*”, si el/la niño(a) siente confianza y apoyo por parte de sus padres, percibiendo así una base segura.
- Ψ El “*apego ansioso resistente*”, en donde está presente en el/la menor una sensación de inseguridad e incertidumbre pues percibe que sus padres en algunas ocasiones le han brindado cuidados y en otras no. Así mismo, en el trato común se amenaza al menor como una forma de dominación.
- Ψ El “*apego ansioso elusivo*”, en donde el/la niño(a) experimenta una plena certeza de ser rechazado(a) y desairado(a) en cada una de sus necesidades por lo que desconfía y se muestra receloso(a) ante sus padres.

Los y las menores que han vivido maltrato infantil y violencia familiar tienden a desarrollar pautas de apego de los últimos dos tipos, mismas que se van consolidando conforme pasa el tiempo por lo que estos niños y niñas repetirán este modo de relacionarse con otras personas cercanas: pares, maestros(as), familiares, terapeutas, etc. (Bowlby, 1995).

Previamente mencioné que una de las consecuencias características de la mujer que vive violencia familiar es el Trastorno de Estrés Posttraumático. Un estudio realizado en 2011 muestra cómo los síntomas de estrés posttraumático de la madre repercuten en la regulación emocional de su hijo(a) y en su reactividad emocional durante el primer año de vida, partiendo de que la reactividad emocional se refiere a la intensidad y capacidad de reacción particular que tiene el/la bebé frente a diversos estímulos, mientras que la regulación emocional incluye la capacidad de no desorganizarse cuando experimenta emociones

intensas, expresarlas y exhibir acciones acorde a las emociones experimentadas obteniendo éxito en sus interacciones sociales (Bosquet et al., 2011).

Se midieron los signos y síntomas de Estrés Postraumático de la madre, así como sus signos y síntomas depresivos, su nivel de exposición a eventos traumáticos, y en su hijo(a) se midió su reactividad emocional, su regulación emocional y su nivel de exposición a eventos traumáticos. Los puntajes de las madres en estos tres factores medidos mostraron una alta correlación entre sí mientras que los síntomas de estrés postraumático se asociaron con las medidas encontradas en la regulación emocional, más no con las de reactividad, es decir, los niños y niñas que exhibían mayores desajustes emocionales, mayor estrés y llanto exacerbado eran los hijos e hijas de las madres con los más elevados niveles de estrés postraumático, además eran menos sensibles a ser calmados y el contacto visual con su mamá era poco o casi nulo. Derivado lo anterior, estos investigadores concluyeron que el Trastorno de Estrés Postraumático repercute en la calidad del cuidado que una mujer puede proporcionar a su hijo(a) afectando a su vez la regulación emocional de éste(a), su capacidad de autorregulación y su manejo del estrés (Bosquet et al., 2011).

A manera de síntesis la tabla 7 enlista las consecuencias para quienes han sido maltratados(as) en edades tempranas.

**Tabla 7: Consecuencias del Maltrato Infantil durante la Infancia (Child Welfare Information Gateway, 2008)**

Consecuencias para la salud	Consecuencias psicológicas
Complicaciones durante el embarazo o el parto.	Estrés postraumático.
Discapacidad.	Retraimiento social.
Separación precoz entre bebé y figura de apego.	Episodios de ira, angustia y ansiedad.
Síndrome del bebé sacudido.	Dificultades sociales para establecer relaciones interpersonales y conducta pro-social.
Alteraciones en el desarrollo cerebral.	Dificultades cognitivas para el procesamiento de la información.
Mala salud en general.	Comportamientos violentos.
	Poca regulación emocional.

Investigaciones realizadas sobre factores de protección para combatir las secuelas del maltrato infantil en edades tempranas han encontrado poderosos el fortalecimiento de la autoestima, el desarrollo de la creatividad, el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, así como proporcionar un entorno inmediato de apoyo, contar con otras figuras adultas que influyeran de manera positiva, escuelas seguras y contar con una atención médica de calidad (Child Welfare Information Gateway, 2008).

En el caso específico del abuso sexual, el factor clave a fomentar es que el/la menor cuente con una red sólida de apoyo social, pues inclusive llega a amortiguar los síntomas del estrés postraumático que pudieran presentar niñas y niños como consecuencia de esta forma particular de maltrato (Delgado, 2008).

## 2.6 Buen Trato

Para combatir las secuelas del maltrato infantil y generar esta red sólida de apoyo, la propuesta de Sanz (2005) resulta enriquecedora al señalar que: *“La prevención del maltrato es fomentar las relaciones de buen trato como una forma de educación para la salud. Hay que poner el énfasis en el buen trato y en qué hacer para tratarnos bien”*. p.1.

Resulta evidente que para Sanz (2005), es sumamente importante cuando hablamos de maltrato, hablar también del tema de buen trato dándole inclusive más peso, pues como se mencionó en el capítulo anterior, resulta ser un factor de protección poderoso que merece consideración especial. Desde su perspectiva destaca que podemos observar ambos, maltrato y buen trato, en las siguientes tres dimensiones:

1. Social. En ésta dimensión, existe lo que se conoce como violencia estructural, es decir, en el proceso de socialización están presentes tanto una discriminación en función a sexo con el que una persona nace, como la reproducción de valores sociales (culto a la guerra, peleas, etc.), roles y estereotipos de género.
2. Relacional. El patrón de relaciones de pareja se basa en la dicotomía: poder-sumisión y va acompañada de la complicidad del silencio ante el maltrato hacia las mujeres. Es decir, el modelo de relaciones a seguir está basada en el poder y a tener una identidad sólo si pertenezco a alguien.
3. Individual. Este modelo de relación basado en el poder es tan fuerte que se internaliza, repitiéndose “en el adentro” de la persona, a través de ciertos roles como: dominante-dominada haciéndonos más susceptibles de maltratarnos y dejarnos maltratar.

Por consiguiente, para comprender la raíz de la violencia familiar y para favorecer relaciones de buen trato es necesario que la persona pueda hacer consiente ciertos elementos presentes en su identidad y en sus vínculos amorosos tales como: el papel de la seducción en la elección de pareja, la presencia de “guiones de vida” o mitos familiares incorporados tempranamente, así como las creencias y valores sociales que han favorecido las relaciones de maltrato. También es indispensable fortalecer la búsqueda de un espacio personal que propicie el reconocimiento de límites propios y externos, y por último, elaborar ciertos contenidos emocionales a través de la escucha de emociones, el desarrollo de la tolerancia a la frustración y la elaboración de duelos. En sus palabras:



Algunas personas que maltratan o víctimas de violencia recibieron malos tratos o violencia (golpes, abuso sexual, desvalorización, etc.). De alguna manera, a nivel inconsciente han identificado el maltrato como parte del vínculo amoroso y de una forma u otra vuelven a repetir la historia colocándose en un lugar u otro: como víctima o agresor (Sanz 2005, p. 6).

Durante el acompañamiento emocional cuando hay maltrato y violencia familiar, es vital la elaboración de una separación emocional y no solamente centrar la intervención en una distancia física, ya que ésta pudiera encubrir el contenido emocional que está experimentando la persona, algún bloqueo en el proceso de duelo o en emociones, lo que la hace susceptible de pasar al acto, y actuar de manera impulsiva y/o peligrosa. Así mismo, resultará benéfico el ofertar un espacio de escucha para resignificar creencias, mitos familiares y profundizar sobre el modelo de vínculo afectivo, pues de lo contrario, la rigidez en las relaciones interpersonales persistirá al verse atraída hacia ese mismo tipo de situaciones de maltrato (Sanz, 2008).

La tabla 8 resume factores que favorecen relaciones de buen trato en las tres dimensiones anteriormente mencionadas.

**Tabla 8: Factores que favorecen el buen trato (Sanz, 2005, 2008)**

Dimensión	Factores que favorecen el buen trato
<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ψ Fomentar valores sociales como: equidad, solidaridad, respeto mutuo y aprecio por las diferencias.</li> <li>Ψ Promover la cultura de la paz.</li> <li>Ψ Animar la resolución no violenta de conflictos y la negociación.</li> <li>Ψ Difundir guiones de vida a favor del buen trato.</li> <li>Ψ Impulsar el pensamiento crítico frente a roles y estereotipos de género.</li> </ul>
<b>Relacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ψ Elaborar duelos en sus diferentes fases: negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y aceptación.</li> <li>Ψ Aprender a despedirse.</li> <li>Ψ Poner límites a través de la asertividad.</li> <li>Ψ Practicar la negociación en el establecimiento de acuerdos.</li> <li>Ψ Desnaturalizar y reflexionar sobre vínculos afectivos.</li> <li>Ψ Construir familia afectiva.</li> </ul>
<b>Individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ψ Aprender a amarse a través de cuidarse, dejarse cuidar, aceptar límites, saber estar en soledad, saber compartir, escucharse, respetarse y conocerse.</li> <li>Ψ Desarrollar el autoconocimiento.</li> <li>Ψ Sensibilizarse sobre el concepto personal del amor, amor romántico y la pasión.</li> <li>Ψ Manejar el estrés de forma constructiva como la relajación.</li> <li>Ψ Reconocer guiones y mitos familiares que limitan a la persona.</li> <li>Ψ Expresar y manejar emociones para no somatizarlas, ni generar dolor.</li> <li>Ψ Despertar la creatividad interior.</li> </ul>

Como apreciamos en la tabla, algunos de estos factores son herramientas concretas llamadas por la OMS “habilidades para la vida”, tales como “negociación”, “asertividad”, “pensamiento crítico”, etc. por lo que el siguiente capítulo profundizará sobre este tema. Antes de comenzar, me gustaría subrayar la relevancia de establecer relaciones de buen trato, más equitativas, respetuosas y horizontales con la niñez, pues: *“Todo(a) niño(a) pequeño(a) necesita, como compañía, a un ser humano (da igual que sea padre o madre) empático y no dominante”* (Miller, 2001 p. 20).

## CAPÍTULO 3.HABILIDADES PARA LA VIDA

*Ahora sé que las cosas dependen de mí, yo soy parte del mundo.*

*Puedo ser escuchada y tomada en cuenta.*

*Yo puedo creer en mí misma porque puedo lograr cosas*

*Y puedo hacer las cosas de una manera distinta a la usual*

*Y de una manera diferente a las demás personas.*

*Puedo hablar por mí misma y expresar mis opiniones. Me desperté.*

*Promotora comunitaria de salud de mediana edad, Santa Rosa de Copán, Honduras.*

### 3.1 Definición de Habilidades para la Vida

La OMS define a las habilidades para la vida como las capacidades a través de las cuales las personas pueden abordar de una manera más eficaz los desafíos de la vida cotidiana al promover una conducta adaptativa y positiva. *“Las habilidades para vivir nos permiten convertir el conocimiento —‘lo que sabemos’— y las actitudes y valores —‘lo que pensamos, sentimos y creemos’— en habilidades reales —el ‘qué hacer y cómo hacerlo’ ”* (OMS, 1993 p.9). En el día a día las utilizamos en diversas situaciones y escenarios, aunque no siempre seamos conscientes de ello, por ejemplo: si una amiga(o) tuvo un día difícil y nos llama en busca de apoyo o consuelo, en esta acción estamos ejercitando habilidades como la escucha activa, la empatía, el manejo y expresión de emociones y la comunicación.

Por ende, las habilidades para la vida poseen una dimensión práctica, al ser destrezas y aptitudes que pueden aprenderse a través de la experiencia. Conforme se van integrando al repertorio conductual de la persona favorecen que ésta cambie y con su cambio pueda impactar en el medio que le rodea.

La OPS ha propuesto una clasificación de las habilidades para la vida con fines didácticos y las ha dividido en tres tipos: cognitivas, sociales o interpersonales y para el control de las emociones, si bien existe una diferenciación entre cada una de ellas, no funcionan de manera separada, sino que operan conjuntamente (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001).

Se consideran habilidades sociales a las aptitudes que nutren las relaciones interpersonales de la persona en su contexto, las habilidades cognitivas dirigen el procesamiento de la información, mientras que las habilidades para el control de las emociones son las encargadas de regulación de éstas para lograr que sean aliadas en la consecución de objetivos y fuente intensa de motivación, más no de desorganización (Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009).

Dentro de las habilidades sociales están: comunicación asertiva, negociación/rechazo, empatía, cooperación; en las cognitivas encontramos la toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento crítico, autoevaluación y clarificación de valores y en las habilidades para el control de las emociones tenemos el manejo del estrés, manejo de emociones y habilidades para aumentar el locus de control interno por mencionar sólo algunas (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001). Más adelante nos detendremos con mayor profundidad en las habilidades útiles para potencializar la salud materno-infantil.

De entre todas las definiciones de habilidades para la vida, quisiera destacar la propuesta por Choque-Larrauri y Chirinos-Cáceres, para quienes las habilidades para la vida constituyen *“fuente básica de felicidad, de disminución de la angustia y privilegio de salud”* (Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009 p. 174).

### 3.2 Habilidades para la vida en la promoción de la salud

La promoción de la salud se refiere a *“el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”* (OMS, 1986). Esto quiere decir, que más allá de las estrategias y programas que ponga en práctica el Estado en general y la Secretaría de Salud en particular, las personas pueden llevar a cabo por ellas mismas, acciones concretas para aumentar su calidad de vida y por ende, su salud. Es en este entorno, donde las habilidades de vida son una pieza fundamental que coadyuva el fortalecimiento de herramientas con las cuales las personas puedan apoyarse para realizar estas acciones y cambios.

Tanto la OMS (1994, 2003) como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF 2005) en los programas preventivos que han puesto en marcha en este ámbito específico de la promoción a la salud, puntualizan que el enfoque de las habilidades para la vida resulta ser una estrategia de intervención eficaz al permitirle a niñas, niños y adolescentes afrontar tanto los cambios como la realidad de su contexto social.

Estos programas educativos y de prevención integran tres ejes fundamentales de acción (Figura 2):

1. Desarrollo de Habilidades: cognitivas, sociales y para el control de emociones.
2. Contenido informativo: Temas de interés según la población a impactar, por ejemplo, con adolescentes se sugiere abordar temas como: violencia, resolución de conflictos, relaciones interpersonales, salud sexual y reproductiva, nutrición, alcohol, tabaco y uso de otras sustancias adictivas.
3. Utilizar metodologías interactivas de enseñanza.



Figura 2. Principales Componentes de los Programas de Habilidades para la Vida. (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001 p.24)

El tercer eje fundamental de acción, el emplear metodologías interactivas de enseñanza, está basado directamente en los planteamientos e investigación de la teoría de aprendizaje social, ésta sustenta que el aprendizaje significativo es resultado de un proceso dinámico, activo y participativo, por ende, la mejor manera de aprender es entonces a través de actividades que estimulen la observación, la imitación, el ensayo y la retroalimentación. Dado lo anterior, la OMS plantea lo siguiente:

La educación en habilidades para vivir se basa en el aprendizaje por medio de la interacción de nuevos conocimientos y la adquisición, práctica y aplicación de habilidades. La práctica de las habilidades es un componente vital dentro de las actividades de la enseñanza de las habilidades para vivir (OMS, 1993 p. 10).

Por ende, desde las habilidades para la vida, es fundamental para el éxito de una intervención y para obtener cambios más fácilmente, aplicar metodologías participativas, pues las personas se involucran más dentro del proceso de aprendizaje y éste adquiere un significado especial para ellas, a diferencia de cuando no le hace sentido y no se socializa en un grupo, muchas veces las personas piensan que hacer cambios en sus vidas es muy difícil porque no visualizan los recursos personales con los que cuentan o bien, se sienten ineficientes en determinadas áreas, si modelamos el mensaje central de que las habilidades se pueden aprender con la experiencia del grupo, de esta manera aumentaremos también la toma de conciencia del control que puedan tener sobre sus propios actos (Athié et al., 2010).

Dentro de la promoción a la salud, a partir de los años 90, el tema de las adicciones se ha convertido en protagonista ya que existe una gran cantidad de literatura científica a nivel internacional y nacional sobre investigaciones realizadas que demuestran la eficacia de las habilidades para la vida en el ámbito de la prevención y el tratamiento de las adicciones en programas escolarizados. Además, han demostrado ser factores de protección en la prevención de la violencia, el embarazo en la adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, el mejoramiento del rendimiento escolar y participación ciudadana (Botvin, s/f, Botvin, 1900, Mantilla, 2003, Botvin & Griffin, 2004).

