



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA EDUCATIVA Y DEL DESARROLLO

**DINÁMICA FAMILIAR, INTERACCIÓN CUIDADOR-NIÑO Y
DESARROLLO INFANTIL
EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA MODIFA-DIN**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
MTRA. JAZMIN MONSERRAT PIZAÑA SÁNCHEZ

COMITÉ TUTOR:
DRA. LAURA EVELIA TORRES VELÁZQUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM
DRA. MARÍA ALEJANDRA SALGUERO VELÁZQUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM
DR. IVÁN ROLANDO RIVERA GONZÁLEZ
CENTRO DE INVESTIGACIÓN DEL NEURODESARROLLO,
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

JURADO:
DR. FELIPE TIRADO SEGURA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM
DRA. CECILIA GUADALUPE SILVA GUTIÉRREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA CU, UNAM

CD.MX. MAYO DEL 2024



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.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT):

Por el apoyo económico brindado para la realización de esta investigación, mediante la beca de Doctorado No. CVU: 552168.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM):

Por la oportunidad de cursar el programa de Doctorado en Psicología Educativa y del Desarrollo, para seguir creciendo en conocimientos y servir mejor a los que más lo necesitan. Por el orgullo de ser egresada de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala ¡Por el orgullo de gritar un GOYA!

Al Centro de Investigación del Neurodesarrollo (CIN), del Instituto Nacional de Pediatría (INP):

Especialmente al Dr. Iván Rolando Rivera González por facilitar medios materiales y de acceso a la población participante, y a las Dras. Miriam Figueroa Olea y Silvia Clementina Izazola Ezquerro por acompañarme y motivarme durante la aplicación del programa de intervención temprana.

A mi comité tutor:

La Dra. Laura Evelia Torres Velázquez por su dirección intelectual, apoyo espiritual incondicional y calor humano, gracias por ser *“mi base segura”* para alcanzar este sueño, gracias por nunca soltar mi mano durante este camino. Al Dr. Iván Rolando Rivera González por confiar en mí, su apoyo, paciencia y compartirme su alegría día a día. A la Dra. María Alejandra Salguero Velázquez por abrir mi mente a la perspectiva de género, por su pasión por la investigación y su buen ánimo. Al Dr. Felipe Tirado Segura por su sistematicidad, paciencia e interés para generar el estado del arte de esta investigación, siempre recordaré con cariño nuestras horas de análisis. A la Dra. Cecilia Guadalupe Gutiérrez por sus enseñanzas, análisis crítico y comentarios de mejora a esta investigación. A los cinco, siempre les estaré profundamente agradecida por forjarme y sostenerme durante esta etapa de mi vida. En cada uno encontré lo preciso para mi desarrollo personal y profesional. Gracias por el *“apego seguro”* que siento con ustedes; el tiempo y las enseñanzas que con dedicación me regalaron los atesoraré por siempre. Su ejemplo humano y profesional me

dibuja un camino a seguir por el cual no iré sola, pues lo aprendido con ustedes me acompañará el resto de mi vida.

A la Universidad Autónoma de México (UAM-Xochimilco) y el Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil “XILOTL”:

Por facilitar medios materiales y de acceso a la población participante. Gracias a todo el personal que allí laboró durante la realización de esta investigación, especialmente a las fisioterapeutas Alexis Cardona y Mariana Mendoza por el agradable equipo de trabajo que formamos, también a las enfermeras de la ENEO (Gabriela Ontiveros Rivera, Yaxum Mendoza Rocafuerte, Angélica Vanessa González Méndez) por su apoyo incondicional y actitud de aprendizaje y servicio constante ¡Que la luz cálida de su candil continúe iluminando a muchos, como lo hicieron conmigo!

A las madres, cuidadores, niños y niñas participantes: infinitas gracias por la confianza depositada en cada sesión y dejarme acompañarlos brevemente, pero desde la ciencia y el corazón, en una etapa muy especial de sus vidas.

A la familia Delgado López:

Especialmente a Carlos Alán Delgado López por impulsarme a alcanzar este sueño y siempre decirme *¡Yo sé que tú puedes!* Por tu paternidad comprometida que me dió la ayuda más fuerte que pude tener para enfrentar este reto profesional ¡Una parte de mí como doctora siempre será gracias a ti! Gracias abuelita Cuca, abu Lidia, abu Manuel, Tíos Juan, Paty y Gabo por ayudarme a darle una vida mejor a Leo, por cuidar de nosotros y enseñarnos que se puede confiar en la familia.

A mi hijo Leonardo Zaid Delgado Pizaña:

Infinitas gracias por todo el tiempo robado mi niño, por ser siempre tan cooperador y bien portado para dejarme *“trabajar en casa”* y tomar clases en línea *“mi leóncito watete”*, tú eres lo que me aferra a la vida y la inspiración más grande a nivel personal y profesional. Deseo que esta meta alcanzada nos brinde una mejor vida. Te amo.

DEDICATORIA

A Carlos Alan Delgado López

(alumno, fisioterapeuta, profesor, mejor amigo, novio, esposo, padre, maestro de vida)

Porque siempre te estoy buscando en todas las cosas que hago,
...por la falta que nos haces...
porque no dejaré de caminar lo que me reste del camino hasta reencontrarte.

Porque una parte de mí siempre te está esperando,
(Mis ojos, mis oídos, mis manos, mis brazos)
...porque el corazón siempre te está llamando...
y tu nombre ahora vive a la orilla de mis labios
porque cómo un día me dijiste:
“el amor crea puentes en lugares que parecen imposibles de cruzar”

Por la fe que siempre pusiste en mí,
porque provocaste un amor que no sabía que era capaz de sentir
por hacerme más humana y mejor persona
¡porque has sido mi más grande maestro de vida!
porque aprendí a amarte sin poder tocarte
y aun así mis manos siempre te están buscando...
...porque sé que al final de mi camino estarás tú...

Porque si yo sigo... ¡tú también sigues!
porque si yo triunfo... ¡tú triunfas conmigo!
¡porque mis victorias son tuyas!
...porque esta tesis te pertenecerá por SIEMPRE...
¡Porque tú como yo creías en ayudar a la gente!

Porque me regalaste una nueva oportunidad de ser madre
Porque fuiste mi hambre, mi cansancio, mi sueño y mi despertar,
mi alimento, mi cobijo, mi seguridad, mi destino...
¡la máxima experiencia de amor en mi camino!

Porque me has dejado un gran tesoro que cuido lo mejor que puedo,
¡porque nuestro hijo es nuestro amor vivo!
...un medio para seguir amándote y haciéndote sonreír...
porque “nuestros recuerdos” son mi fortaleza,
...porque los latidos de mi corazón son suspiros en cuenta regresiva...

Porque para seguir amándote solo necesito soñarte,
porque todavía tengo muchos besos para darte y cosas que platicarte
...porque del otro lado, volveremos a caminar tomados de la mano...
...Porque eres nuestro amor eterno, nuestro ángel de la guarda...

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1. Aproximaciones Teóricas para el estudio del Desarrollo Infantil Temprano	5
1.1 Enfoque Psicoanalítico: Sigmund Freud, Mahler, Winnicott, Spitz	5
1.2 Enfoque Conductista: J.B. Watson y B.F. Skinner	14
1.3 Enfoque Innatista: Noam Chomsky	18
1.4 Enfoque Maduracionista: Arnold Gesell	23
1.5 Enfoque Cognitivo y Metacognitivo: Jean Piaget y J.H Flavell	26
1.6 Enfoque Interaccionista: Lev Vygotsky	33
1.7 Enfoque Psicosocial o Sistémico: Modelo Ecológico-Transaccional de Bronfenbrenner	38
1.8 Relación entre desarrollo cognitivo y afectivo en la primera infancia	42
Capítulo 2. Aproximaciones Teórico-Methodológicas para el estudio de la Interacción Temprana Madre-hijo	46
2.1 Teoría del Apego de John Bowlby y Mary Ainsworth	46
2.1.1 Situación Extraña: inicios de la instrumentación métrica	49
2.2 Instrumentos más utilizados para evaluar las interacciones madre-hijo	55
2.2.1 Caracterización de los métodos de evaluación de las interacciones madre-hijo	58
2.2.2 Consideraciones teórico-prácticas al elegir un instrumento para evaluar la interacción madre-hijo	66
2.3 Impacto de la interacción madre-hijo en el desarrollo infantil temprano	68
2.4 Sistemas interactivos diádicos y sus implicaciones en el desarrollo infantil temprano	78
Capítulo 3. La Intervención Temprana para Promover el Desarrollo Infantil	87
3.1 Historia de la atención temprana en la infancia	89
3.2 Factores de riesgo y protección del desarrollo infantil temprano	91
3.3 Relevancia de los 2 primeros años de vida para el desarrollo infantil	100
3.4 Tipos de Programas de Intervención Temprana y su efectividad a corto, mediano y largo plazo	104
3.4.1 Nutricionales, Escolares, Integrados.	107
3.4.1.1 Estimulación Temprana: estrategias para el desarrollo cognitivo y afectivo en los primeros 2 años de vida.	112
3.4.1.2 Enseñanza de Competencias Parentales para organizar el desarrollo infantil: vigilancia y promoción.	116
3.5 De intervención diádica a sistémica: implicaciones sociales, culturales y políticas del desarrollo infantil, la dinámica familiar y la intervención temprana	122

Capítulo 4. Dinámica Familiar, Interacción Cuidador-Niño y Desarrollo Infantil en el programa de intervención temprana MODIFA-DIN.	154
4.1 Antecedentes del programa	154
Justificación y Planteamiento del Problema	158
Objetivos	163
Hipótesis de Investigación	164
Modelo Teórico del Proyecto de Investigación	165
4.2 Aplicación del programa MODIFA-DIN.	165
Población de estudio	165
Instrumentos	166
Procedimiento	173
Consideraciones éticas	177
Capítulo 5. Resultados y Discusión de la implementación del programa MODIFA-DIN	178
5.1 Resultados Preprueba: Dinámica Familiar, Interacción Cuidador-Niño y Desarrollo Infantil	178
5.2 Resultados Posprueba: Comparación de la Dinámica Familiar, Interacción Cuidador-Niño y Desarrollo Infantil	193
5.3 Discusión de los resultados de la implementación del programa MODIFA-DIN	203
5.3.1 Discusión de los resultados Preprueba: Dinámica Familiar, Interacción Cuidador-Niño, Desarrollo Infantil y Análisis de sus Relaciones	203
5.3.2 Discusión de los resultados Posprueba: Posibles efectos del programa MODIFA-DIN: Efecto del Programa sobre la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y El Desarrollo Infantil	220
Capítulo 6. Conclusiones	228
6.1 Aportaciones	228
6.2 Limitaciones del estudio	229
6.3 Recomendaciones para futuras investigaciones	230
REFERENCIAS	232
ANEXOS	249
ANEXO 1. Cartilla de Promoción del desarrollo infantil del SIVIPRODIN (7-12 meses)	250
ANEXO 2. Cartillas de Promoción del desarrollo infantil del SIVIPRODIN (13-24 meses)	252
ANEXO 3. APGAR Familiar	254
ANEXO 4. Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI)	255
ANEXO 5. Nursing Child Assesment Satellite Training (NCAST)	257
ANEXO 6. Actividades enfocadas al desarrollo cognitivo y socioemocional (8-12 meses)	259
ANEXO 7. Actividades enfocadas al desarrollo cognitivo y socioemocional (13-18 meses)	269

INTRODUCCIÓN

La presente investigación nace de la inquietud que genera, a nivel profesional y personal, observar cómo las condiciones que las familias enfrentan son cada vez más desiguales y adversas para la crianza y el buen desarrollo de sus niños. Existen diversos programas de atención temprana a la infancia, pero su capacidad para paliar diversos factores (económicos, sociales, biológicos, etc.) es un tema de discusión que se sigue elaborando. Por ello, la pregunta clave del presente trabajo fue ¿Cuáles son los efectos de un programa de intervención temprana sobre la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil en los primeros dos años de vida? Para responder a esa pregunta, se tuvieron que responder primero otras interrogantes.