Pérez De la Barrera (2012) menciona que si bien es importante que los programas de intervención contengan información, la información por sí sola no constituye un factor significativo de cambio, ni de prevención, siendo las habilidades para la vida la mejor estrategia para generar cambios en salud y conductas de prevención de adicciones. En su investigación realizada con población mexicana adolescente contrastó los niveles de algunas habilidades para la vida como la resistencia a la presión, toma de decisiones, empatía, expresión de emociones, autoconocimiento, planeación del futuro y manejo del enojo, así como sus creencias conductuales hacia las drogas encontrando diferencias significativas entre estudiantes no consumidores y consumidores de inhalables, marihuana, tabaco y alcohol en donde los primeros obtuvieron puntuaciones más altas en habilidades como presión de los pares, empatía y planeación del futuro, a diferencia de estudiantes que consumieron en el último mes alguna de estas sustancias. Mientras que en las demás habilidades medidas no se obtuvieron diferencias significativas.

En entornos educativos de diferentes países, como el de Perú, se ha implementado la táctica de “Escuelas Saludables” en donde la escuela está sensibilizada sobre la importancia de fomentar el desarrollo humano de manera integral y por ende, busca que sus alumnas y alumnos asimilen la información, no a través de la repetición, sino generando un ambiente positivo y propositivo hacia el aprendizaje, es decir, “aprehendiendo” el conocimiento en salud para reforzar la realización de acciones de promoción de la salud dentro de las mismas instituciones educativas, quienes tienen un enorme poder de alcance e impacto al estar en contacto con tantas cantidades de niños, niñas y adolescentes (Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009). La OMS en conjunto con la UNICEF acuñan los conceptos “Escuelas Amigas de la Infancia” y “Escuelas Promotoras de Salud” para referirse a las escuelas que en su centro de acción están ubicados los niños y las niñas e implementan seis principios a seguir dentro de su modelo educativo: sensibilidad ante el género, inclusividad y apegada a los derechos humanos, ambiente seguro y protector, calidad académica, comprometida con la comunidad y promotoras de la salud (Figura 3) (OMS, 2003).

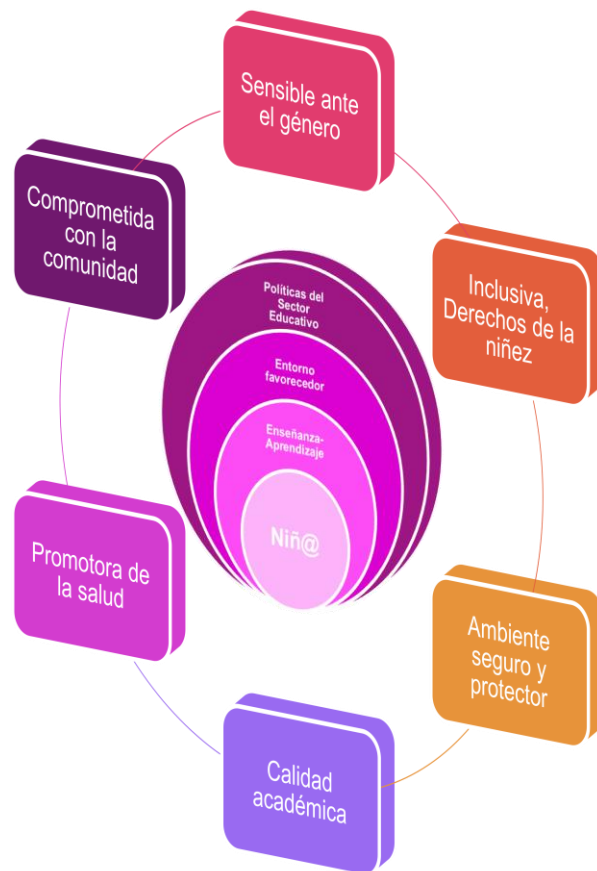


Figura 3. Modelo educativo de las “Escuelas Amigas de la Infancia”.

(Unicef, s/f párr.4)

Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres (2009) realizaron una investigación que evaluó el impacto de un programa educativo de habilidades para la vida aplicado durante el año escolar en población adolescente en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

La muestra de una “Escuela Saludable” fue dividida en dos grupos: el experimental, quien recibió el programa a través del fortalecimiento de las siguientes habilidades para la vida en el ámbito de la salud: asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones e impartido por sus docentes a través de una metodología participativa, y el grupo control, a quien no se le impartió ningún entrenamiento, encontrando diferencias estadísticamente



significativas entre ambos en las habilidades de asertividad y de comunicación, mientras que en las habilidades de toma de decisiones y autoestima no se observaron estas diferencias. Los autores mencionan que en particular estas dos habilidades “*son más complejas...*” y para poder afianzarse “*...requieren de una serie de procesos y etapas previas así como una mayor temporalidad para su desarrollo*”, pues el autoconocimiento es la base de la autoestima, así como la toma de decisiones se relaciona estrechamente con otras habilidades cognitivas como la solución de problemas y el pensamiento crítico (Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009 p.178). Más adelante definiremos con mayor profundidad en qué consiste cada una de estas habilidades mencionadas.

Con respecto a investigaciones realizadas con población adulta, el enfoque de habilidades para la vida ha sido utilizada para sensibilizar a padres y madres de familia, docentes, personal de salud, comunidades rurales, obteniendo a groso modo cambios cuantitativos y cualitativos a favor de promoción a la salud, la realización de conductas de prevención y favorecedoras del desarrollo humano de una manera integral como son: mejoramiento en la nutrición, higiene, conductas sexuales protegidas, incremento en el número de pruebas realizadas por mujeres para detectar cáncer cérvico-uterino, resignificación equitativa de roles de género y sociales, padres y madres de familia ejercitando un acompañamiento constante y sensible a adolescentes que abusan de sustancias (Fawcett et al.,1999), (Givaudan et al., 2005), (Givaudan y Pick, 2004), (Leenen et al., 2008), (Pick et al., 2011), (Venger, Pick & Fishbein, 2007).

Es necesario destacar para concluir esta sección que, tanto en el ámbito de investigación, como en el ámbito de las máximas instancias internacionales rectoras del área de promoción de la salud, las habilidades para la vida han sido aliadas y constituyen factores poderosos para favorecer la prevención y la realización de conductas saludables por parte de la población receptora de estos programas. Así, las habilidades para la vida “*promueven el desarrollo de factores de protección comunes a diversos problemas psicosociales*” (Choque-Larrauri & Chirinos-Cáceres, 2009 p. 171).

A continuación en la Tabla 9 se enumeran algunos factores de riesgo y de protección que se han observado en el desarrollo de la infancia y adolescencia tanto a nivel individual, como en el social. Como podemos observar en la tabla, el principal factor de protección en cuanto a características individuales son las habilidades para la vida y el principal factor de protección a nivel familiar y social es que padre y madre proporcionen una base segura dentro del hogar.

**Tabla 9: Factores de riesgo y de protección en el desarrollo de la infancia y adolescencia (Mangrulkar, Whitman & Posner, 2001 p. 20)**

Factores de riesgo	Factores protectores
<b>CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES</b>	
Desventajas de constitución: complicaciones perinatales, desequilibrio químico neurológico, incapacidad sensorial.	Habilidades cognitivas.
Retrasos en las habilidades como: poca competencia social, y hábitos dañinos de trabajo.	Habilidades sociales.
Dificultades emocionales: apatía, inmadurez emocional, baja autoestima, mal manejo de las emociones.	Aptitud social.
Problemas escolares: desmoralización escolar, fallas en la escuela y deserción escolar.	Habilidades de resolución de conflictos.
	Locus de control interno. Autoestima, autoconfianza.
	Sentido de propósito.
	Sentido del humor positivo.

Factores de riesgo	Factores protectores
<b>CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y SOCIALES</b>	
Circunstancias familiares: pobreza, discapacidad, abuso de sustancias en la familia, familia de gran tamaño, eventos estresantes en la vida, desorganización familiar, desviación comunicativa, conflictos familiares y desintegración.	Relaciones de buen trato. Lazos seguros con los padres.
Problemas interpersonales: rechazo de los pares, alineación y aislamiento.	Alta motivación de parte de los familiares.
Lazos seguros con los pares y otros adultos que modelen conductas positivas de salud y sociales.	

### 3.3 Empoderamiento en la salud y agencia personal

El concepto de empoderamiento se puede definir desde dos miradas diferentes, desde el feminismo, que lo entiende como un proceso de cambio interno y a la vez social y desde la psicología, en donde se relaciona con poder acceder a una oportunidad real de libre elección (García, 2009). En este trabajo destacaremos el segundo punto de vista, no por considerarlo superior sino porque se relaciona mejor con los objetivos previamente planteados.

El Banco Mundial (2006) define al empoderamiento como *“el proceso de aumentar los recursos y capacidades de las personas o grupos para tomar decisiones y de esta manera poder transformar estas opciones en acciones y resultados deseados”* (párrafo 1), a pesar de que las percepciones de sentirse empoderada como persona resultan variables en cuanto al tiempo y la cultura, la palabra empoderamiento implica obtener libertad de acción y elección. Los diferentes programas que utilizan un enfoque de empoderamiento tienen como meta incrementar las oportunidades de desarrollo además de mejorar la calidad de vida de las personas. El Banco Mundial propone incluir 4 elementos a tomar en cuenta para desarrollar una reforma adecuada e integral en este rubro: garantizar acceso a la información, propiciar un ambiente de inclusión y participación, responsabilidad y capacidad de organización a nivel local.

El empoderamiento también se ha utilizado dentro de la promoción de la salud y este proceso se visualiza en dos niveles, en la dimensión individual, donde las personas obtienen mayor control sobre su vida, y en la social, en donde puedan organizarse y tomar acción conjunta con base a sus preocupaciones y necesidades específicas en salud para mejorar su calidad de vida y condiciones sociales (Nutbeam, 1998).

Amartya Sen, pionero en establecer un cambio radical en el enfoque de las acciones realizadas para reducir la pobreza extrema subrayando la necesidad de hacerlo a través de un enfoque no asistencialista y sí de expansión de capacidades y libertades, ha definido la agencia personal como *“aquello que una persona tiene la libertad de hacer y lograr en búsqueda de las metas o valores que él o ella considere importantes”* (Sen, 1985, p. 203).

Sen (2001) propone reconocer que si bien las personas tienden a la realización, no habría que llevar este concepto hasta la utopía, pues éstas suelen estar condicionadas por varios factores: sus propias habilidades, las oportunidades que se les brindan, bienes y servicios con los que cuenta el medio en donde se desenvuelven, de esta manera, la agencia personal permite inyectar una motivación poderosa para lograr resultados satisfactorios, a pesar de estas limitaciones.

Dentro de la literatura en Psicología, la agencia personal se ha descrito como sinónimo de autonomía, autoeficacia, autodeterminación, autorregulación y control, e inclusive de empoderamiento. De hecho, Pick propone una distinción clara entre estos los conceptos de empoderamiento y agencia personal acentuando la necesidad de utilizar el concepto de agencia personal como un proceso integrativo dentro de la persona conformado por los demás elementos: la autonomía, autoeficacia, autorregulación y locus de control interno (Pick et. al, 2007).

Como observamos en la figura 4, es a través del desarrollo de la agencia personal que una persona puede afrontar los retos de la vida cotidiana y realizar cambios de conducta y de actitud, convirtiéndose en empoderamiento intrínseco sólo cuando a través de sus cambios logra impactar en su contexto, es decir su dimensión social inmediata, pues el empoderamiento extrínseco se refiere al proceso de cambio de las personas que da como resultado de cambiar antes las condiciones de su contexto. Es en base a esta diferenciación que la agencia personal es sinónimo de Desarrollo Humano.



Figura 4. Marco para Facilitar el empoderamiento FrEE

(Athié et al., 2010 p.9)

Un concepto que merece reconocimiento especial es el de la autoeficacia, Bandura lo propone para poder tratar de entender cómo aprendemos y mantenemos ciertas conductas. La autoeficacia se define como la percepción de seguridad y confianza que una persona posee sobre sus propias capacidades, por esto, el desarrollo de habilidades inicia en un proceso interno y no desde fuera (Bandura, 1977, 1998).

La autoeficacia determina otros procesos como el de la motivación, la delimitación de metas y la planeación del futuro. Las personas que dudan de sus capacidades para la autorregulación de la conducta en un campo específico, resultan ser más proclives a sentimientos de depresión y a involucrarse en conductas problema (Sánchez, 2006).

Sánchez (2006) enfatiza rol decisivo de la motivación cognitiva y de la autoeficacia en la elaboración de conductas que favorezcan la salud, ya sean conductas de detección o de prevención. En su investigación con población adulta encontró que la alta autoeficacia de una persona la lleva a realizar conductas de prevención independientemente de cómo se le transmita el mensaje, recalcando las pérdidas o subrayando los beneficios. Éste es un hallazgo importante pues, generalmente los programas de intervención se centran en determinar cuál es la mejor manera de transmitir un mensaje pro-salud para motivar la acción, poniendo poca atención en incluir estas dos variables para favorecerlas en sus estrategias: *“La autoeficacia juega un papel central en la autorregulación de la conducta a través de sus efectos sobre la formación e intensidad de la intención”* (Sánchez, 2006 p. 616)

Para concluir el importante tema del empoderamiento y agencia personal, cito una reflexión en las palabras de Salomón Chertorivski Woldenberg, titular de la SSA, del año 2011 al 2012:

Sin embargo, así como nos señalan éxitos, las cifras de la ENSANUT 2012 nos indican áreas de oportunidad para lograr el sistema de salud que queremos. Un aspecto clave lo constituye el empoderamiento ciudadano y el conocimiento del derecho a la salud por parte de los usuarios y pacientes. Es claro que quienes no se saben poseedores de derechos no pueden exigirlos; en salud esto se traduce en fenómenos adversos que limitan la efectividad de la política pública. Por ello, es preocupación de las instituciones del sector salud generar y acercar información a la ciudadanía sobre cómo acceder a los servicios de salud en caso de requerir atención curativa. Reforzar las estrategias de comunicación y difusión, para el viraje hacia la prevención, y en este sentido, hacer énfasis en estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades crónicas es un factor que contribuirá positivamente a este empoderamiento (INSP 2012, p.5).

### 3.4 Principales habilidades para la vida que favorecen la salud materno infantil

En este trabajo se considera al autoconocimiento, la comunicación, el manejo y expresión de emociones, la toma de decisiones y la empatía como las habilidades más importantes a desarrollar en las mujeres que son madres de niños y niñas pequeñas porque son las herramientas con mayor utilidad para poder practicar las conductas específicas mencionadas en el capítulo 1 que promueven tanto su salud, como las de sus bebés alejándolas de la violencia familiar y el maltrato infantil. Se procederá a definir en qué consiste cada una de estas habilidades.

El autoconocimiento es la capacidad que me permite identificar quién soy, cuáles son mis preferencias, lo que no me agrada, mis aptitudes y mis debilidades, lo que da como resultado sentirme con la seguridad y la plena confianza de que puedo lograr mis metas mientras desarrollo un sentimiento de valía hacia mí misma como persona. A través de la habilidad del autoconocimiento las personas pueden integrar con mayor facilidad su rol como padres o madres a su personalidad, sin perderse dentro de un solo rol rígido, lo que muchas veces, genera culpa, frustración y vivir de manera desagradable y con excesiva presión la experiencia de la maternidad o paternidad (Athié et al., 2010).

El autoconocimiento es muy importante porque resulta ser la base de la autoestima. Según Lagarde la autoestima desarrolla en “soledad”, dado que esta situación particular nos lleva al mirar hacia dentro para analizar, reflexionar, comprender, recordar, elaborar, apalabrar, descansar y conectarnos con nuestras emociones y necesidades reales más allá de las expectativas de las demás personas; estar en soledad también tiene el beneficio extra de poder experimentar una sensación de libertad al permitirse poner una pausa a todo lo que acontece afuera (Lagarde, 2000). Para esta autora la autoestima se conforma por los siguientes elementos claves:

- Ψ Autovaloración. Reconocimiento de las características que hacen única y especial a la persona.
- Ψ Autocrítica. Ser capaz de reconocer errores para inclusive perdonarlos.
- Ψ El respeto hacia sí misma y hacia el propio valor como persona incluyendo el reconocimiento del derecho a ser feliz.
- Ψ Responsabilidad y la toma de decisiones, que le permitan a la mujer asumirse como protagonista de su propia vida y salir del terreno de las expectativas de las demás personas.
- Ψ El límite de los propios actos y el de los actos de las demás personas guiándose bajo el principio de no daño: no daño a otra persona y no permito que nadie me dañe.
- Ψ La autonomía. Buscar espacios propios que permitan la autorrealización y la independencia de la persona.

También es necesario ejercitar el autoconocimiento para favorecer el desarrollo socio-emocional infantil pues la autoestima se conforma de los mensajes positivos transmitidos por la madre en los primeros dos años de edad, como se mencionó anteriormente (Ampudia et al., 2009).

Por otro lado, la habilidad de la comunicación se refiere a saber integrar y complementar de manera flexible ambos componentes de la comunicación humana: el verbal y el no verbal, así mismo implica la capacidad de reconocer cuando una situación me rebasa y saber pedir ayuda (OMS, 1993). El fortalecimiento de esta habilidad será clave para no generar estrés o incertidumbre en la madre dentro del proceso de vinculación entre ella y su hijo (a), afinará la lectura oportuna de las necesidades del infante y la comunicación no verbal.

Tradicionalmente dentro del ámbito social, las mujeres se han hecho cargo de la crianza de sus hijos e hijas, pero se hace necesario reconocer que esta tarea requiere trabajo arduo, constancia y dedicación, por lo que la mujer tiene que aprender a pedir ayuda frente a este reto, con esta acción se puede lograr romper el estereotipo de género de que la mujer mientras menos hable y con más



actitudes sumisas, es mejor, además la habilidad de comunicación le permite a la mujer formar redes de apoyo y poder abandonar el círculo de la violencia familiar con mayor facilidad.

Pérez De la Barrera (2012) define a la empatía como el poder ponerse “*en el lugar del otro, compartir sus sentimientos, su estado emocional y de ese modo poder reaccionar ante él/la de la manera más adecuada*” (p. 4). Así mismo, la investigación científica la identifica como un factor de protección ante conductas de riesgo, además de estimular el proceso de socialización de una persona. Si una mujer es capaz de aprender a ponerse en el lugar de su bebé fomentará un apego seguro al incrementar su sensibilidad, sus cuidados maternos y la satisfacción oportuna de necesidades del bebé, además de modelar esta pauta a su hijo(a), vital para fortalecer el desarrollo socio-emocional en la infancia.

En relación al manejo y la expresión de emociones éste implica el reconocimiento de las emociones propias y en las demás personas, tomando conciencia del impacto de éstas en los procesos cognitivos y en la acción, de tal manera, que la persona pueda experimentarlas de una manera flexible y regulada, logrando poner en movimiento sus recursos conductuales para alcanzar metas específicas. Esta habilidad favorece el comportamiento pro-social, la asertividad y el establecimiento de relaciones interpersonales (Roque & Veríssimo, 2011).

Las emociones básicas son la alegría, la ira, el miedo, la tristeza, la sorpresa y la aversión, si sentimos alguna emoción de manera intensa como el miedo, el enojo o la tristeza, podemos alcanzar un desajuste tal en la regulación de la persona que puede repercutir de manera negativa en su salud (OMS, 1993) o inclusive llegar a actos violentos (síndrome del niño sacudido) o de negligencia, así que el poder aprender la expresión constante y adecuada del amor, el cariño y el cuidado se torna fundamental para reforzar la relación temprana entre madre y bebé, previniendo además la depresión postparto.

Por último, la toma de decisiones es la capacidad que tienen las personas para elegir de la manera más responsable alguna opción a través de un análisis detenido de los pros y los contras de cada alternativa, así como de sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo, si este análisis se realiza en condiciones de estrés, se complica el proceso de elección pues entran en juego tanto la dimensión emocional, como la cognitiva. La toma de decisiones posee una relación cercana con otras habilidades como el pensamiento crítico, el pensamiento creativo y la solución de problemas. Ejercitar esta habilidad previene que nuestros actos y decisiones, con especial énfasis en temas de salud, sean fruto de mitos, prejuicios, usos y costumbres, por ejemplo: muchas veces las mujeres se dejan influenciar por ciertas prácticas de su contexto que resultan dañinas para la salud, por ejemplo: muchas mujeres piensan que la primera leche, el calostro, no es de utilidad porque tiene un color y una apariencia diferente, la tiran y no se la dan a su bebé, sin saber que esta leche es la más importante al ser la primera vacuna para el bebé, otras piensan que la cerveza ayuda a producir más leche, otras desconocen los riesgos de la alimentación utilizando biberón, leche de fórmula y chupones. Por esta razón, Reyes & Martínez (2010) señalan que *“Por medio de la educación, las mujeres son más capaces de tomar decisiones inteligentes basadas en información fehaciente referida al nacimiento de sus hijos”* (p.8).

Teniendo claras las implicaciones del desarrollo de estas habilidades y en qué consiste cada una de ellas, se hace evidente que poner en práctica algunas de éstas para algunas personas serán verdaderos retos o pudieran facilitárseles más otras, pero también es necesario destacar que algunas habilidades en específico, como el autoconocimiento y la toma de decisiones, implican fortalecer pasos previos en aras de observar cambios significativos.

Por ahora, terminamos el recorrido teórico sobre la importancia y la utilidad de las habilidades para la vida en la promoción a la salud, es momento de continuar con el apartado que realza su aplicación práctica en problemáticas específicas como la violencia familiar y el fomento al desarrollo integral.

## CAPÍTULO 4. TALLER PARA MUJERES

### “APRENDIENDO A CUIDARME, NOS CUIDAMOS”

*"Hicieron ver que me valorara como mujer,  
porque nunca presto atención a lo que valgo como mujer"  
Mujer de mediana edad, Pijijiapan, Chiapas.  
Comunicación personal, junio, 2011.*

#### 4.1 La metodología

El taller está dirigido a madres o mujeres cuidadoras de niños y niñas entre 0 a 2 años de edad que vivan violencia familiar. El cupo del taller es de máximo 20 personas para garantizar que todas las integrantes participan y sean escuchadas en sus inquietudes y necesidades.

Las indicaciones generales para realizar la convocatoria del taller es utilizar la empatía y ser sensible al cuidar mucho el hacer explícito que se trata de un espacio para mujeres que viven violencia familiar en un contexto desarticulado o con información vaga al respecto, ya que se puede vivir como una experiencia amenazante, angustiante y ocasionar daño a la mujer que participe en vez de acompañarla. Lo anterior apegándose a los fundamentos y normas propuestas por la Sociedad Mexicana de Psicología en el Código ético del psicólogo (2010), sobre todo en lo que respecta al cuidado responsable, la confidencialidad, la calidad de la intervención y la integridad en las relaciones que establece el/la psicólogo(a), por lo que se sugiere que se aplique únicamente dentro de Instituciones pertenecientes al sector salud, de atención especializada en violencia, que conozcan de programas sociales y tengan experiencia en el trabajo con poblaciones cautivas, vulnerables, ya detectadas con esta problemática particular.

Mientras me desempeñaba profesionalmente en un refugio para mujeres en situación de violencia sus hijos e hijas que se encontraban en riesgo, me enfrenté constantemente con la necesidad de la población usuaria ante el cómo poder adquirir herramientas definidas para relacionarse de una manera no violenta con sus hijos e hijas en el día a día. Esta inquietud dio pie al comienzo de un viaje en

búsqueda de respuestas, sembró la semilla dando como resultado la propuesta de este taller, fruto de esa curiosidad intelectual y humana.

Durante el tiempo que sumé esfuerzos en ese espacio laboral pude percatarme que el principal error por parte del personal del área psicológica es no escuchar la necesidad de la mujer y de la familia si éstas no aparecen dentro del espacio formal terapéutico y se ajustan al plan de intervención o la definición del proyecto de vida. Frente a ese hueco en la intervención, considero que la metodología vivencial y participativa tiene una poderosa capacidad de impacto para cubrir con estas necesidades cotidianas; al apoyarse de técnicas didácticas, lograr el aprendizaje significativo individual a través de la interacción grupal y socializar este proceso continuo de darse cuenta.

Aunque dentro de esta metodología cada técnica posee un objetivo particular, en su totalidad buscan potencializar cambios sostenibles de conducta y de actitud en las mujeres, a través de propiciar en la dinámica grupal un cambio de paradigma al reconocerse como las principales protagonistas del conocimiento al tener oportunidad de construirlo y enriquecerlo con sus emociones y experiencias, mientras el conocimiento va asimilándose y acomodándose dentro de la persona. Otra ventaja de esta metodología es que puede aplicarse de una manera efectiva igualmente tanto con grupos homogéneos o heterogéneos.

Es importante también enfatizar que el trabajo realizado en el taller no excluye un proceso de acompañamiento psicológico hacia la familia receptora de violencia, ya que constituye un complemento en la intervención terapéutica que busca potencializar los factores de protección que le permitan a la mujer, sus hijos e hijas salir del círculo de la violencia, más allá de presentarse como el único medio a realizar o el más efectivo.

El perfil de la facilitadora o facilitador para impartir el taller es:

- Ψ Tener experiencia y conocimientos de manejo de grupos y capacitación.
- Ψ Poseer conocimientos de género, derechos humanos, derechos de la niñez.

- Ψ Conocimiento de técnicas y herramientas para el diagnóstico, la intervención y prevención de la violencia.
- Ψ Conocer el modelo de atención concreto de la violencia de la institución en donde se aplique.
- Ψ Habilidades de escucha activa, asertividad y empatía.
- Ψ Utilizar lenguaje incluyente.
- Ψ Evitar interrumpir las participaciones de las personas para imponer puntos de vista.
- Ψ Evitar hacer juicios de valor utilizando palabras como “bueno”, “malo”.
- Ψ Evitar hacer interpretaciones de lo que le pasa a las personas pues pueden sentirse exhibidas, sino más bien utilizar recursos de facilitación como son: reflejo de reiteración, reflejo de sentimiento, señalamiento de las discrepancias observadas, contención emocional, resolución de conflictos dentro del grupo, actitud empática y congruente.
- Ψ Generar un clima grupal de escucha, apertura y respeto.

En el taller se abordan temas claves sobre Habilidades para la vida, Agencia Personal y Estimulación del Desarrollo Integral por lo que está conformado por 3 sesiones, con una duración de cuatro horas cada una, se propone que en cada sesión el grupo pueda tener un receso de 25 minutos y que se imparta una sesión a la semana como mínimo. Esta observación es importante ya que es vital para optimizar el proceso de enseñanza-aprendizaje que haya un tiempo entre cada sesión de reflexión y de acción en otros espacios diferentes al del grupo por parte de las participantes. Estas consideraciones se hicieron tomando en cuenta la rotación de la población en las instituciones que brindan atención integral de la violencia.

El lugar donde el taller puede ser impartido para garantizar que se alcance tanto el objetivo del mismo como los específicos de cada actividad, tendrá que ser amplio, ya que muchas de las técnicas implican movimiento, con iluminación y ventilación

suficientes. No se recomienda un espacio tipo auditorio ya que las sillas no pueden moverse.

Cada actividad que se realiza en el taller tiene cuatro componentes igual de importantes. De su inclusión total dependen los resultados que se esperan en cuanto a cambios de conducta y de actitud. Por lo que se describen a continuación:

**Objetivo:** Es el fin último a donde se pretende llegar con la actividad. Cada tarea tiene un objetivo particular que se detalla con profundidad en la carta descriptiva (por ejemplo: favorecer la integración grupal).

**Desarrollo del tema:** Es el procedimiento detallado de en qué consiste cada actividad que las personas del grupo ejecutarán (por ejemplo: cerrar sus ojos, trabajar de manera individual, por equipos, respirar profundamente, observar un video, etc.)

**Reflexión grupal:** Se refiere al análisis y discusión grupal del tema explorando tres dimensiones de la actividad: emoción, cognición y acción a través de preguntas clave que le permitirán al facilitador(a) tener una guía clara sobre los aspectos fundamentales a preguntar para no perder de vista el objetivo, preguntas como: ¿Cómo te sentiste durante la actividad?, ¿Qué habilidades para la vida te hacen falta poner en práctica para cuidar tu salud y la de tu bebé?, ¿Por dónde vas a comenzar?. En el anexo se detallará esta sección como: Preguntas clave. Es importante que la facilitadora o facilitador se apegue a estas preguntas claves para evitar perder el objetivo de la técnica y desviarnos sobre una curiosidad personal que no favorece el aprendizaje grupal.

**Conclusión del tema:** Es transmitir al grupo el mensaje clave de la actividad de una manera clara, directa y breve (por ejemplo: es importante poner en práctica las habilidades de escucha y comunicación durante el trabajo en equipo, la negociación y el buen trato ya que favorecen llegar a acuerdos y establecer relaciones interpersonales armónicas y sin violencia).

Durante la reflexión y conclusión del tema es importante trabajar en círculo ya que fomenta que todas las personas del grupo se miren y escuchen. Así mismo, es vital mantener el contacto visual por parte de la facilitadora durante todo el proceso para poder establecer una afinada lectura de grupo que le permita identificar logros, necesidades e inquietudes de éste.

Se propone, para fines de evaluación cuantitativa de los cambios de conducta y de actitud en las mujeres participantes, utilizar el siguiente instrumento: Escala para Medir Agencia Personal y Empoderamiento ESAGE (Pick et al., 2007). Se aplicará después de la Bienvenida en la primera sesión y en la cuarta después de la Espiral de arrullo, que es la actividad del cierre del taller. Es importante mencionar que sólo se aplicarán los reactivos pertenecientes a un sólo factor, el que mide agencia personal (reactivo 1 al 35) por considerarlo más pertinente en relación a las habilidades que serán ejercitadas de manera directa en el taller (Ver ANEXO para mayor descripción del instrumento).

#### 4.2 Objetivo del taller

*“Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo”. (OMS, 2006 p.1).*

Tomando en cuenta lo anterior, el objetivo general del taller será:

Favorecer el desarrollo de habilidades para la vida, la obtención de conocimientos y la disminución de barreras psicológicas para lograr cambios de conducta y de actitud necesarios en las mujeres para fomentar la salud materno-infantil (0-2 años) por medio de una metodología vivencial y participativa.

#### 4.3 Carta descriptiva del taller: “Aprendiendo a cuidarme, nos cuidamos”

##### SESIÓN NO. 1: “HABILIDADES PARA LA VIDA”

Duración: 4 horas.

Objetivo específico para las participantes:

- Ψ Reconocer las habilidades para la vida como herramientas que permiten hacer cambios de conducta y de actitud frente a diferente problemáticas, incluida la violencia.
- Ψ Poner en práctica estas habilidades en espacios diferentes favoreciendo que las participantes sean agentes de cambio en sus familias y en el medio que les rodea.

Tema	Objetivo	Actividades	Duración	Materiales y apoyos didácticos
Introducción	Dar la bienvenida a las participantes.	Bienvenida	5 min.	Plumones Etiquetas
Evaluación	Aplicar pre-test: Escala para medir Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE).	Cuestionario	25 min.	Lápices Sacapuntas 20 instrumentos ESAGE * VER ANEXO
Integración grupal	Generar un ambiente de confianza e integración grupal.	Saludándonos	10 min.	
Presentación	Conocer a las integrantes del grupo fomentando la habilidad de autoconocimiento.	A- la-rroro	50 min.	
Expectativas	Identificar las expectativas del grupo y definir el objetivo del taller.	Lo que esperamos	10 min.	Rotafolio Plumones
Encuadre	Reconocer la importancia de la negociación y el establecimiento de acuerdos en las relaciones personales.	Acuerdos	20 min.	Rotafolio Plumones
Habilidades para la vida	Conocer la importancia de las habilidades para la vida como instrumentos para resolver problemas en la vida cotidiana.	Descubriendo Mi tesoro de Habilidades	45 min.	Dibujo o imagen de un cofre de tesoro 7 tarjetas de cartulina (20x15 cm.) Plumones Cinta adhesiva
Agencia personal	Determinar la importancia de la agencia personal y el empoderamiento en la salud.	¡Sí se puede!	30 min.	Marco para facilitar el empoderamiento * VER ANEXO
Cierre	Despedir la sesión reconociendo el aprendizaje individual y grupal.	Hasta la vista	20 min.	



## SESIÓN NO. 2 “YO COMO AGENTE DE CAMBIO EN MI SALUD”

Duración: 4 horas.

Objetivo específico para las participantes:

- Ψ Desarrollar habilidades para la vida claves en la promoción de la salud materno-infantil.
- Ψ Sensibilizar sobre la importancia del cuidado de su cuerpo, su salud y la de sus bebés e hij@s.