¿Cómo es el desarrollo normal de los niños? Es una pregunta que desde múltiples disciplinas se ha intentado responder. Desde la Psicología diversos autores han documentado, descrito y analizado la adquisición de conductas como parte del desarrollo normal y anormal generándose un gran acervo de información. Por ello, en el **capítulo 1** se recopilaron aportaciones representativas de las aproximaciones teóricas más emblemáticas de la Psicología Evolutiva discurriendo desde: enfoques acusados de ser “mentalistas” (Psicoanálisis), pasando por el estudio de las conductas observables y su entrenamiento (Conductismo), la propuesta de conductas no aprendidas propias de la especie humana (Innatismo), identificando los hitos o conductas pilares del desarrollo (Maduracionismo), mediante mecanismos que posibilitan en el niño la construcción de su inteligencia (Epistemología Genética) y analizar su propia cognición (Enfoque Metacognitivo), hasta resaltar la influencia del entorno psicosocial en el desarrollo infantil (Enfoque Sistémico) para dar cuenta principalmente del desarrollo cognitivo y afectivo de los niños en los primeros años de vida.

¿Por qué la madre o un cuidador principal, es tan importante para el desarrollo infantil?

La importancia de la relación madre-hijo ha sido demostrada por diversos autores razón por la cual, en el **capítulo 2** se abordó la Teoría del Apego de Bowlby y Ainsworth, como parte de la primer aproximación Teórico-Methodológica a partir de la cual se han generado diversos instrumentos de evaluación de las interacciones diádicas, por lo que se ofrece una

caracterización de cómo se suelen evaluar las interacciones cuidador-niño y consejos prácticos para elegir un instrumento de evaluación tanto para el ámbito clínico como de investigación. Asimismo, se describe el impacto de las interacciones cuidador-niño sobre el desarrollo cognitivo y afectivo en los primeros dos años de vida, caracterizando los sistemas interactivos diádicos con mejor y peor pronóstico, por sus implicaciones para el desarrollo infantil temprano.

¿Cuándo y cómo se debe intervenir para favorecer el desarrollo infantil y evitar o aminorar la discapacidad? Hoy se sabe que las intervenciones para favorecer el desarrollo infantil “*entre más pronto mejor*” por lo cual, desde el primer mes de vida podemos realizar evaluación, intervención y seguimiento del desarrollo infantil, pero este conocimiento es resultado de un largo camino que empezó en los años 60s en Estados Unidos, por ello en el **capítulo 3** se describe brevemente la historia de la Atención Temprana a la infancia y cómo se originó bajo una lógica de “guerra contra la pobreza” atendiendo a poblaciones con factores de riesgo biológicos (prematurez, malformación congénita, desnutrición, etc.) y psicosociales (pobreza, adicciones, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, maternidad adolescente, maternidad en soltería, etc.). Así, se relata cómo de Programas de Intervención Temprana nutricionales, escolares o de apoyos económicos se detectó que los programas “Integrados” (que retoman como eje de intervención la calidad de las interacciones cuidador-niño para promover el desarrollo infantil) son más exitosos, especialmente si enseñan a los cuidadores actividades de Estimulación Temprana que fomenten el desarrollo cognitivo y socioemocional de los niños durante los primeros dos años de vida (por el rápido crecimiento, desarrollo cerebral y neuroplasticidad a esa edad). Asimismo, se describen los beneficios micro y macrosociales de la aplicación de los programas y se reflexiona qué se necesita para enseñar a los cuidadores de niños tan pequeños, competencias parentales para vigilar y promover el desarrollo infantil aprovechando que ellos pasan más tiempo con los niños que el personal de salud y, por lo tanto, son los primeros organizadores del desarrollo de sus niños. Sin embargo, el desarrollo infantil temprano no es responsabilidad solo de sus cuidadores pues se requieren de acciones de los gobiernos para conciliar las necesidades laborales y de crianza de las familias, por ello también se reseña brevemente los aciertos y desaciertos de las acciones llevadas a cabo en México en aras de construir una Política Pública en materia de Desarrollo Infantil Temprano. Finalmente, se analiza que, aunque para

finos operativos se trabaja con diadas cuidador-niño los beneficios son sistémicos, sugiriendo un modelo del cómo la participación en un programa de intervención temprana moviliza dimensiones de la dinámica familiar.

Entonces, **¿Un programa de intervención temprana puede afectar la Dinámica Familiar de sus familias usuarias, aunque no este diseñado originalmente con ese objetivo?**

Ese potencial de los programas no ha sido explorado; la variable de Dinámica Familiar suele ser esquivada, obviada o reducida al tipo de familia o número de integrantes (aunque la estructura familiar no sea su funcionamiento per se). Por ello, en el **capítulo 4** se explicó cómo a partir del modelo “Cuidado Integral del Niño” del Centro de Investigación en Neurodesarrollo (CIN), del Instituto Nacional de Pediatría y estudios antecedentes que recopilan las experiencias/ manuales generados de la aplicación del programa de intervención temprana del CIN, se propuso una versión nombrada **MODIFA-DIN** (Monitoreo de la Dinámica Familiar, para el Desarrollo Integral del Niño) teniendo como características principales: 1) retomar la calidad de las interacciones cuidador-niño, 2) centrarse en la enseñanza de habilidades parentales para vigilar y promover el desarrollo, 3) retomar la estimulación temprana para favorecer el desarrollo cognitivo y socioemocional en los escenarios de la vida cotidiana de las diadas y 4) evaluar la Dinámica Familiar de las familias usuarias.

El programa MODIFA-DIN partió de 2 supuestos: a) las habilidades adquiridas por el cuidador para interactuar mejor con su niño también las desplegará en su ámbito familiar (es decir que los beneficios del programa no son diádicos sino sistémicos) y b) la Dinámica Familiar es capaz de afectar la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil. Así, en el **capítulo 5** se presentan los resultados de las evaluaciones de la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil y se discuten los hallazgos en dos secciones: **preprueba** (antes de la exposición al programa) y **posprueba** (después de la exposición al programa).

Finalmente, en el **capítulo 6**, se puntualizan las aportaciones de la presente investigación doctoral: 1) el programa MODIFA-DIN incrementó la funcionalidad de la Dinámica Familiar, especialmente en la dimensión de “Unión-Apoyo” y “Dificultades, 2) el programa MODIFA-

DIN mejoró la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil, 3) se sugiere una caracterización de las diadas cuidador-niño con mayor y menor probabilidad de desertar de un programa de intervención temprana, 4) se sugieren acciones para diversificar las formas de acompañamiento y retención de usuarios en estos programas, 5) se encontró que la **Dinámica Familiar fue un factor de riesgo para el Desarrollo Infantil, factor que se compensó con la Interacción Cuidador-Niño** (específicamente, por la conducta resiliente de los cuidadores), **pero que a su vez también fue un factor de riesgo para el Desarrollo Infantil** (por falta de fomento al desarrollo cognitivo, baja sensibilidad de los cuidadores y falta de habilidades para responder a la angustia de los niños).

Asimismo, se recomienda seguir explorando el papel de la Dinámica Familiar sobre la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo infantil, incorporando actividades o sesiones centradas en la Dinámica Familiar en los programas de intervención temprana, e incluso adoptar nuevas metodologías para explorar qué es más significativo para los usuarios de los programas, retomando variables como la resiliencia, la satisfacción con el programa y su calidad, etc. esforzándonos porque estos programas lleguen a también a otras “infancias” en situación de vulnerabilidad y que están siendo invisibilizadas (madres y niños en situación de cárcel, madres y niños migrantes, hijos de madres sexoservidoras, niños en orfanatos, niños en situación de calle, madres indígenas, madres y lactantes en refugios por violencia intrafamiliar, etc.) ya que, si los beneficios de estas intervenciones se han documentado ampliamente, ahora el siguiente reto es realizar las adecuaciones pertinentes para que lleguen a las otras “infancias” y “parentalidades” que también lo necesitan y parecen estar olvidadas.

CAPÍTULO 1

APROXIMACIONES TEÓRICAS PARA EL ESTUDIO DEL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

El desarrollo infantil puede ser difícil de medir, su concepción como un proceso de cambios mediante el cual el niño alcanza mayor complejidad en sus movimientos, pensamientos, emociones y relaciones con los otros, expresa esta dificultad (Figueiras et al., 2006). Sin embargo, gracias a las aportaciones de varios autores que desde diferentes enfoques concedieron especial atención a cómo los niños adquieren habilidades (motrices, cognitivas, verbales, emocionales, sociales) se logró un conocimiento progresivo sobre el desarrollo infantil, hasta lograr establecer áreas de desarrollo a evaluar desde etapas muy tempranas de la vida, en las cuales es posible distinguir lo normal de lo patológico (patrón típico de la especie humana vs conductas anormales por déficit o exceso). Todo ese conocimiento acumulado sobre el desarrollo infantil sentó las bases para la intervención en niños.

A continuación, se exponen brevemente las principales aportaciones de autores claves para la comprensión del desarrollo infantil temprano, especialmente para el desarrollo cognitivo, emocional y social en los primeros 2 años de vida.

1.1 Enfoque Psicoanalítico: Sigmund Freud, Mahler, Winnicott, Spitz

"La relación madre-hijo es paradójica y en cierto sentido trágica. Se requiere del amor más intenso de la madre sin embargo, este mismo amor debe ayudar al niño a crecer lejos de la madre y llegar a ser plenamente independiente"

(Erich Fromm)

En la historia de la psicología evolutiva, el psicoanálisis aportó una de las primeras teorías explicativas del desarrollo infantil. Gracias al psicoanálisis, la infancia ganó énfasis como objeto de estudio (López, 1993). Sigmund Freud (1926) médico neurólogo, padre del psicoanálisis expresó acerca del recién nacido:

la criatura humana al nacer es más desvalida que los demás mamíferos...No está en condiciones de trasladarse ni de distinguir entre la multitud de estímulos que le acosan. Nada sabe del mundo objetivo...posee, cuanto más, una sensibilidad indiferenciada (citado en López, p. 65).

Freud planteó que, en ese estado de inicial indiferenciación del recién nacido, este sobrevive por los cuidados maternos que erotizan (cargan de afecto) el cuerpo del niño. De esa erotización, el niño se torna sujeto deseado (por la madre) y deseante (de la madre) por lo cual, la pulsión de vida "Eros" se alza sobre la pulsión de muerte "Tanathos" (Freud, 2000b).