Tema	Objetivo	Actividades	Duración	Materiales y apoyos didácticos
Introducción	Dar la bienvenida a las participantes. Revisar la tarea.	Bienvenida	20 min.	Plumones Etiquetas
Autoconocimiento	Reconocer la importancia del autoconocimiento como elemento indispensable para el desarrollo de la autoestima.	El regalo	40 min.	
Comunicación	Identificar los diferentes tipos de comunicación y la importancia del lenguaje corporal y la observación en la interacción madre-bebé.	Díselo con mímica	25 min.	
Toma de decisiones	Detallar los factores que intervienen en el proceso de toma de decisiones.	Aprendiendo a tomar mis propias decisiones	45 min.	8 Hojas de papel cada una con el dibujo de una flor con 4 pétalos y 4 espinas
Manejo y expresión de emociones	Determinar la importancia de reconocer emociones básicas y el poder demostrar afecto de diferentes maneras.	Mis manos y mis emociones	40 min.	
Cuidado corporal y manejo del estrés	Sensibilizar sobre la importancia del cuidado del cuerpo y brindar herramientas para el manejo del estrés.	Querido cuerpo...	30 min.	Hojas recicladas Lápices
Cierre	Despedir la sesión corporalmente.	Me despido	15 min.	

## SESIÓN NO. 3 “ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL INCLUYENDO EL BUEN TRATO”

Duración: 4 horas.

Objetivo específico para las participantes:

Ψ Facilitar el cambio de conductas y fomentar prácticas que favorezcan la estimulación del desarrollo integral del bebé, hijo o hija, así como prácticas de buen trato.

Tema	Objetivo	Actividades	Duración	Materiales y apoyos didácticos
Introducción	Dar la bienvenida a las participantes. Revisar la tarea.	Bienvenida	20 min.	Plumones Etiquetas
Buen trato	Sensibilizarse sobre la importancia del buen trato en la relación madre-hijos e hijas, hacia sí mismas y hacia el entorno.	Trátale suavemente	40 min.	Video “Niños y niñas ven y hacen” *VER ANEXO Computadora Cañón
Desarrollo Infantil	Adquirir conciencia sobre el proceso de desarrollo infantil y la realidad tal como la experimenta el/la bebé.	¿Cómo descubre el mundo mi bebé?	40 min.	Limón, naranja Crema, sonaja Sobre de té, café y azúcar Muñecos de felpa, sonidos 20 copias de la Tabla 1 y 2 * VER CAPÍTULO 1
Estimulación integral	Reconocer acciones concretas para estimular el desarrollo integral infantil, así como la realización de cuidados en su salud.	Listillo desde chiquillo, listilla desde chiquilla	40 min.	7 tarjetas de cartulina (20x15 cm.) 20 copias de Tabla 4 y 5 * VER CAPÍTULO 1
Vínculo afectivo	Sensibilizarse sobre el vínculo madre-hijo(a).	¿Cómo me siente mi bebé?	40 min.	Grabadora Música suave
Cierre	Despedir el taller reconociendo a través de la empatía, la importancia del apego seguro como factor clave para potencializar el desarrollo integral infantil.	Espiral de arrullo	15 min.	
Evaluación	Aplicar post-test: Escala para medir agencia personal y empoderamiento (ESAGE).	Cuestionario	20 min.	Lápices 20 instrumentos ESAGE * VER ANEXO

## CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se ha puesto énfasis en definir de manera más amplia a la salud asociándola con conceptos como calidad de vida, tranquilidad y bienestar. Por ende, la salud es un motor indispensable para el fortalecimiento de la persona y un camino que posibilita el desarrollo humano.

Otro escenario posible dentro del devenir de una persona es la violencia familiar y el maltrato infantil, ambas situaciones impactan la salud de manera prejudicial, pudiendo tener consecuencias de sutiles a extremas, tanto a corto, mediano y largo plazo. Las cifras en nuestro país anteriormente revisadas, permiten afirmar que tanto la violencia familiar, como el maltrato infantil son problemas psicosociales graves y en este sentido, se requiere de una intervención integral que sume esfuerzos desde todos los diversos sectores de la población y en conjunto permita afrontar de manera eficaz estas repercusiones y daños.

También se ha mencionado que las Habilidades Para la Vida han demostrado en diferentes ámbitos, aunque con especial seguimiento desde los años 90's en el ámbito educativo y en el tratamiento de adicciones, que son factores protectores esencialmente valiosos para poder salvaguardar el camino hacia la salud.

Actualmente, en México, un beneficio extra de utilizar como herramienta de intervención las habilidades para la vida, resulta ser que son altamente competentes para trabajar y sensibilizar a la población adolescente, sector que resulta ser una prioridad inmediata de intervención ya que en años recientes ha aumentado dramáticamente el número de embarazos registrados durante esta etapa de desarrollo, además de que el embarazo adolescente es considerado de alto riesgo para la salud de la mujer y la de su bebé, pues en este periodo aún no se encuentra lo suficientemente madura física ni emocionalmente, incrementándose las posibilidades de tener algún tipo de complicación durante el parto y el puerperio; se observan también pérdidas en cuestión de oportunidades laborales, escolares, de autorrealización personal y de desarrollo humano integral.

Otra de las ventajas de emplear las habilidades para la vida, son las metodologías interactivas para la intervención clínica, pues propician un entorno seguro para la reflexión, el insight y el reconocimiento, favoreciendo que las mujeres se den cuenta que poseen habilidades, pues las aplican de manera habitual en lo cotidiano, aunque ellas no las llamen de esa manera. Así, se facilita el proceso de aprendizaje, pues coadyuvan a que visualice de manera inmediata y concreta los beneficios que obtienen de estas habilidades y de ellas mismas, minimizando el impacto de mitos, prejuicios y roles de género como: “no sirves para nada”, “eres tonta”, “tu lugar está en la casa”, “qué vas a hacer sin tu esposo”, “no eres nadie”, etc.

Esto es sumamente importante pues generalmente, la intervención tradicional en el caso de mujeres que viven violencia se enfoca principalmente en la recepción de programas sociales específicos y hasta cierto punto asistencialistas que pueden incluso revictimizar a las mujeres y a sus familias en esta situación, llegando a reforzar ciertos roles sociales y estereotipos de género, pero lo más peligroso desde mi punto de vista, es la intensificación del papel de la mujer como “víctima”, misma idea que puede trastocar parte fundamental la identidad de las mujeres, y obstaculizar su empoderamiento, autoconocimiento, el fortalecimiento de su autoestima e incluso, la sororidad entre mujeres, pareciera que la mujer se reduce a ser solamente “receptora pasiva” de estos programas, necesitada de “ayuda” por ser “vulnerable”. Si bien las políticas públicas, la asignación de presupuestos para el empoderamiento económico, y los programas sociales, son importantes, por sí mismos no cambiarán de raíz la situación de las mujeres, pues lo fundamental en un primer nivel es que la mujer se percate, a nivel individual, de que a través de la autoeficacia, puede tener el control de sus acciones, que en sus manos está la posibilidad de cambio, así como en ella misma están las habilidades que le permitirán sortear cualquier obstáculo, incluyendo la violencia y el maltrato infantil. De lo contrario, parecería adecuado afirmar que las mujeres con una situación económica estable e independencia económica no viven violencia familiar.

Conuerdo con García (2009) cuando afirma que la razón principal de porqué ciertos programas y políticas públicas han fracasado en este aspecto, es porque se implementan de manera unilateral y tergiversando el significado de conceptos teóricos. Menciona al programa Oportunidades como el más claro ejemplo que en vez de lograr el empoderamiento de las mujeres en algún sentido, ha originado ciertas prácticas perversas de las familias de estas mujeres, quienes siguen viéndose humilladas, maltratadas y explotadas por contar con este beneficio económico, mismo que es destinado para ser utilizado por los varones de la familia y en el peor de los casos para la adquisición de bebidas alcohólicas.

De la misma manera, la intención de las mujeres a los servicios de salud se debe exclusivamente por razones económicas, más que de autocuidado, desarrollo y autoestima, por ende, año con año el personal de salud realiza de manera intensiva hasta exhaustiva campañas de prevención y tratamiento sin obtener cambios en la concientización de la ciudadanía, una realidad muy triste de México es que las personas no se acercan por iniciativa propia a una herramienta de bienestar, sino más bien por cumplir con un requisito para obtener un apoyo económico.

Derivado de lo anterior, la sensibilización y concientización resultan prioritarios para mantener un beneficio a la salud a largo plazo y la iniciativa de las personas, independientemente de que cuenten con apoyos económicos, lo trascendental para modificar la calidad de vida es adquirir conciencia de su derecho fundamental a la salud y que en sus manos está el realizar ciertas acciones para el cuidado de su persona.

Siguiendo la investigación de García (2009) que arroja resultados sobre cómo el empoderamiento psicológico es la base que permite desarrollar el social y comunitario, la propuesta de intervención de este trabajo resulta novedosa pues propone un modelo alternativo de aproximación ante el problema de la violencia familiar y el maltrato infantil, en donde las habilidades para la vida, constituyen la herramienta de trabajo clave para acompañar a la mujer en este primer nivel, en el desarrollo de agencia personal, en donde independientemente de los apoyos

económicos y ayudas sociales de programas y de diversas instituciones, ella misma como persona es un factor de cambio, pues posee un “tesoro de habilidades”, con amplio potencial de recursos, las mujeres, en este sentido, se conceptualizan más allá del rol de “víctima en una situación vulnerable”.

Si bien muchas de estas mujeres poseen historias de vida difíciles y se encuentran en riesgo por las condiciones sociales de México, como la desigualdad, pobreza, pobreza extrema, migración, analfabetismo, trata de personas, narcotráfico, etc. desde esta propuesta se invita a mirar a la mujer de manera completa e integral, así como su salud, más allá de esta arista de vulnerabilidad, indefensión y peligro.

Paralelamente, la invitación de esta propuesta de intervención, en lo que respecta a la labor de instituciones y personal de salud, incluida la de psicólogas y psicólogos es no buscar el “empoderar a las mujeres”, sino ofrecer un acompañamiento sincero, oportuno y sensible del que Bowlby tanto nos habló en su teoría de apego, en donde la principal tarea sea facilitar el intercambio de experiencias de resiliencia, así como el desarrollo y ejercicio de tantos factores de protección como sean posibles.

Una de las fuentes de frustración pudiendo llegando al “burn out” por parte de profesionistas y profesionales en el campo de la salud, es que muchas veces existen expectativas poco realistas, como pudiera ser la de caminar el trayecto por la mujer, cargarla, levantarla, curar todas sus heridas, para después, guiarla en la “dirección correcta”. Una vez más, las habilidades para la vida es el instrumento objetivo que me permite como profesionista tener con certeza el alcance de mi intervención, y si además las utilizo de manera personal, aprendo a lidiar con experiencias negativas de frustración y dolor para salvaguardar mi propia salud y bienestar, pues es bien conocido que nadie puede dar algo que no tiene.

La apuesta de esta propuesta de intervención sobre todo en el tema de la violencia familiar, en un primer nivel individual, por medio de las habilidades para la vida y enfatizando el papel del psicólogo(a), a través de un acompañamiento sensible, es poder servir de inspiración para ser retomadas sobre todo en la construcción de políticas públicas más eficaces y en un medio con más factores de protección, que de riesgo a través de programas de prevención y reeducativos.

Para concluir, quisiera enfatizar que el abanico de posibilidades en la evolución de una persona es muy amplio, algunos caminos conducen a la salud mental e integral, otros se alejan de ésta, pero la primer vacuna gratuita que existe en la familia es el proporcionar una base segura, ésta resulta ser un factor de protección sumamente poderoso, pues una mirada atenta capaz de leer las señales y gestos puede ser una luz en la oscuridad más ominosa. El acto de proporcionar una base segura es una responsabilidad compartida cuando observamos la inclusión de la figura paterna (o alguna otra, sin importar su sexo) que resulte ser un apoyo para la mujer, pues si ella se siente segura, a través del modelaje, será capaz de transmitir esta confianza a su bebé. La salud de las mujeres y la base segura dentro de la familia son logros dignos de aspirar para cualquier sociedad preocupada por el Desarrollo Humano.

## REFERENCIAS

Acevedo, L. y Zepeda, M. (7 de mayo, 2013). En Oaxaca, buscan prohibir el matrimonio infantil legal. Animal Político. Recuperado de: <http://www.animalpolitico.com/2013/05/en-oaxaca-y-chihuahua-el-matrimonio-infantil-es-legal/#axzz2ee0tgR2V>

American Psychological Association. (2010). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (2ª ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.

Ampudia, A., Santaella G., Eguía S. (2009) Guía clínica para la evaluación y diagnóstico del maltrato infantil. México: El Manual Moderno.

Athié, D., Castellanos, D., Escobar, G., Givaudan M., Leenen, I., Tacher, A., Pick, S. (2010) Manual de formación para el personal de salud “Yo quiero, yo puedo...darte pecho, jugar contigo y acostarte boca arriba” México, DF.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13, 623-649.

Bosquet, M., Kitts, R., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M. & Wright, R. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior & Development*, 34(4), 487-503.

Botvin G. (s/f) Preventing Adolescent Drug Abuse through Life Skills Training: Theory, Evidence of Effectiveness, and Implementation Issues. Disponible en: [http://www.tanglewood.net/projects/teachertraining/Book\\_of\\_Readings/Botvin.pdf](http://www.tanglewood.net/projects/teachertraining/Book_of_Readings/Botvin.pdf)

Botvin G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Tortu, S. & Botvin E. (1990). Preventing Adolescent Drug Abuse through a Multimodal Cognitive-Behavioral Approach: Results of a 3-Year Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (4), 437-446.

Botvin, G., Griffin, K. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2) 211-232.

Bowlby, J. (1954). Los Cuidados Maternos y la Salud Mental. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.

Bowlby, J. (1998). El apego y la pérdida. Barcelona: Ediciones Paidós.



Bowlby, J. (1995). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego (1a. reimpression). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Buvinic, M. (2008) Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones para la prevención. *Pensamiento Iberoamericano*, 1(2) 37-54.

Bronfenbrenner (1987). La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados. Primera edición. Barcelona: Paidós.

Bronfenbrenner, U. (2005). Making Human Being Human. Bioecological Perspectives on Human Development. Thousand Oaks: Sage.

Cecchini, M., Baroni, E., Di Vito, C. & Lai, C. (2011). Smiling in newborns during communicative wake and active sleep. *Infant Behavior & Development*, 34(3) 417-423.

Cecchini, M., Baroni, E., Di Vito, C. Piccolo, F. & Lai, C. (2011). Newborn preference for a new face vs. a previously seen communicative or motionless face. *Infant Behavior & Development*, 34(3) 424-433.

Child Welfare Information Gateway (2008) Las consecuencias a largo plazo del maltrato de menores. Series Informativas. U.S. Department of Health & Human Services. Disponible en Administration For Children and Families: [http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/sp\\_long\\_term\\_consequences.cfm](http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/sp_long_term_consequences.cfm)

Choque-Larrauri, R. & Chirinos-Cáceres, J. (2009). Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica, Perú. *Revista de Salud Pública*, 11(2) 169-181.

CNNMéxico (13 de septiembre, 2011). Gobierno: ocho de cada 10 jóvenes que no estudian ni trabajan son mujeres. Recuperado de: <http://mexico.cnn.com/nacional/2011/09/14/gobierno-ocho-de-cada-10-jovenes-que-no-estudian-ni-trabajan-son-mujeres>

Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE) (2008). Aprender y disfrutar juntos. Tomo I. México, DF.

Corsi, J. (1995). Violencia masculina en la pareja. Buenos Aires: Paidós.

De Keijzer, B. (2003). El género y el proceso salud-enfermedad-atención. *Revista Género y Salud*, 1(3) 3-5.

Delgado, K. (2008). *Violencia contra la mujer en la relación de pareja: frecuencia, factores asociados e impacto en su salud*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Psicología Social y Ambiental.

El-Gibaly, O., Ibrahim, B., Mensch, B., Clark, W. (1999). The decline in female circumcision in Egypt: evidence and interpretation. New York: Population Council.

Fawcett, G., Heise, L., Isita, L. y Pick, S. (1999). "Changing community responses to wife abuse". A research and demonstration project in Iztacalco. Mexico. *American Psychologist*, 54(1), pp. 41-49.

Feldman, R., Magori-Cohen, R., Galili, G., Singer, M., & Louzoun, Y. (2011). Mother and infant coordinate heart rhythms through episodes of interaction synchrony. *Infant Behavior & Development*, 34(4), 569-577.

García, R. (2009). *Antecedentes de empoderamiento en mujeres mexicanas*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. Psicología Social y Ambiental.

Givaudan, M., Pick, S., Poortinga, Y.H., Fuertes, C. y Gold, L. (2005). "A cervical cancer prevention program in rural Mexico: addressing women and their context". *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 15, pp. 338 -352.

Givaudan, M. y Pick, S. (2004). "A preventive program for substance abuse in Mexico: Best Practice". *Prevention Perspective*.

Grown, C., Gupta G.R. & Pande, R. (2005) Talking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet*, 365: 541-543.

Korosi, A., Shanabrough, M., McClelland, S., Liu, Z., Borok, E., Gao, X., Horvath, T., & Baram, T. (2010). Early-Life Experience Reduces Excitation to Stress-Responsive Hypothalamic Neurons and Reprograms the Expression of Corticotrophin-Releasing Hormone. *The Journal of Neuroscience*, 30(2) 703–713.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2009). *Mujeres y Hombres en México 2009*. Decimo tercera edición. Disponible en:

[http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2009/MyH\\_2009\\_1.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2009/MyH_2009_1.pdf)

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2011). *Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011*. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endi reh/endi reh2011/default.aspx>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2012). *Maltrato Infantil*. Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio01&s=est&c=3369>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013). Mujeres y hombres en México 2012. México: INEGI. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/101215.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2013). Panorama de violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2011. México: INEGI, 2013.

Instituto Nacional de las Mujeres (2012). Fechas conmemorativas. Una visión de género. México: D.F.

Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Síntesis Ejecutiva. Morelos: Cuernavaca.

Lagarde, M. (2000). Claves feministas para la mejora de la autoestima, Madrid: Horas y Horas.

Leenen, I., Venguer, T., Vera, J., Givaudan, M., Pick, S. y Poortinga, Y. H. (2008). "Effectiveness of a mexican health education program in a poverty-stricken rural area of Guatemala". *Journal of Cross-Cultural Psychology*.

Leerkes, E. (2011). Maternal Sensitivity during distressing tasks: A unique predictor of attachment security. *Infant Behavior & Development*, 34(3), 443-446.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (2013). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>

Lozano, R. (1997) La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de la ciudad de México. México, Centro de Economía y Salud/FUNSAUD-Banco Interamericano de Desarrollo.

Lozano R (1999) La violencia y la salud pública en México. México, Grupo Consenso-Acción en Educación para la Salud, FUNSAUD, Smithkline Beecham.

Maier, H. (1976/2000). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Tercera edición. Buenos Aires Amorrortu Editores.

Mangrulkar, L., Whitman, C.V., & Posner, M. (2001). Enfoque de Habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Mantilla, L. (2003). Habilidades para la Vida. Una propuesta educativa para convivir mejor. Marco Referencial. Bogotá, Colombia.

Martínez, I. (2011). *Talleres comunitarios desde la terapia de reencuentro: Una experiencia con un grupo de educadoras comunitarias*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. División de Investigación y Posgrado.

Martínez, L. (2008). Modelo de capacitación para sentir, atender y prevenir la violencia familiar, sexual y de género para profesionales. México: Secretaría de Seguridad Pública.

Miller, A. (2001) *Por tu propio bien. Raíces de la violencia en la educación del niño*. Tus Quets Editores. Barcelona.

Moreno, J. (2005) Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de Psicología*, vol. 21, nº 2 (diciembre), 224-230.

Nutbeam, D. (1998). Promoción de la Salud Glosario. Organización Mundial de la Salud: Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia.

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ottawa: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1993) Enseñanza en los colegios de las Habilidades para Vivir. División de Salud Mental: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1994) Training Workshops for the Development and Implementation of Life Skills Programmes. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la Salud Glosario. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la Salud: Resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2003) Skills for Health. Skills-Based Health Education Including Life Skills: An important Component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2006) Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición World Health Organization. Constitution. 1948. Nueva York

Organización de las Naciones Unidas (2008). Objetivos de desarrollo del Milenio Informe 2008. Nueva York: Naciones Unidas.

Organización Panamericana de la Salud (s/f). Equidad de género en salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Disponible en: <http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/GEHPaperSpanish.pdf>

Organización de las Naciones Unidas ONU. (s/f). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Disponible en:

<http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

Papalia, D. & Wendkos, S. (1998). Psicología. México: Mc Graw Hill Interamericana de México S.A.de C.V.

Pearson, R., Heron, J., Melotti, R., Joinson, C., Stein, A., Ramchandani, P., & Evans, J. (2011). The association between observed non-verbal maternal responses at 12 months and later infant development at 18 months and IQ at 4 years: A longitudinal study. *Infant Behavior & Development*, 34(4), 525-533.

Peña, M. y Navarro G. (2008). *Repercusiones en la salud de la mujer por la violencia de su pareja*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Pérez De La Barrera, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24(2) 153-160.

Piaget, J. & Inhelder B. (1984/2002) Psicología del niño (16ª. ed.) Madrid: Ediciones Morata S.A.

Pick, S., Reyes, J., Alvarez, M., Cohen, S., Craige, J. y Troya, A. (1996). "AIDS prevention training for pharmacy workers in Mexico City". *AIDS CARE*, 8 (1), 55-69.

Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., Osorio, P., Martínez, R., Xocolotzin, U., y Givaudan, M. (2007). Escala para medir agencia personal y empoderamiento (ESAGE). *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3) 295-304.

Pick, S., García, G. y Leenen, I. (2011). "Modelo para la promoción de la salud en comunidades rurales a través del desarrollo de agencia personal y empoderamiento intrínseco". *Revista Universitas Psychologica*, 10(2), 327-340.

Quintero, M. (2005). El desarrollo cognitivo infantil. La evolución del pensamiento. *Revista Digital Investigación y Educación*, 19(2) 1-7.

Reyes, H., Martínez, A. (2011) Lactancia humana. Bases para lograr su éxito México: Editorial Médica Panamericana. Asociación Pro Lactancia Materna, A.C. Confederación Nacional de Pediatría de México, A.C.

Rico, B., Pamplona, F. (2003). Equidad de Género en Salud. *Revista Género y Salud*, 1(1) 3-5.

Roque, L., & Veríssimo, M. (2011). Emotional context, maternal behavior and emotion regulation. *Infant Behavior & Development*, 34(4), 617-626.

Romero, A. (2008) “*Las voces de las Mujeres*”. Coloquio VI Diplomado: Relaciones de Género. Construyendo la Equidad entre Mujeres y Hombres. Programa Universitario de Estudios de Género.

Roth-Hanania, R., Davidov, M. & Zahn-Waxler, C. (2011). Empathy development from 8 to 16 months: Early signs of concern for others. *Infant Behavior & Development*, 34(3), 447-458.

Sánchez, J. C. (2006). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3) 613-630.

Sánchez, J. (2007). Tesis de Licenciatura. *El impacto de la violencia familiar en la salud de las mujeres*.

Sanz, F. (2005). Del Maltrato al Buen Trato. En: Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Díaz de los Santos pp.1-14.

Sanz, F. (2008). Los vínculos amorosos. Amar desde la identidad en la terapia de reencuentro. Séptima edición. Barcelona: Kairós.

Secretaría de Salud (2006). Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: SSA.

Secretaría de Seguridad Pública (2012). Guía del Taller Prevención de la Violencia Familiar. México, DF: SSP.

Sen, A. (1985). Well-Being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984. *The Journal of Philosophy*, 82(4) 169-221.

Sen, A. (2001). El nivel de vida. Editorial Complutense, Madrid.

Shaffer, D. (2000). Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia. Quinta edición. México: International Thomson Editores, S.A. de C.V.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

Sroufe, L., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W.A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context. En K.E. Grossman, K. Grossman, & E. Waters (Eds.), *The power of longitudinal attachment research: From infancy and childhood to adulthood*. (p.48-70). New York: Guilford Publications.

Spitz, R. (1965). El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.

Springer, K., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31 (5) 517–530.

The United Nations Children’s Fund (2005) Life skills education in South Asia. Nepal. Regional Office for South Asia.

The United Nations Children’s Fund (s/f) Child-friendly schools CFS. Disponible en: [http://www.unicef.org/esaro/5481\\_child\\_friendly\\_schools.html](http://www.unicef.org/esaro/5481_child_friendly_schools.html)

Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), pp 45-59.

Venguer, T., Pick, S. y Fishbein, M. (2007). "Health education and agency: A comprehensive program for young women in the Mixteca region of Mexico". *Psychology, Health & Medicine*, 12(4), pp. 389-406.

Video de referencia, “niños y niñas ven y hacen”: Disponible en: <http://youtu.be/8AcWo3ggtBk>.

Villatoro, J., Quiroz, N., Gutiérrez, M.L., Díaz, M., & Amador, N. (2006) ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados. México: INMUJERES/ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

The World Bank Group (2006). What is Empowerment. Disponible en:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMPOWERMENT/0,,contentMDK:20272299~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:486411~isCURL:Y,00.html>

## ANEXO

### **MANUAL DEL TALLER “APRENDIENDO A CUIDARME, NOS CUIDAMOS”**

En esta sección se detalla el desarrollo de cada actividad del taller, la reflexión grupal a través de preguntas clave y su respectiva conclusión. Se adjuntan también las tarjetas didácticas necesarias para algunas de ellas y el instrumento de evaluación sugerido ESAGE.

Como recomendación general, es necesario destacar en todo momento, a lo largo del taller, el uso de lenguaje coloquial, sencillo, claro y evitar usar tecnicismos para garantizar que los contenidos sean entendibles para personas que posean diferentes escolaridades.

Se sugiere tener cuidado en el manejo de las respuestas a las preguntas clave, tanto para no dejar a las personas abiertas con algún sentimiento como para que la reflexión no se torne muy larga. Se propone trabajar con tres o cuatro participaciones por pregunta para poder realizar el monitoreo del tiempo, pero siendo flexibles ante alguna persona que entre en contacto con alguna emoción y sea necesario detener un poco la reflexión para poder contenerla y brindar soporte.

### **SESION NO. 1 “HABILIDADES PARA LA VIDA”**

#### *Bienvenida*

Desarrollo: Conforme vayan llegando se les pedirá que escriban su nombre en una etiqueta y se la coloquen en un lugar visible y tomen asiento donde prefieran. Una vez que todas las personas tengan su nombre en la etiqueta, se les dará la bienvenida, agradeciéndoles su asistencia y la facilitadora se presenta. Se les menciona que el taller es un espacio seguro de escucha y reflexión y tiene el objetivo de mejorar tanto su salud, como la de sus hijos e hijas utilizando una metodología vivencial y participativa, es decir, que aprenderemos todas (incluida la facilitadora) de una manera diferente a la tradicional, de manera divertida y en donde ellas compartirán experiencias e inquietudes en relación a la violencia, la maternidad y la salud. Se mencionará que el taller consta de 3 sesiones de cuatro horas cada una, con un descanso de 25 minutos en cada sesión, una vez a la semana. Se mencionan los objetivos específicos de esta primera sesión, que son: reconocer con qué herramientas cuentas para hacer cambios de conducta y de actitud frente a la violencia, así como favorecer que tú como persona compartas estas mejoras alcanzadas con tu familia y tu comunidad durante la próxima semana hasta la siguiente sesión.

---



## *Cuestionario*

Desarrollo: Antes de repartir el material necesario para esta actividad, se identifica quien de las personas del grupo no sabe leer y escribir, se puede observar quién de ellas tuvo problemas para escribir su nombre en la etiqueta. Se indica que en esta actividad será necesario escribir un poco, menciona que a las personas que se les dificulte la tarea, no se preocupen por anotar, recibirán tu guía durante el receso para completar el cuestionario, para las demás personas que sepan leer y escribir se le entregará un lápiz y una copia de un cuestionario (Escala Para Medir Agencia Personal y Empoderamiento).

Se les aclara que pueden contestar con libertad y confianza el cuestionario pues nos servirá como retroalimentación del taller, la facilitadora lee de manera pausada cada pregunta en voz alta y se les pide que vayan marcando con una cruz, la respuesta que más se asemeje a su caso en este momento de su vida. Es importante mencionarles que si tienen duda sobre alguna pregunta levanten la mano y con todo gusto la facilitadora se acercará a su lugar para despejar dudas. Cuando se termine la lectura de las preguntas, se recogen los cuestionarios y se les menciona que al finalizar el taller, lo volverán a contestar.

La Escala Para Medir Agencia Personal y Empoderamiento, ESAGE (Pick et al., 2007), fue creado con el respaldo de veinte años de experiencia en la instrumentación y evaluación de programas de desarrollo humano y comunitario del Instituto Mexicano de Familia y Población, IMIFAP, fue diseñado en el 2006 y validado para la población mexicana a través de una muestra de estudiantes pertenecientes a medios rurales y urbanos de dos niveles de escolaridad: media superior y superior.

Este instrumento es una escala tipo Lickert, consta de de 42 reactivos y es autoaplicable, cada reactivo tiene cuatro diferentes alternativas para contestarlo: “nunca”, “casi nunca”, “casi siempre” y “siempre”. Las preguntas de la 1 a la 35 se refieren al factor Agencia Personal y de la 37 a 42 al factor Empoderamiento. Sólo se aplicarán las preguntas del factor perteneciente a “agencia personal”, del reactivo 1 al 35, por estar relacionadas de manera directa con las habilidades a fortalecer durante el taller.

A continuación se presenta la escala con el respectivo puntaje, ésta no se les presenta tal cual a las mujeres, hay que eliminar los números. Los números 1, 2,3 y 4 de cada reactivo se suman al final de la aplicación y le sirven al facilitador o facilitadora para saber si hay cambios entre antes y después del taller, a mayor puntaje del reactivo 1 al 35 mayor desarrollo de agencia personal.

---

### Escala para Medir Agencia Personal y Empoderamiento ESAGE

	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Nunca</b>
1. Me es difícil expresar mi opinión públicamente	1	2	3	4
2. Me siento insegura con mis decisiones	1	2	3	4
3. Dejo las cosas a medias	1	2	3	4
4. Tengo iniciativa para hacer las cosas	4	3	2	1
5. Me cuesta trabajo terminar lo que estoy haciendo	1	2	3	4
6. Me es difícil saber qué esperar de la vida	1	2	3	4
7. Exijo mis derechos aunque otras personas no estén de acuerdo	4	3	2	1
8. Busco la solución a un problema, aunque otras personas me digan que no hay	4	3	2	1
9. Me da pena equivocarme	1	2	3	4
10. Cumplir con mis planes está fuera de mi control	1	2	3	4
11. Cuando tengo un problema, sé lo que necesito para solucionarlo	4	3	2	1
12. Me da pena hablar en público	1	2	3	4
13. Tapo mis errores para que nadie se dé cuenta	1	2	3	4
14. Encuentro soluciones novedosas a problemas difíciles	4	3	2	1
15. Me desespero ante situaciones difíciles	1	2	3	4
16. Me gusta planear mis actividades	4	3	2	1
17. Siento que tengo poco control sobre lo que me pasa	1	2	3	4
18. Hago menos cosas de las que soy capaz	1	2	3	4
19. Me siento incapaz de cumplir lo que me propongo	1	2	3	4
20. Me es difícil saber con quién cuento	1	2	3	4
21. Siento que tengo poco control sobre lo que me pasa	1	2	3	4
22. Sólo le echo ganas a lo que es fácil	1	2	3	4
23. Le doy demasiada importancia a las opiniones de los demás	1	2	3	4

	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi Nunca</b>	<b>Nunca</b>
24. Me da miedo que me elogien	1	2	3	4
25. Me gusta tener responsabilidades	4	3	2	1
26. Me quejo con las autoridades cuando hay un abuso	4	3	2	1
27. Es mejor tomar decisiones que esperar a ver lo que pasa	4	3	2	1
28. Sé por qué me pasan las cosas	4	3	2	1
29. Me gusta ser la primer persona en hacer cosas nuevas	4	3	2	1
30. Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
31. Hago lo que creo que es mejor para mí sin importar lo que otras personas crean	4	3	2	1
32. Me da pena cobrar lo que me deben	1	2	3	4
33. Tengo que aguantarme la vida que me tocó	1	2	3	4
34. Conozco las leyes de mi país	4	3	2	1
35. Pienso que este mundo lo dirigen aquellas personas que tienen poder...	1	2	3	4
<b>Puntaje total</b>				

## *Saludándonos*

Desarrollo: Se les preguntará ¿qué es lo primero que hacemos cuando llegamos a un lugar nuevo? Se escucharán algunas ideas hasta que las mujeres respondan “Saludarnos”. A continuación se les indicará que realizaremos una actividad para saludarnos, se les pedirá que se pongan de pie frente a su silla y formen un círculo. Posteriormente, compartirán con el grupo alguna parte del cuerpo con la que puedan saludarse, como por ejemplo: la mano, y todas las personas del grupo tendrán que saludar con la mano a la persona que esté a su derecha y a la que está a su izquierda, la facilitadora modela el ejemplo. Repetirán la misma secuencia hasta mencionar cinco partes diferentes del cuerpo para saludarse.

Preguntas clave: ¿Cuál será la importancia de saludarse?