Sin embargo, privar al bebé del placer es tan dañino como privarlo del displacer ya que ambos son cruciales para la formación del aparato psíquico y la personalidad. Desde el primer año de vida, la frustración es el catalizador más potente con que cuenta la naturaleza y sin el displacer no es posible ningún desarrollo satisfactorio del Yo, ya que las sensaciones desagradables impulsan hacia el cambio, por ejemplo, cuando un bebé es destetado experimenta frustración por tener que separarse de su madre, pero acrecienta su autonomía (Freud, 2000c). Así, la madre al permitir la experimentación de situaciones placenteras y displacenteras (con una proporción de frustración adecuada a la edad del niño), promueve y organiza el desarrollo infantil temprano.

Freud también propuso que en los primeros años de vida, el niño es un "*polimorfo perverso*" refiriéndose a la naturaleza del infante de actuar bajo el principio del placer, desconociendo las reglas y normas de su sociedad. Progresivamente, el niño al ser introducido en los procesos de crianza sociales absorbe las prohibiciones culturales, imponiéndosele contención y dirección a sus deseos volviéndose más apto para vivir en sociedad. Así, de la convivencia con sus padres y otras figuras sociales el aparato psíquico se estructura: el Ello (la instancia que regula los deseos y las pulsiones), el

Superyó (la instancia reguladora del contenido de las prohibiciones, reglas y normas sociales) y el Yo (la instancia mediadora entre el Ello y el Superyó) (Freud, 2000c).

Además, reconociendo la importancia de la interacción del niño con sus padres durante la infancia para la construcción de la personalidad e inclusive la orientación sexual adulta, Freud propuso el Complejo de Edipo para describir el proceso por el cual el infante (de los 0 a los 6-7 años) logra paulatinamente mayor separación (física, psicológica y afectiva) de la madre mediante la intervención del padre de manera distinta en varones y mujeres. Paralelamente al Complejo de Edipo, el niño también transita por 4 etapas del desarrollo psicosexual (oral, anal, de latencia y genital) que conforman y delimitan su futura identidad psicosexual adulta (Freud, 2000a).

Si bien sus pacientes fueron adultos y no se dedicó a desarrollar propiamente un psicoanálisis infantil, Freud concluyó que la niñez es un periodo determinante para el curso posterior de la vida en general: reconoció que muchos de los problemas psicológicos del adulto tienen su origen en la niñez por dificultades en la relación con la madre, el padre y/o los cuidadores afectándose la resolución del Complejo de Edipo y el tránsito por las etapas del desarrollo psicosexual y que dichas experiencias de dificultades, se contienen en forma de traumas en el inconsciente de los cuales el sujeto no puede dar cuenta. Por ello, la aproximación teórico-metodológica freudiana, plantea la infancia como una entidad propia, fuente de traumas.

En términos generales, los psicoanalistas se desprenden sólo parcialmente de los planteamientos del psicoanálisis ortodoxo freudiano. No obstante, autores post-freudianos que se abrieron a otras influencias aportaron otras teorías que han sido claves para el campo de la psicología evolutiva (López, 1993).

La teoría de separación-individuación propuesta por Mahler psicoanalista y pediatra austrohúngara, describe la relación madre-hijo enmarcada en un proceso de separación-individuación en el cual, a lo largo de 3 fases, el niño parte de un estado inicial

de poca respuesta a estímulos externos (fase autista) a estar fusionado con la madre (fase simbiótica) para progresivamente construir un Yo diferenciado del Yo de la madre (fase de separación-individuación).

TABLA 1.1 Fases del proceso de separación-individuación del niño propuesto por Mahler.

FASE		RANGO DE EDAD	CARACTERÍSTICAS
Autismo Normal		0-1 mes	Da lugar al proceso de maternaje que favorece el desplazamiento gradual de la energía del interior del cuerpo del bebé (sobre todos los órganos abdominales) hacia la periferia, aumentando así la sensibilidad a los estímulos exteriores.
Simbiosis Normal		2-3 meses	Madre e hijo forman una unidad dual y no hay diferencia entre el Yo y el no Yo. Se realiza la transición de una organización biológica a una psicobiológica.
Separación Individuación	Diferenciación	4-8 meses	Intentos iniciales de separación: exploración sensorial del ambiente externo: frecuente comprobación de la presencia de la madre.
	Práctica	9-15/18 meses	La locomoción permite mayor exploración del mundo y una creciente separación temporal de la madre.
	Reacercamiento o Aproximación	15-24 meses	Conflicto entre la independencia y la dependencia: la criatura desea estar con la madre, pero teme ser absorbido por ella.
	Individualidad y Constancia Objetal	24 meses en adelante	Desarrollo del sentido permanente del Yo y representaciones emocionales y mentales de los demás.

Fuente: Elaboración personal a partir de la revisión de Mahler (1984).

Mahler nombró al nacimiento psicológico del niño proceso de separación-individuación, para el cual concedió gran importancia al contacto corporal entre la madre y su hijo al señalar que las primacías del Yo corporal se elaboran en relación con el cuerpo de la madre y los inicios de la diferenciación se realizan por extensión, gracias a que el niño modifica gradualmente su comportamiento en función de su madre ajustándose a ella. De ese modo, en la fase simbiótica el niño se separa físicamente de su madre, pero siempre sujetándose a ella, mientras que en la fase de separación-individuación la bipedestación sin apoyo posibilita una distancia óptima de interacción madre-hijo que le permite al niño explorar el mundo, pero en proximidad a su madre. La separación implica la evolución hacia la diferenciación, el distanciamiento la formación de límites y la desvinculación con la madre. Sin embargo, para que este proceso ocurra es crucial la mediación de la madre: su disponibilidad física y emocional en adaptación a

la evolución del niño. Por ejemplo, el niño en vías de individualización con una madre ansiosa, inconstante e imprevisible no podrá hacer contrapruebas perceptivas y emocionales tranquilizantes y la estructuración de su desarrollo puede perturbarse (Mahler, 1984). De ese modo, la teoría de separación-individuación de Mahler atribuye la formación psicológica del niño a la relación con su madre, su cercanía y su lejanía gradual.