Conclusión: La relevancia de saludar y comunicar mensajes con nuestras palabras y nuestro cuerpo es darnos cuenta que transmitimos mensajes con ambos canales todo el tiempo, por lo que es vital conjugarlos para asegurarnos que nuestro mensaje es transmitido de una manera más eficaz, así mismo después de saludarnos nos sentimos más relajadas y generamos un ambiente de confianza en el grupo. Al vivir violencia pocas veces nos sentimos relajadas, sino más bien tensas, lo que impide prestar atención a la importancia de la comunicación eficaz, tanto verbal como corporalmente. Éste será un espacio diferente al que habitualmente conocen: relajado, diseñado para hablar y compartir experiencias.

## *A- la-rroro*

Desarrollo: Se numera al grupo y se divide en 4 equipos. Cuando las participantes se reúnan en el equipo correspondiente, se indica que tendrán quince minutos para cambiarle la letra a canción de cuna que conozcan para incluir en esta nueva letra el nombre de cada participante, a qué se dedican, de dónde vienen y una característica de un (a) niño(a) de 0 a 2 años de edad. Se les pone un ejemplo, en donde será necesario que la facilitadora/facilitador cante alguna canción infantil para que queden más claras las instrucciones. Una vez transcurrido el tiempo, cada equipo cantará su canción en plenaria a los demás equipos. La facilitadora pedirá un aplauso al finalizar la presentación de cada equipo.

Preguntas clave: ¿Se te dificultó presentarse de esta manera? ¿Por qué? ¿Para qué nos sirve conocer a las personas que conforman el grupo? ¿De qué manera la violencia que has vivido te ha impedido conocer personas nuevas? ¿Qué características que tienen los niños y niñas de 0 a 2 años de edad estuvieron presentes en sus canciones?

---

Conclusión: La importancia de conocerse como compañeras radica en que facilita la integración como grupo, que sientan confianza y apertura para poder llegar más fácilmente a cumplir con los objetivos del taller. Hay veces en que en nuestra vida cotidiana experimentamos barreras psicosociales, como miedo, prejuicios, pena, culpa y resentimientos que impiden que hagamos cambios de conducta y de actitud, estas barreras se hacen más grandes y visibles cuando una persona vive violencia y muchas veces la inmovilizan para tomar decisiones y establecer redes de apoyo. Es por esto que a lo largo del taller estaremos trabajando a través de juegos que te permitan el desarrollo de habilidades, la disminución de estas barreras y te lleven a realizar con mayor facilidad acciones concretas a favor de tu salud y la de tu bebé, tales como la revisión médica oportuna, la lactancia materna y la estimulación del desarrollo integral del bebé. Se retoman las características que mencionaron en sus canciones que tienen en esta etapa los y las bebés para enfatizar la importancia de la relación temprana entre madre-hij@ para el desarrollo integral posterior.

### *Lo que esperamos*

Desarrollo: Se les pedirá que vuelvan a conformar los equipos con las mismas participantes de la actividad anterior y se le preguntará a cada equipo que compartan con el grupo a manera de lluvia de ideas qué esperan obtener al finalizar el taller. La facilitadora escribirá sus respuestas en un rotafolio.

Preguntas clave: ¿Para qué nos es útil conocer lo que esperan obtener del taller?

Conclusión: Aclarar lo que necesitan sirve para no perder de vista el objetivo del taller e ir evaluando qué tanto estamos aprendiendo como grupo. Se irá revisando cada sesión si se van acercando a lo que desean obtener a través de la comunicación clara y directa, para evitar confusiones, malos entendidos y frustraciones personales al percibir que no fue tomada en cuenta.

### *Acuerdos*

Desarrollo: Se le pedirá que de manera libre y voluntaria propongan un acuerdo de convivencia que haya en el grupo para sentirse cómoda, en confianza y en un ambiente de respeto. Se anotarán sus propuestas en un rotafolio y se le pide al grupo que levante su mano si está de acuerdo con cada propuesta. Al finalizar sus propuestas, la facilitadora pondrá especial énfasis en incluir, en caso de que no se haya considerado en el grupo, los siguientes puntos: la discreción (confidencialidad), es decir, a no compartir fuera de ese espacio, los sentimientos y experiencias de las demás mujeres, así como el respeto, la escucha activa y hablar en primera persona para darse cuenta de la importancia de no generalizar y tomar la responsabilidad sobre lo que sienten y piensan. Se les mencionará que a lo largo de las tres sesiones, el rotafolio estará pegado como recordatorio para cumplir sus acuerdos grupales.

---

Preguntas clave: ¿Cuál será la diferencia entre llegar a acuerdos e imponer? ¿Qué habilidades necesitamos poner en práctica para llegar a acuerdos? ¿Será importante establecer acuerdos para prevenir la violencia dentro de la familia?

Conclusión: El establecer acuerdos en la vida cotidiana nos permite prevenir la violencia de manera directa al disminuir peleas, evitar confusiones, a diferencia de cuando imponemos, ya que las personas se sienten partícipes y tomadas en cuenta en la decisión por lo que refuerza actitudes de cooperación. Cuando establecemos acuerdos estamos desarrollando habilidades como la negociación, la escucha, la comunicación clara y directa y el trabajo en equipo, y favorecemos relaciones de buen trato de manera personal y al interior de la familia.

### *Descubriendo Mi tesoro de Habilidades*

Desarrollo: Previo al trabajo con el grupo de mujeres, se prepara el siguiente material: una imagen o un dibujo de un cofre de un tesoro con un tamaño que resulte visible para el grupo y se elaboran también unas tarjetas de cartulina (20 cm. x 15 cm.) con las palabras de las siguientes habilidades: “Conocerme a mí misma”, “Comunicación clara y directa”, “Tomar decisiones”, “Ponerme en el lugar de otra persona”, “Capacidad de reflexión y análisis”, “Manejo y expresión de emociones” y “Manejo del estrés” además un letrero con la frase: “Mi tesoro de Habilidades”. Ya en el grupo, lo primero a realizar es pegar en frente de las mujeres el dibujo o imagen del cofre de tesoro, debajo de éste el letrero “Mi tesoro de Habilidades”. Después se reparten las siete tarjetas al grupo, una tarjeta a cada persona, una vez que se acaben las tarjetas, se pedirá una voluntaria que comparta con sus compañeras algún problema que hayan tenido en relación a su salud, cuando haya terminado de compartir se les preguntará cómo la tarjeta que tienen en sus manos podría facilitar el solucionar la problemática expresada por la compañera y cuando terminen se les pedirá que coloquen esa tarjeta debajo del cofre del tesoro. La imagen del cofre del tesoro y las tarjetas tendrán que pegarse durante las tres sesiones pues continuamente se mencionarán.

Preguntas clave: ¿Por qué creen que las habilidades para la vida son como un tesoro? ¿En qué lugar está este tesoro? ¿Cómo te sientes al saber que en ti misma está este tesoro de habilidades? ¿Cuál de estas habilidades que pusimos al frente están muy desarrolladas en ti y cuáles necesitas poner más en práctica?

Conclusión El tesoro de habilidades son las habilidades para la vida nos permiten desenvolvemos mejor en diferentes ambientes, constituyen destrezas y competencias que resultan como un tesoro dado que nos permiten quitar barreras y obstáculos, además de encontrarse dentro de la persona, por lo cual al ponerlas en práctica estamos favoreciendo el desarrollo humano y facilitando el cambio de conducta y de actitud en la persona. Las habilidades para la vida no se utilizan de manera separada en la vida cotidiana sino que están íntimamente relacionadas, como lo observamos en el ejemplo de la compañera, su efecto será más poderoso de utilizarlas juntas.

---

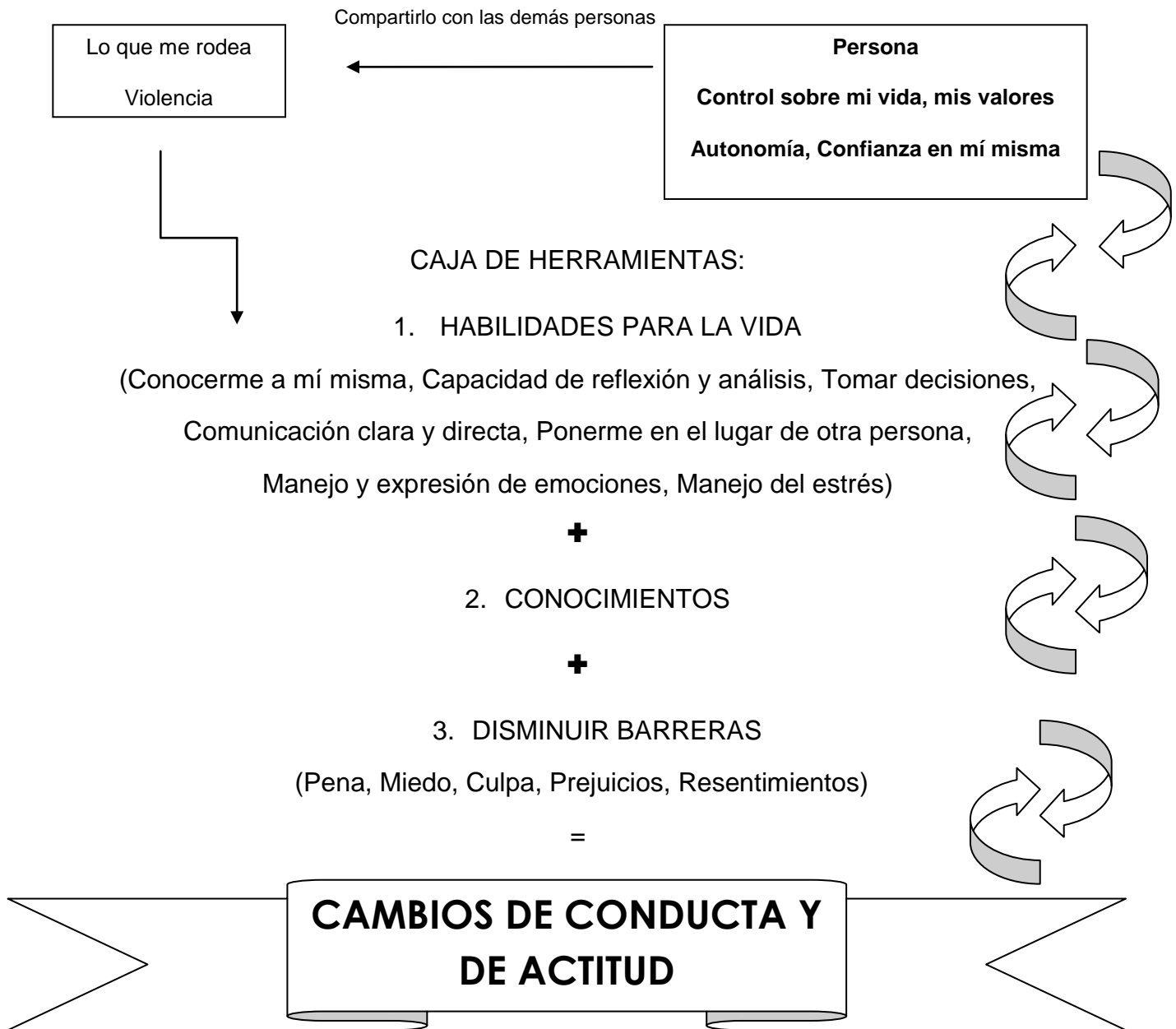
A lo largo del taller aprenderán cada una de estas habilidades que están en las tarjetas con mayor detalle y profundidad, y se darán cuenta como muchas veces las han utilizado de manera automática, pero sin prestarse mucha atención, para que a partir de este momento, pueden utilizarlas de manera más consciente como apoyos para resolver cualquier problemática de su vida cotidiana incluyendo la prevención de violencia, su salud, la relación con sus hijas e hijos, etc.

*¡Sí se puede!*

Desarrollo: Apoyándose de un rotafolio y de la Figura 2 se les explicará brevemente en qué consiste el marco para facilitar el empoderamiento y cómo se puede aplicar para el mejoramiento de su salud y la de sus bebés.

Primero se les pedirá que en su mente visualicen cómo está presente la violencia en su vida y qué cambio quisieran hacer para mejorar su salud. Se pide al grupo que te indiquen colocando sus manos encima de sus piernas para señalar que ya lo tienen claramente identificado. Una vez que todas las personas tengan sus manos en esta posición, les pides que identifiquen por qué no han podido hacer estos cambios y te compartan sus razones a manera de lluvia de ideas. Anota lo que te digan del lado izquierdo debajo de donde dice "Lo que me rodea". Comienza a explicar que hay muchas cosas que rodean a una persona: la comunidad donde vive, la escuela a la que asiste, el centro de salud al que acude, los valores de su familia, etc. Muchas veces estas condiciones nos brindan oportunidades o nos frenan y limitan en los cambios que queremos hacer. Es por esto que para que una persona pueda cambiar es importante que se dé cuenta que tiene una caja de herramientas que le permiten hacerle frente a todo esto que la rodea. Esta caja de está compuesta por tres elementos: habilidades para la vida, conocimientos y disminuir barreras psicosociales, que son la pena, el miedo, la culpa, prejuicios y resentimientos, en la medida que una persona trabaje con estos tres le será mucho más fácil hacer estos cambios pues estará fortaleciendo su propia persona: el control sobre su vida, sus valores, la capacidad de ser independiente y confiar en sí misma. Cuando fortalezca lo suficiente su persona será capaz de compartir estos cambios con otras personas, lo que se conoce como empoderamiento.

---



Preguntas clave: ¿Usualmente qué te ha impedido tener el control de tu vida y de tus acciones? ¿Qué te ha ayudado a hacer cambios en tu vida? ¿Qué habilidades para la vida pusiste en práctica para poder hacer estos cambios? ¿Qué acción concreta puedes hacer a partir de hoy por tu bienestar y para mejorar tu salud? ¿Cuál será importancia de poder hacer cambios de conducta y de actitud para mejorar tu salud?



Conclusión: El marco para facilitar el empoderamiento es una herramienta que me permite entender cómo lograr cambios de conducta y de actitud en mi persona, facilita el darme cuenta y ser consciente de que en mis manos está hacer algo por mi bienestar, salud y mejora. A través de la realización de acciones saludables se incrementan las posibilidades de desarrollo de las persona, previenen la violencia en la pareja y la familia, aumentan sus capacidades, se fortalece su autoestima, se expanden libertades y su calidad de vida. Cuando una persona realiza un cambio de conducta y de actitud de manera continua, es decir, todos los días de su vida realiza esta acción consciente, se convierte en una persona con capacidad de cambio pues independientemente de lo que le rodee mantiene el control sobre su vida, si la persona comparte estos cambios con el medio que le rodea (familia, escuela, comunidad, etc.) a través del ejemplo, se consume lo que se conoce como un ciclo de empoderamiento.

### *Hasta la vista*

Desarrollo: Se les pedirá que se pongan de pie, y cada quien mediante una frase resuma su experiencia del día englobando cómo se sienten al finalizar el taller e identifiquen qué cosas nuevas pudieron darse cuenta de sí mismas a lo largo de este día de trabajo. Una vez que todas las mujeres hayan mencionado su frase, se le pide al grupo un aplauso por el cierre de esta primera sesión.

Conclusión: Se les dará gracias por haber participado durante esta primera sesión.

Tarea: Se les dejará dos tareas:

1. Se les pedirá poner en práctica de manera consciente e intencionada las habilidades para la vida que les falta desarrollar para resolver problemas durante la siguiente semana, incluyendo la estrategia de establecer acuerdos con sus hijos e hijas dentro de su convivencia semanal familiar pues en la siguiente sesión retomarán sus experiencias y logros semanales.
  2. Para la próxima sesión traer al taller un objeto personal que les guste, valoren y se sientan identificadas con él.
-

## SESION NO. 2 YO COMO AGENTE DE CAMBIO EN MI SALUD

### *Bienvenida*

Desarrollo: Se les dará la bienvenida a la sesión. Posteriormente se mencionarán los objetivos específicos de esta sesión: desarrollar habilidades para la vida específicas como el conocerme a mí misma, la comunicación clara y directa, el tomar decisiones, la capacidad de reflexión y análisis, el manejo y expresión de emociones y el manejo del estrés para mejorar su salud y su calidad de vida, además de darse cuenta de la importancia de su cuerpo y el cuidado de su salud. Primero se recogen los objetos que hayan traído al taller y se colocan en una bolsa de color oscuro. Después, se pide a dos voluntarias del grupo para compartir con las demás cómo les fue con su tarea durante la semana y cómo se sintieron con ellas mismas con los resultados obtenidos. Se otorga un aplauso a cada voluntaria cuando termine de relatar su experiencia.

Preguntas clave: Para aquellas personas que no pudieron hacerla: ¿Cuáles fueron las razones que te impidieron hacer la tarea? ¿Qué habilidad te faltó poner en práctica para llevar a cabo la tarea? Para quienes sí: ¿Qué fue lo más difícil de poder realizar la tarea durante la semana? ¿Qué reacciones encontraron en sus familias ante sus cambios?

Conclusión: Recalcar que el uso de habilidades para la vida es un recurso facilitador del desarrollo humano al aumentar el sentimiento de capacidad en sí misma y en su autoestima. Es importante que se den cuenta que los cambios de conducta y de actitud están en sus manos y son posibles. Este proceso de cambio está en ti, pues de ti depende que este tesoro de habilidades esté abierto todos los días, es decir, usarlo en cada acción que necesites y no cerrarlo bajo llave en el fondo del mar, en donde no te sirven para hacerle frente a las problemáticas de tu vida.

### *El regalo*

Desarrollo: Se les menciona que en la actividad una persona del grupo sacará de la bolsa un objeto y la dueña de ese objeto tendrá que compartir con el grupo ¿qué valoras en este objeto que te hizo elegirlo? ¿Cómo te pareces a este objeto? Una vez que todas las personas del grupo hayan compartido sus objetos se pasará a la reflexión grupal.

Preguntas clave: ¿Cómo te sientes al poder reconocerte valiosa? ¿En el día a día qué te impide reconocerte valiosa? ¿Cómo se relaciona el reconocerse valiosa y el cuidado de tu cuerpo y tu salud? ¿El reconocerse como una personal valiosa beneficiará de alguna manera en el cuidado de tu bebé, hijos e hijas?

---

Conclusión: Muchas veces nos cuesta trabajo reconocernos como personas valiosas, ya que constantemente buscamos en otras personas modelos a seguir, por otro lado, el estrés y las presiones de la vida cotidiana muchas veces nos dejan un tiempo muy limitado para estar en contacto conmigo misma, con mis necesidades y darme tiempo para hacer cosas que disfruto, el autoestima comienza al estar en soledad pues en esos momentos te permites descansar de todo lo que te rodea, mirarte y reflexionar sobre lo que necesitas y lo que sientes. La violencia también afecta de manera directa este proceso de reconocerse como persona valiosa, al escuchar insultos y recibir malos tratos la persona termina sintiéndose que hay algo incorrecto en ella, además el sentir emociones constantemente como el miedo, pena y culpa derivadas de la violencia vivida dificultan el proceso de conocerse.

La habilidad de conocerme a mí misma y la autoestima están íntimamente relacionadas, ya que al conocerme como persona seré capaz de identificar tanto mis fortalezas como mis debilidades y esto me permite saber que arsenal poseo para enfrentar diversas situaciones de la vida cotidiana, incluyendo el cuidado de la salud. Así mismo, al estar en contacto conmigo misma, conocer mis reacciones y mi cuerpo puedo detectar cuando algo no está funcionando bien y acercarme a los servicios de salud lo más pronto posible, tanto para prevenir alguna enfermedad como para buscar apoyo y tratamiento. La autoestima y el conocimiento de mí misma se desarrollan en los primeros años de vida a través de la interacción efectiva y sensible que se da entre hijos e hijas, la madre y el padre, mediante mensajes de cariño positivos, esta interacción resulta indispensable para generar en estos niños y niñas un sentimiento de seguridad y confianza en sí mismos(as) que repercutirá en su desarrollo socio-emocional posterior.

*¡Díselo con mímica!*

Desarrollo: Se dividirá el grupo para trabajar en parejas A y B. Una vez establecidas las parejas, se les indicará que en este ejercicio no podrán hablar y solamente se comunicarán con el cuerpo y con mímica. Primeramente será el turno de A para imitar durante dos minutos cómo su hijo/a se comunica con ella de manera típica, mientras que B funge como mamá. Después habrá cambio de turnos en donde B imitará a su hijo/a y A será la mamá.

Preguntas clave: ¿Qué recursos utiliza tu hijo/a para poder comunicarse contigo? ¿Pudiste percatarte que es lo que te falta desarrollar cuando estás comunicándote con tu hijo/a? ¿Cuál será la importancia de aprender a comunicarte de manera clara y directa en el cuidado de tu cuerpo y tu salud? ¿Qué habilidades serán importantes incluir en la relación con tu hijo/a para prevenir la violencia?

Conclusión: La comunicación es un elemento vital para relacionarnos con otras personas. Podemos decir mucho con nuestros gestos, miradas, sonrisas y señas, esto es evidente en la comunicación que se establece entre mamá-bebé, niños y niñas pequeñas ya que ésta muchas veces es no verbal y resulta ser rítmica.

---

A través de estas diferentes maneras de comunicación, tu hijo/a es capaz de percibir confianza si tú como madre lees estas señales de manera oportuna y sensible o percibe desconfianza si ésta lectura no es oportuna, a la larga este proceso de comunicación favorece que se consolide la confianza y relaciones de buen trato. El llanto tiene un valor especial ya que constituye una de las primeras maneras que tienen los y las niñas pequeñas de comunicar lo que le pasa, si es prolongado y/o recurrente es una señal de alarma y podría relacionarse a pérdidas en salud. La capacidad de reacción, observación, comunicación corporal, clara y directa y la sensibilidad de la madre, serán fundamentales a fortalecer en tu rol como mamá. La violencia también limita el proceso de comunicación, por pena o miedo el proceso de comunicación no es claro, nulo o se hace a través del maltrato que favorecen la desconfianza como los gritos, golpes, el ignorar y el silencio.

### *Aprendiendo a tomar mis propias decisiones*

Desarrollo: Se dividirá al grupo en cuatro equipos. A cada equipo se le entregarán dos dibujos del tamaño de una hoja carta de una flor que tenga cuatro pétalos y cuatro espinas. Por equipo tendrán que proporcionar un ejemplo de alguna de las participantes, de una decisión difícil como mamá que haya tomado. De esa situación particular, propondrán dos alternativas diferentes a la acción tomada por la participante y después de haberlas identificado, se apoyarán en los dibujos para escribir cada alternativa en un dibujo de la flor, después anotarán las ventajas de cada alternativa en los pétalos y las desventajas en las espinas. Todos los equipos compartirán con el grupo sus trabajos en plenaria.

Preguntas clave: ¿Cómo te sientes tomando una decisión? ¿Cómo te ha afectado la violencia en la toma de decisiones? ¿Qué habilidades para la vida necesitas poner en práctica para mejorar su toma de decisiones? ¿Cómo les puede ayudar el proceso de toma de decisiones para cuidar su salud y la de sus hijos e hijas?

Conclusión: El poder tomar una decisión es un proceso difícil porque implica tomar responsabilidad de nuestras elecciones, generalmente tendemos a culpabilizar a las demás personas por nuestras decisiones y situación o nos dejamos llevar por la opinión del medio que nos rodea y los prejuicios. Proceso que se dificulta aún más al vivir violencia de manera repetida y continua pues la persona, al carecer de redes de apoyo, no puede mirar otras alternativas de acción, ni cuenta con otros recursos para facilitar una elección real. Para tomar una decisión es importante fortalecer nuestra capacidad de reflexión y análisis para evitar dejar llevarme por la primera impresión o por lo que las demás personas en mi familia y comunidad dicen y hacen. El proceso de toma de decisiones consta de 7 pasos: comienza con obtener la suficiente información de diferentes y confiables fuentes, luego analizarla desde nuestros valores, después identificar tanto las ventajas como las desventajas de diferentes opciones, para luego calcular cuánta probabilidad tengo de éxito con cada alternativa, analizar las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, así como una vez tomada la decisión, evaluar los resultados de ésta.

---

## *Mis manos y mis emociones*

Desarrollo: Se les pedirá a las participantes que se pongan de pie y dejen todo lo que pudiera impedirles utilizar sus manos con libertad durante esta actividad, ya que sus manos serán protagonistas. Se les asignará la letra “A” o “B” para formar parejas. Se tomarán de ambas manos y se les menciona que tendrán que cerrar los ojos y estar pendientes para las siguientes indicaciones. Se les invita a no utilizar comunicación verbal durante el ejercicio. Una vez que se hayan cumplido con estos requisitos, se les menciona que primeramente tendrán que presentarse a sí mismas a través de sus manos, empezará el equipo “A” y después será turno del equipo “B”, ya que ambos equipos se hayan presentado a través de sus manos, se indicará que en la siguiente parte de la actividad tendrán que transmitir con sus manos alguna emoción a su pareja. Empezará el equipo “A”, se les pide que por un momento breve recuerde un momento en que haya experimentado la emoción del “miedo” (es importante dejar una pausa aquí para permitirle a la persona hacer ese recorrido en su mente) y ahora te pediré que la transmitas con tus manos. Posteriormente, se les pide volver a recordar algún momento en donde hayan sentido: “afecto” dejando la pausa antes de decir que la transmita con sus manos. Después será el turno del equipo “B” y continuará con “tristeza”, después “enojo” y por último “alegría”.

Preguntas clave: ¿Qué emoción se les dificultó transmitir? ¿Cuál se les facilitó transmitir? ¿Qué emoción se les dificultó recibir? ¿Cuál se les facilitó recibir? ¿Cuál será la utilidad de expresar sus emociones para mejorar el cuidado de su cuerpo y de su salud?

Conclusión: El poder expresar y manejar adecuadamente nuestras emociones sin llegar a la violencia aumenta nuestra capacidad para relacionarnos con las personas que nos rodean y fortalece nuestro desarrollo personal. Todas las personas experimentamos ciertas emociones y necesitamos expresarlas de alguna manera, pero algunas prácticas culturales suelen minimizarlas o poner barreras para expresar o manejarlas, por ejemplo, a los hombres se les sanciona si expresan la tristeza llorando, a las mujeres se les limita la expresión del enojo, a algunas personas se les dificulta expresar el afecto por medio del contacto físico con sus hijos e hijas. No obstante, las y los bebés crecen, se desarrollan y gozan con expresiones físicas del cariño, de la ternura y del amor, como las caricias, los besos y abrazos, además de proveerles autoestima, confianza, seguridad, protección, felicidad y capacidad emocional. El manejo y la expresión inadecuada de emociones favorecen la aparición de la violencia dentro de las relaciones. Es importante mencionar que este cariño y seguridad se transmite en el día a día, con diferentes actividades, como por ejemplo: mientras es amamantado, bañado, acostado, arrullado, cuando le cambian el pañal y cuando juegan con él. Es importante también para la mamá el aprender a manejar y expresar sus emociones para el cuidado de su salud, ya que grandes cantidades de estrés, así como el guardarse emociones se relacionan con enfermedades como la gastritis, colitis, dermatitis así como experimentar ansiedad, soledad, depresión, culpa, aislamiento social, trastornos digestivos, tics nerviosos, etc...

---

*“Querido cuerpo...”*

Desarrollo: Se les menciona que este ejercicio es de contacto consigo mismas y que la riqueza del mismo dependerá de su concentración para seguir indicaciones y entregarse al ejercicio. Se les invita a cerrar sus ojos. Una vez que lo hayan hecho es importante que la facilitadora o facilitador modulen su voz para dar las siguientes indicaciones más pausadamente y con un tono de voz más suave para favorecer que las personas entren en el ejercicio. Ya que tienes tus ojos cerrados, te pido por favor que realices una serie de respiraciones lentas y profundas, se modela al grupo en qué consiste ésta, invitándolas a jalar la mayor cantidad de aire desde el abdomen bajo, hasta llenar sus pulmones, retener el aire durante 5 segundos y luego realizar la exhalación por la boca de la manera más lenta y suave que puedas durante 10 segundos. Sigue realizando estas respiraciones profundas, máximo realiza 10 durante este ejercicio y regálate un momento para estar contigo misma... percibe cómo se siente tu cuerpo en ese momento: ¿Cansado?... ¿Relajándote? ... ¿Tienes hambre? ... ¿Sientes algún dolor? ... ¿se siente bien la respiración profunda?... ¿hay alguna mejoría en tu cuerpo? Ahora te pido que reflexiones sobre algunas preguntas que te voy a decir: ¿cómo es tu cuerpo? ... ¿qué lo hace único?... recuerda las veces que te has sentido querida: ¿cómo te sentías físicamente?... ¿cómo te percibías en esos momentos?... ¿qué cosas disfrutas hacer con tu cuerpo? ... ¿qué satisfacciones te ha dado?... ¿qué cosas de él te gustan?... ¿qué acciones específicas haces para cuidarlo y mantenerlo sano?... ¿de qué maneras lo has descuidado?... ¿qué puedes hacer a partir de ese momento para cuidarlo mejor y ver por tu bienestar?

Es importante que la facilitadora de un tiempo de reflexión entre cada una de las preguntas. Cuando se hayan terminado las preguntas, se les pide que sigan respirando y se despidan de ese momento con su cuerpo pues poco a poco regresarán al salón con sus compañeras al aquí y al ahora para lo cual te pediré que abras tus ojos cuando estés lista. A continuación se les entrega una hoja y un lápiz y se les menciona que elaborarán una carta a su cuerpo (o un dibujo) escribiendo de qué se dieron cuenta durante la actividad respecto a las preguntas hechas durante la relajación. Después de haber transcurrido diez minutos se pide a un par de voluntarias que deseen compartir su carta con el grupo y al finalizar su lectura se otorga un aplauso como reconocimiento.

Preguntas clave: ¿Cómo te sentiste durante el ejercicio al entrar en contacto con tu cuerpo? ¿Te diste cuenta de algo nuevo con el ejercicio? ¿Cuáles serán los beneficios para tu cuerpo si tomas una pausa y eres consciente de tu respiración? ¿Cuál será importancia de que tú como mujer cuides tu cuerpo? ¿Qué habilidades para la vida tendrás que poner en práctica para cuidarlo mejor?

---

Conclusión: El estar en contacto con tu cuerpo te permite identificar en qué condiciones se encuentra, qué es lo que necesita y qué acciones puedes hacer para mejorar su cuidado. Habitualmente el propio cuerpo es lo último a lo que le prestamos atención, ya sea por las presiones sociales y familiares y el modo de vida más acelerado en las ciudades, esto ocasiona que las atenciones médicas no resulten ser oportunas ni eficaces, ya que cuando las personas se acercan a pedir apoyo al personal de salud, su condición suele ser crónica o mucho más complicada, pues tendemos a ignorar las primeras señales de alarma. Tomar un tiempo para ti, una pausa para relajarte, realizar ejercicios de respiración profunda favorece el manejo de estrés de manera adecuada, es decir, sin desquitarte con otras personas, así como el realizar otras actividades de tu preferencia como leer, escuchar música, bailar o actividades deportivas. El objetivo de esta actividad es que te percares de la importancia de prestarle más atención a tu cuerpo, a sus señales para que acudas a tu centro de salud de manera regular, preventiva, oportuna, y no sólo para tratar condiciones graves y/o avanzadas, sino para hacer revisiones generales aunque no te duela nada, así como a tu bebé, a quien durante los primeros dos años de vida es necesario llevar mensualmente a una revisión médica para la aplicación de sus vacunas y para observar con detenimiento su proceso de crecimiento y desarrollo.

### *Me despido*

Desarrollo: Se les menciona a las mujeres que a lo largo de esta sesión han estado poniendo en práctica ciertas habilidades que les permitirán mejorar su autoestima, el cuidado de su salud y la de su bebé, hijos e hijas, así como disminuir ciertas barreras y obstáculos por lo que para cerrar esta sesión de aprendizaje se despedirán de manera corporal del grupo tratando de transmitir lo que cada quien se lleva de aprendizaje de esta sesión de trabajo. Se colocarán de frente como si les estuvieran tomando una fotografía y cada participante realizará el movimiento corporal que desee, pero diferente al de las demás integrantes para poderlo congelar. Se les dará las gracias por haber participado y se terminará la sesión permitiéndose compartir un abrazo grupal.

Conclusión: El poder comunicarnos con nuestro lenguaje no verbal resulta clave en el proceso de comunicación ya que el 93% de ésta se da a través del tono de voz y del lenguaje corporal, este proceso se acentúa aún más en la relación existente entre mamá y niñas y niños pequeños, puesto que a través de la lectura que haga la madre de las señales de sus hijos e hijas éstos ganan confianza y seguridad al aprender que mamá es lo suficientemente sensible para responder oportunamente cuando la necesite.

Tarea: Se les pedirá a poner en práctica de manera consciente e intencionada el proceso de comunicación no verbal y de lectura oportuna de necesidades y mensajes de sus hijos e hijas y escribirán sus experiencias para poder compartirlas para la siguiente sesión.