Otra teoría que abordó el proceso de separación-individuación del niño en relación a la figura materna fue la propuesta por Winnicott, psicoanalista inglés que describió la relación madre-hijo concediendo gran importancia a la función materna y a los Objetos Transicionales considerando que el bebé parte de un estado inicial de indiferenciación en el cual no tiene noción de sí mismo. En relación con el papel de la madre Winnicott (1971) resalta 3 tipos de rol materno que posibilitan la estructuración de un Yo diferenciado del Yo de la madre:

- **Madre sostén:** aquella que es empática con su bebé y al amamantarlo le transmite amor, confianza y apoyo, de tal modo que durante la lactancia materna el bebé experimenta la primera gratificación instintiva (la succión) a partir de la cual construye la primera relación objetal de su vida con el pecho de su madre experimentando la ilusión de “crear” la leche de la madre con su llanto.
- **Madre que manipula y capta:** aquella que no adivina sino comprende las necesidades de su bebé. Su trato permite la diferenciación del Yo del No-Yo a través del conocimiento y simbolización del esquema corporal. Para ambos aspectos, será importante la no mecanicidad del trato de la madre hacia el bebé.
- **Madre facilitadora:** aquella que con su trato introduce al niño en el mundo, permitiendo y favoreciendo en él una creciente capacidad de relacionarse con otros. Su trato permite la estructuración del Yo observándose una progresiva

capacidad del niño para estar solo, al reconocer gradualmente la soledad como una experiencia natural humana e incluso positiva o constructiva.

Winnicott explicó que para favorecer el proceso de separación-individuación del niño la madre debe fungir con los 3 roles maternos, además de cumplir una función de espejo; primero, la madre tiene que identificarse con su bebé para que surja en ella la preocupación maternal primaria sin que se interrumpa por reacciones a intromisiones exteriores y posteriormente, al ofrecerle un ambiente favorable para su desarrollo, el Yo de la madre cumple una función de soporte al Yo del niño todavía no constituido. Para muchas madres no es fácil desempeñar este papel, por lo cual reflejan su propio estado de ánimo y la rigidez de sus propias defensas e incluso, no responden a las señales que su bebé les envía. Por tanto, se atrofia la capacidad creativa del niño que no tiene ningún reflejo de sí mismo tornándose imposible el comienzo de un intercambio con el mundo exterior. La angustia más precoz tiene que ver con la inseguridad y la ansiedad provocada por algún defecto en la técnica de los cuidados que se le dan al bebé, por ejemplo, la carencia de cuidados maternos constantes e indispensables. Por ello, Winnicott enfatizó la importancia de la seguridad del niño en la continuidad de la existencia de la madre, para una experiencia positiva de soledad durante un tiempo limitado. Entonces, será posible observar una alternancia entre tiempos de compañía y soledad que el niño progresivamente tolerará mejor, a la vez que la soledad se tornará un espacio de descanso, reposo, fortalecimiento del Yo y descubrimiento de su vida personal. Esa relación con el Yo será una de las bases para la amistad y la matriz de la transferencia (Betancourt et al., 2007).

No obstante, el proceso de individuación-separación del niño con respecto de su madre, implica tensión y displacer que suelen ser sobrellevados por el niño a través de los Objetos Transicionales como aquellos objetos (muñecos de felpa, frazadas, etc.) a los que el niño a veces imprime su marca personal (mordidas, rayones, etc.) y que, a modo de extensión o prolongación, le vinculan con su madre aliviando la distancia-soledad que experimenta cuando su madre no está presente (Winnicott, 1971).

La teoría de Winnicott propone que el niño construye independencia con respecto de la madre de modo progresivo, al evolucionar su capacidad de estar solo paralelamente con el establecimiento de relaciones interpersonales, adquiriendo así el sentido de la responsabilidad y la autonomía. Asimismo, al enfatizar la función materna categorizó el comportamiento materno y propuso que el potencial innato de un niño sólo puede “llegar a ser”, con cuidados maternos suficientemente buenos que despiertan en el bebé el placer de vivir y susciten el placer de las sensaciones y el autoerotismo del niño (como la afectividad dirigida hacia él mismo), ya que la tendencia innata al placer es variable de un ser a otro y sin la madre, la tendencia al placer no puede tomarle la delantera a otras tendencias “tanáticas” (Winnicott, 1971).

Otra aproximación teórico-metodológica que demostró la importancia de la relación madre-hijo desde la perspectiva psicoanalítica fue la propuesta por Spitz, médico alemán interesado en el desarrollo infantil normal y perturbado. Spitz (1969) basó sus investigaciones en la observación del comportamiento infantil señalando 3 principios de organización de la relación del niño con el mundo en función de su nivel de desarrollo:

- 1. La Respuesta Sonriente.** A los 3 meses de edad, los niños son capaces de responder ante el rostro humano con una sonrisa, a modo de estímulo desencadenante o Gestalt (frente, ojos, nariz y boca) mostrado de frente y en movimiento ya que, si es mostrado de perfil la respuesta sonriente cesa inmediatamente. Señaló que a esta edad los niños cursan un estadio pre-objetal, por lo que el rostro humano no es un objeto de verdad (no reconoce cualidades ni atributos propios del objeto que atiende sus necesidades, que lo protege y lo satisface) y no hay todavía individualidad en la elección; sonríen ante cualquier rostro incluidas las caretas. No obstante, esta sonrisa es la primera manifestación de conducta activa y dirigida del bebé.