---

## SESION NO. 3 “ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO INTEGRAL INCLUYENDO EL BUEN TRATO”

### *Bienvenida*

Desarrollo: Se les dará la bienvenida a la última sesión del taller y se les menciona el objetivo específico de esta sesión: fomentar la realización de actividades que favorezcan la estimulación del desarrollo integral del bebé, sus hijos e hijas, para que alcancen a plenitud salud y bienestar, así como reflexionar sobre la importancia de realizar prácticas de buen trato. La facilitadora o facilitador retomará la tarea que quedó pendiente acerca de la detección de señales y necesidades de manera oportuna y sensible con sus bebés, hijos e hijas. Se les pide que trabajen en parejas para intercambiar lo que escribieron de su experiencia al leer las señales de sus hijos e hijas.

Preguntas clave: ¿Qué dificultades encontraste para estar más consciente y responder oportunamente ante las señales de tu bebé? ¿Qué te ayudó para cumplir con la tarea? ¿Qué reacciones pudiste observar en tus hijos e hijas al estar más atentas y conscientes de sus necesidades? ¿Cómo te beneficiarías tú misma y tu familia al continuar con esta práctica?

Conclusión: El poder leer las señales y detectar necesidades es fundamental para crear lazos seguros y fuertes entre madre y bebé indispensables para construir la autoestima y el desarrollo socio-emocional de éste, así como reforzar su sentido de identidad y de pertenencia. A largo plazo conllevan a un mejoramiento en la salud de ambos, pues les brindan herramientas para detectar cualquier posible señal de alarma, así como disminuir sentimientos de alarma, ansiedad, inseguridad, estrés y trastornos psicossomáticos.

### *Trátale suavemente...*

Desarrollo: Tener preparado el equipo audiovisual para proyectar el video titulado “niños y niñas ven y hacen”: <http://youtu.be/8AcWo3gBtBk>.

Una vez finalizado éste se pasará a la discusión.

Preguntas clave: ¿Cómo se sintieron al observar el video? ¿Cuál es el mensaje más importante que te transmitió el video? ¿En el video pudimos observar relaciones de maltrato o de buen trato? ¿Pudieras compartirme algún ejemplo concreto de maltrato que hayas observado en el video? ¿Qué es para ti el buen trato?

---



Conclusión: El maltrato, así como el buen trato aparecen en tres niveles: hacia mí misma como persona, en el entorno de relaciones personales como es la familia y en el medio más extenso como lo es la comunidad. En el video observamos relaciones de maltrato en estos diferentes niveles, aparece una mujer fumando y una mujer vomitando, lo que nos habla del maltrato en el primer nivel, es decir, maltrato hacia sí mismas, aparece también como una mujer le grita a su bebé, cómo un adolescente maltrata a la mascota de la familia, cómo un hombre golpea a su pareja, cómo un hombre le grita a una persona extranjera, cómo un hombre tira una lata de basura en la calle, y cómo otro hombre sube una escalera y por pasar rápido tira una bolsa y empuja a otra persona, éstos son ejemplos del segundo nivel, además el tercer nivel, está representado en cómo las niñas y los niños hacen lo mismo que el modelo adulto. Para poder revertir los efectos y las relaciones de mal trato hay que estar conscientes de estos tres niveles para poder, de la misma manera, hacer acciones de buen trato en estos mismos. Cuando adquirimos conciencia que niños y niñas repiten lo que observan y hacen lo que sucede en su medio inmediato seremos más puntuales al modelarles relaciones de buen trato, modelos más positivos y más saludables, así mismo estamos fomentando autoestima, seguridad, confianza.

### *¿Cómo descubre el mundo mi bebé?*

Desarrollo: Tener preparado el material con el que trabajarán durante esta actividad, se sugieren los siguientes: limón, ajo, naranja, perfume, crema, algodón, lija, sobre de té, campana, sonaja, reloj, pelotas, vasos con agua, cuchara, grabadora, muñecos de felpa.

Para la primera parte de la actividad se le pide a las participantes que se sienten en el piso de manera que se sientan cómodas y con suficiente espacio para libre movimiento. Se les pedirá que cierren sus ojos. Cuando todas las personas tengan cubiertos sus ojos, se pondrá música suave y relajante, con un tono de voz suave la facilitadora o facilitador indicará que se imaginen que llegan a un lugar nuevo y conforme transcurre la actividad lo irán descubriendo poco a poco. Después de decir esto, se les acercarán diferentes objetos con diversas texturas, olores y sonidos y se les pedirá que traten de identificar qué es. Se le coloca a cada persona un objeto de los sugeridos anteriormente en sus manos y se les dará un tiempo breve para interactuar con este objeto (máximo 2 minutos).

En la segunda parte de la actividad se menciona que ya pueden abrir sus ojos y se reparten las participantes en dos equipos, a una mitad del grupo jugará el rol de “bebés” y la otra mitad jugará el rol de “madres”, en donde el equipo de las “mamás” guiará la realización de algunas actividades de estimulación con el equipo de “bebés” por lo que es muy importante que utilicen todas las herramientas que puedan de lenguaje verbal y no verbal para poder acompañar a su bebé, mientras tanto el equipo de “bebés” se dejarán guiar en estas actividades.

Se llama a parte al equipo de mamás y se les menciona las actividades de estimulación que realizarán de manera pausada y al ritmo de su bebé: dar un masaje con una pelota o con su mano, ayudar a tomar agua, jugar con un objeto de su preferencia, cambiar de posición de sentada a acostada, ejercitar sus brazos y piernas, ayudarla a gatear y finalmente ayudarla a que se ponga de pie. Al finalizar estas actividades, se le entrega a cada mujer una copia de la tabla 1 y 2 contenidas en el capítulo 1 del presente trabajo, enfatizándoles que en esta encontrarán los logros generales del recién nacido durante el primer y el segundo año de vida y que en caso de que sus hijos e hijas no presentaran alguno de estos según su edad pudiera indicar que algo va mal, por lo que será necesario llevarle a una valoración a su centro de salud más cercano.

Preguntas clave: Para el equipo de bebés: ¿Cómo se sintieron al dejarse guiar por alguien más en las otras actividades? ¿Pudieron darse cuenta de qué fue lo que hizo su mamá para generar confianza en la interacción con ustedes? Para el equipo de mamás: ¿Cómo vivieron el proceso de guiar a alguien más para que descubriera el mundo? ¿Qué recursos y habilidades utilizaron en este proceso de acompañamiento? Para todas las personas: ¿Cómo se sintieron en la primer parte de la actividad donde descubrieron este lugar nuevo? ¿Para qué será necesario generar confianza y dar buen trato en este proceso de acompañamiento de descubrir el mundo como madres y cuidadoras de sus bebés, hijos e hijas?

Conclusión: El desarrollo integral del bebé está compuesto por varias áreas: física, cerebral y socio-emocional que están estrechamente vinculadas entre sí, cada logro en cierta área se verá reflejada en las demás y viceversa. Los y las bebés descubren el mundo poco a poco a través de las experiencias diarias y el ejercicio de los sentidos, en este proceso es de suma importancia presentarles diversas experiencias que estimulen los diferentes sentidos a través del juego y un factor clave para desarrollar su mente también es la interacción segura y de buen trato entre el (la) bebé y su madre. Las habilidades para la vida principales a desarrollar como madres y cuidadoras durante esta guía y acompañamiento sensible con sus bebés serán el ponerse en el lugar de tu bebé, la comunicación clara y directa y el manejo y expresión de las emociones. La tarea de guiar a un bebé es difícil, sobre todo si se le enfrenta por primera vez, por lo que es necesario que la mujer trabaje en equipo, pida ayuda y forme redes de apoyo, para evitar que este proceso se convierta en una experiencia desagradable, con frustración, enojo y con barreras psicológicas como el miedo, al pensar que no pueden hacerlo, o la culpa, al pensar que no son una “buena madre”.

*Listillo desde chiquillo, listilla desde chiquilla*

Desarrollo: Previo al trabajo con el grupo, se prepara el siguiente material: 7 tarjetas de cartulina (20 cm. x 15 cm.) con las frases de las siguientes actividades de estimulación tomadas de la tabla 4 y 5, es importante también anotar la edad en la tarjeta:

---

- Ψ Recién nacido: “Llevarle a vacunar”, “Dar masajes y caricias”, “Acostarte boca arriba”.
- Ψ 3 meses: “Hablarle por su nombre”, “Continuar con la lactancia materna”, “Responder al momento del llanto, de lo contrario sentirá inseguridad y desprotección”.
- Ψ 6 meses: “Mantener rutina y ritmos respecto al sueño, alimentación y juegos”, “Imita los sonidos que haga y repítele sonidos de animales”, “Ejercitar su cuerpo con movimientos de piernas y brazos y cambio de posturas”.
- Ψ 9 meses: “Permanecer junto a él/ella en lugares y con personas desconocidas para darle seguridad”, “Estimularle a que diga palabras sencillas como agua, mamá”, “Propiciar que gatee”.
- Ψ 12 meses: “Integrarle a la dieta familiar y a la mesa”, “Decirle no a aquellas acciones que resulten peligrosas mientras se le explica la razón de por qué la negativa, “Estimular su lenguaje con canciones, juegos, cuentos.”
- Ψ 1 año 6 meses: “Establecer límites y manejo de berrinches con paciencia y explicándole que no puede hacer todo lo que desee”, “Hablar de emociones y de sentimientos”, “Estimular que camine”.
- Ψ 2 años: “Celebra sus logros de manera clara y directa”, “Anímale a resolver problemas utilizando sus propios recursos”, “Permite que realice tareas sencillas de la casa y de su cuidado personal”.

Se divide al grupo en 4 equipos, a cada equipo se le entregarán 2 de las anteriores tarjetas de Estimulación. Un equipo sólo tendrá una tarjeta y tendrá que actuar las tres actividades que contenga ésta. Después se les pedirá que revisen las tarjetas en equipo para escoger de éstas una acción para actuarla a manera de mímica para el resto del grupo, haciéndoles hincapié en que todas tendrán que participar. Se otorgan 6 min para que se pongan de acuerdo en sus representaciones. Cada equipo pasará al frente dirán de qué mes son sus representaciones e iniciarán a actuarlas teniendo como máximo 1 minuto para realizar su actuación. La facilitadora irá anotando las acciones en un rotafolio, así como el mes. Al terminar de pasar todos los equipos se les pedirá que formen un círculo para pasar a la reflexión y se le entregará a cada mujer una copia de la tabla 4 y 5 contenidas en el capítulo 1 del presente trabajo que contienen recomendaciones generales para la estimulación integral del recién nacido enfatizándoles lo importante de respetar la edad de su bebé para que no lo presionen a realizarlas.

Preguntas clave: ¿Para qué será importante que las cuidadoras y las mamás conozcan estas recomendaciones? ¿Qué necesitarían para poder ponerlas en práctica con sus bebés? ¿Qué habilidades para la vida se relacionan con la estimulación del bebé?

---

Conclusión: Es importante fomentar estos cuidados y recomendaciones en las mujeres cuidadoras pues a través de actividades muy sencillas estimulan el desarrollo de su bebé, el que sea adecuada quiere decir que siempre se respeta su ritmo y sus capacidades según su edad y de acuerdo a la maduración de su Sistema Nervioso Central, evitando presionarle pero asegurándonos de que está ejercitando el máximo de sus capacidades. Para poder realizar estos cuidados es necesario poner en práctica el buen trato y habilidades para la vida como ponerse en el lugar de la otra persona, el manejo y expresión de emociones, el manejo del estrés.

*¿Cómo me siente mi bebé?*

Desarrollo: Para esta actividad es necesario que previamente elijas una canción de música suave, relajante, que no contenga letra, puede ser sonidos de la naturaleza, clásica, etc. Porque la necesitarás para el transcurso de esta actividad. Se les invita a colocarse de manera cómoda en el espacio del salón y que cierren sus ojos. Invítalas a realizar una respiración profunda, se modela al grupo en qué consiste ésta: jala la mayor cantidad de aire desde el abdomen bajo, hasta llenar sus pulmones, reten el aire durante 5 segundos y luego exhala por la boca de la manera más lenta y suave que puedas durante 10 segundos. Sigue realizando estas respiraciones profundas. Después de 5 respiraciones profundas, dile al grupo, que en este momento entró una maga al salón, ha agitado su varita mágica y las ha convertido en bebés recién nacidos. Enciende la grabadora y pon la canción de música suave que hayas elegido, pide a las participantes que escuchen la melodía y deja que la canción termine. Mientras la canción suena, menciona que les harás unas preguntas que tendrán que contestar mentalmente, haz una pausa entre cada una de éstas:

¿Cómo se siente la bebé en este momento?... ¿Si además de escuchar esta melodía estuviera en brazos de mamá, cómo se sentiría?... ¿A qué huele mamá?... ¿Qué te dice?... ¿Cómo te hace sentir si te mira?... Al terminar las preguntas, pídeles que respiren nuevamente profundamente ya que el encantamiento de la maga está perdiendo efecto y se están convirtiendo nuevamente en mujeres adultas. Indícales que a su espacio y a su ritmo cuando estén listas pueden abrir sus ojos.

Preguntas clave: ¿Qué emociones pudiste experimentar durante el hechizo de la maga al sentirte como bebé? ¿Cómo se sentirá un bebé estando en los brazos de su mamá? ¿Y si su mamá le habla en este momento? ¿Cómo pueden fomentar el buen trato en este vínculo?

Conclusión: El vínculo seguro es un proceso que inicia la mamá con su bebé desde que asiste a su control prenatal y conforme avanza el embarazo mientras va mostrando interés hacia su bebé, se va fortaleciendo cuando la mamá siente los movimientos fetales y se hace intenso en el momento del nacimiento, pues en ese momento ambos alcanzan su máxima capacidad sensorial, pues se olfatean, se tocan, se miran, se escuchan y empiezan a formar un lazo íntimo y fuerte.

---

El contacto piel a piel es un estímulo poderoso que inicia tanto el amamantamiento, y refuerza este vínculo. Pero no sólo participan la madre y el bebé en el vínculo seguro, sino que el padre, se vincula también con el/la bebé a través de su cuidado en el día a día, con su presencia, protección y participación tanto en el parto, como en el embarazo. Para los y las bebés un estímulo poderoso es el contacto físico, que incluye: la voz de las y los cuidadores principales, las caricias, las miradas y las sonrisas son vitales pues les transmiten un sentido de pertenencia, seguridad, amor, autoestima y modelan relaciones de buen trato. El vínculo seguro tiene beneficios para la madre y su bebé en su salud pues ayuda a mantener la lactancia y en el desarrollo emocional del niño(a).

### *Espiral de arrullo*

Desarrollo: Se les pedirá que se pongan de pie y se tomen de las manos para formar un círculo. Posteriormente se indica que cierren sus ojos y se muevan lo más despacio que puedan a la derecha 10 cm. Después diez cm. Hacia la izquierda, sin soltar las manos de sus compañeras y teniendo el cuidado suficiente de no jalarlas. Repetirán este movimiento de vaivén y se les invita a no detenerlo mientras que la facilitadora menciona: “A lo largo de este taller has aprendido que el poder de hacer cambios está en tus manos y has ejercitado las herramientas con los que pueden mantener estos cambios y beneficiar tanto tu salud como la de tus bebés. En tus manos, está el poder de cambiarte tú misma y cambiar la realidad para tus hijos e hijas, nadie puede dar algo que no tiene, si buscas dar amor, salud, autoestima y confianza a tus hijos e hijas, necesariamente tengo que empezar a dármelo yo misma. Ahora permítete sentir este cobijo grupal, esta cercanía con tus compañeras, no olvides que así como en este grupo aprendimos a escuchar e intercambiar experiencias de vida, si necesitas ayuda, pídelas, no estás sola, no eres la única que atraviesa dificultades”. Se finaliza tarareando con voz dulce una canción de arrullo. Una vez que se termina de tararear la canción, se les pide que detengan el movimiento y abran sus ojos.

Preguntas clave: ¿Qué fue lo más importante que aprendieron en el taller?  
¿Cuándo empezarán a poner en práctica sus aprendizajes?

Conclusión: Agradece la participación y la confianza que las mujeres depositaron en ti para poder trabajar con ellas e intercambiar experiencias. Comparte tus sensaciones, percepciones, aprendizajes y logros que como grupo alcanzaron.

### *Cuestionario*

Desarrollo: Se les entregará a las personas que sepan leer y escribir, un lápiz y una copia de un cuestionario (Escala Para Medir Agencia Personal y Empoderamiento). La facilitadora o facilitador leerá cada pregunta en voz alta y se les pide que vayan marcando con una cruz, la respuesta que más se asemeje a su caso. Cuando se termine la lectura de las preguntas, se recogen los cuestionarios.

---