2. **Angustia de Separación.** Entre el 6° y 8° mes de edad, los niños discriminan entre propios y extraños y cuando un desconocido se acerca activamente, responden con angustia (lloran, se ocultan, etc.). La angustia no es motivada por experiencias previas negativas con desconocidos sino porque ese rostro no corresponde al de la madre. Así, los niños poco a poco pasan de una sonrisa indiferenciada a la elección objetal del rostro de la madre: transformó lo que era una Gestalt signo en su objeto de amor individual y único, al dotarlo con cualidades esenciales en el curso del intercambio mutuo entre la madre y el hijo.

3. **Comunicación Semántica.** Debido a la locomoción y la creciente capacidad de desplazamiento autónomo del niño, la madre al valerse del gesto y la palabra para frenar la conducta y proteger al niño de situaciones potenciales de peligro, da lugar a la comprensión progresiva de las prohibiciones por parte del niño (por ejemplo, el movimiento negativo de cabeza: primer gesto semántico del niño) y la emergencia de los primeros indicios de los fenómenos de identificación.

Spitz consideró estas conductas como organizadores del desarrollo, debido a que ocurren en un periodo crítico en el que se unen procesos de maduración fisiológicos y cognitivos con procesos sociales, dando lugar a una estructura psíquica nueva. Cuando un equipo innato está a disposición del bebé desde el primer momento de vida, este ha de ser activado por la chispa vital conferida por los intercambios con otro ser humano, un congénere o con la madre y que nada que no sea una relación recíproca, puede hacerlo. La retroalimentación recíproca dentro de la diada, entre la madre y el hijo y viceversa, es un flujo continuo donde el afecto desempeña el papel principal. No obstante, reconoció que la diada es básicamente asimétrica: lo que la madre contribuye a la relación es completamente diferente de aquello con que contribuye el niño. Así, cada uno de ellos es el complemento del otro: mientras la madre proporciona lo que él bebé necesita, a su vez él bebé proporciona lo que necesita la madre (Spitz, 1969).

Al estudiar el desarrollo infantil en niños de orfanato, demostró como la privación de una madre amorosa en los bebés, pese a recibir cuidados físicos elementales (alimentación, higiene, vestido), la falta de la satisfacción de sus necesidades emocionales (hablarle, sonreírle, acunarlo en brazos), provoca alteraciones en su desarrollo, cuadro clínico que denominó depresión anaclítica. Los niños con tres meses o más de privación materna durante el primer año de edad, exhibían conductas estereotipadas de autoestimulación sensorial, facies inexpresivas y rígidas, mirada perdida, retraimiento, poco llanto y aletargamiento. Si después de tres o cuatro meses de privación materna, la madre regresaba o se conseguía un sustituto materno aceptable, el niño se sobreponía. Sin embargo, si la privación materna continuaba los niños perdían paulatinamente el apetito, algunos presentaban alteraciones del sueño, se resfriaban con frecuencia o contraían cualquier infección por lo que en su mayoría no llegaban a los 2 años de vida (Spitz, 1969).

La propuesta teórica de Spitz sobre la privación materna y la depresión anaclítica, demostró la importancia de relacionarse con una madre que provee alimento físico, pero también psicológico y emocional para el desarrollo infantil, señalando a su vez, que también los determinantes culturales de la diada son relevantes, por ejemplo, la forma en que está regulado el contacto madre-hijo por tradiciones culturales diferentes. Por ello, consideró que investigaciones cuidadosas de las consecuencias de las relaciones madre-hijo, modificadas en varias culturas, prometían aportar información valiosa. Mostrarían en primer lugar lo que no se debe hacer, sugerencias de prevención, cómo evitar condiciones desfavorables y establecer condiciones más favorables de crianza y educación de los niños.

En resumen, el psicoanálisis enfatizó la importancia del vínculo con una madre afectuosa, presente y disponible, que favoreciera la construcción de un YO del niño separado del Yo de la madre (procesos de separación-individuación), recalcó los efectos nocivos de la privación materna y cómo la personalidad del adulto es resultado de lo ocurrido durante la infancia con sus figuras parentales. Sin embargo, otros autores opinaron que el

psicoanálisis abusaba de los “mentalismos” acusando a sus teorías de estar cargadas de inferencias e interpretaciones personales del psicoanalista que no eran comprobables en la realidad observable. Por ello, otros psicólogos prefirieron estudiar las conductas observables, cómo estas se aprendían y por qué se mantenían en el tiempo.

1.2 Enfoque Conductista: J. B. Watson y B.F. Skinner

*“Denme una docena de infantes sanos, bien formados y mi propio mundo especificado para criarlos, y les garantizo que tomaré alguno al azar y lo capacitaré para convertirlo en cualquier tipo de especialista que seleccione: médico, abogado, artista, comerciante, y, sí, incluso limosnero o ladrón, sin importar sus talentos, inclinaciones, tendencias o habilidades”
(J.B. Watson, 1925, p.14)*

Skinner (1974) señaló que la psicología para esos años, había recurrido bastante al mentalismo o “psicologismo” (estados emocionales y mentales, como hechos mentales), a la fisiología (sistema nervioso, como un hecho físico) para señalar las causas del comportamiento humano, o caído en la mera descripción del comportamiento estudiando la estructura u organización del comportamiento en función del tiempo o la edad (por ejemplo, el desarrollo del comportamiento verbal del niño, sus estrategias de solución de problemas, la secuencia de etapas, etc.) por lo cual, una verdadera ciencia del comportamiento humano debería evitar el “mentalismo”, “estructuralismo” y “desarrollismo” yendo directamente a las causas físicas primeras, evitando los sentimientos y estados de la mente intermedios, lo que Max Meyer denominó “psicología del otro”; hechos que se pueden observar objetivamente en el comportamiento de una persona en relación con su historia ambiental previa.

Skinner consideraba que el psicoterapeuta que trataba de aportar comprensión a su paciente presumiblemente enfatizaba relaciones causales de las cuales su paciente aún no se había percatado y que el mismo Freud ejerció gran influencia poniendo el énfasis en los sentimientos para dar lugar a referencias de la historia personal. Por el

contrario, el análisis experimental del comportamiento va directamente a las causas antecedentes del ambiente (Skinner, 1974).

La perspectiva conductista sugiere que las claves para comprender el desarrollo son el comportamiento observable y los estímulos externos en el ambiente. Sus teorías rechazan la noción de etapas universales del desarrollo y suponen que las personas son afectadas por los estímulos ambientales a los que están expuestas. Entonces, los patrones de desarrollo son personales, en tanto que reflejan un conjunto particular de estímulos ambientales, y el comportamiento es resultado de la exposición continua a factores específicos en el ambiente. Incluso, el cambio en el desarrollo se ve en términos cuantitativos, más que cualitativos. Desde esta perspectiva, los avances en las capacidades de resolución de problemas conforme los niños crecen son principalmente el resultado de mayores capacidades mentales en lugar de cambios en el “tipo” de pensamiento que el niño es capaz de desarrollar para enfrentar un problema.

John B. Watson, autor emblemático del condicionamiento clásico creía firmemente que podría obtener una comprensión completa del desarrollo al estudiar cuidadosamente los estímulos que conformaban el ambiente y argumentó que, al controlar efectivamente el ambiente de una persona, era posible producir cualquier comportamiento. El condicionamiento clásico ocurre cuando un organismo aprende a responder en una forma particular ante un estímulo neutro, que normalmente no evoca ese tipo de respuesta. El trabajo de Ivan Pavlov así lo demuestra; si un perro se expone repetidamente al apareamiento de dos estímulos, como el sonido de una campana y la presentación de carne, aprende a reaccionar a la campana por sí sola en la misma forma en que reacciona ante la carne; el solo hecho de hacer sonar la campana provocará que el perro salive y mueva su cola con excitación. Los perros generalmente no reaccionan a las campanas de esta forma (el comportamiento es el resultado de la sustitución de estímulos). El mismo proceso de condicionamiento clásico explica cómo se aprenden las respuestas emocionales; por ejemplo, en el caso de la víctima de una mordedura de perro, un

estímulo se sustituyó por otro: la experiencia desagradable con un perro particular (el estímulo inicial) se transfirió a otros perros y a las mascotas en general.

Posteriormente, Skinner formuló el condicionamiento operante, el cual explica cómo los individuos aprenden a actuar deliberadamente en sus ambientes con la finalidad de obtener consecuencias deseadas, en cierto sentido, los niños “operan” sobre sus ambientes para obtener un estado de cosas deseado. Que los niños busquen repetir un comportamiento depende de si éste va seguido de un reforzamiento (proceso en que se provee un estímulo agradable), o por el contrario un castigo (la introducción de un estímulo desagradable, doloroso, o la eliminación de un estímulo deseable). De esa forma, el comportamiento que se refuerza tiene mayor probabilidad de repetirse en el futuro, mientras que el comportamiento que no recibe reforzamiento o se castiga es probable que se interrumpa llegando incluso a la extinción.

Pese a la utilidad de los principios del condicionamiento operante para la modificación conductual, una técnica formal para promover la frecuencia de los comportamientos deseables y reducir la incidencia de los indeseables en varias situaciones (por ejemplo, enseñar a los individuos con retraso severo), el conductismo recibió fuertes críticas entre las cuales Skinner (1974) menciona:

1. Ignora la conciencia, los sentimientos y los estados de la mente.
2. Formula el comportamiento simplemente como un conjunto de respuestas ante los estímulos, representando así a la persona como un autómatas, un robot, un títere o una máquina.
3. Desconoce las tendencias innatas y afirma que todo el comportamiento se adquiere durante la vida del individuo.
4. No intenta explicar los procesos cognoscitivos.
5. No da lugar a la intencionalidad o el propósito.
6. No puede explicar la realización creadora, por ejemplo, en el arte o en la música, la literatura, la ciencia o las matemáticas.

7. No le asigna un papel al yo o al sentido de sí mismo.
8. Se limita a la predicción y al control del comportamiento y no investiga la naturaleza esencial del ser humano.
9. Trabaja con animales, particularmente con ratas blancas, pero no con personas, y, por tanto, su descripción del comportamiento humano se reduce a los rasgos que el hombre comparte con los animales.
10. Es extremadamente simple y es ingenuo, y sus hechos son triviales o ya bien conocidos.
11. Si sus argumentos son válidos, deben aplicarse también al mismo científico del comportamiento y, por ende, lo que él dice es solamente aquello que él ha sido condicionado a decir y no puede ser cierto.
12. Deshumaniza al hombre; es reduccionista y destruye al hombre en cuanto hombre.
13. Solamente se interesa en principios generales, y por eso descuida la condición única del individuo.
14. Es antidemocrático por necesidad, porque la relación entre experimentador y sujeto es manipulativa, y, por tanto, sus resultados pueden ser utilizados por dictadores y no por los hombres de buena voluntad.
15. Considera ficciones las ideas abstractas tales como la moralidad o la justicia.
16. Es indiferente al calor y a la riqueza de la vida humana, e incompatible con la creación y la fruición del arte, la música y la literatura y con el afecto por el prójimo.

Ante estos y otros comentarios críticos, los conductistas argumentaron no estudiar el pensamiento y las emociones por considerarles “conducta encubierta”, mientras que otros psicólogos plantearon que las capacidades humanas son resultado de un bagaje innato que es pertinente tomar en cuenta al intentar explicar el desarrollo infantil.

1.3 Enfoque Innatista: Noam Chomsky.

Pese a la existencia de diversos tipos de innatismo, todos defienden la existencia de mecanismos a priori (que imponen posibilidades y limitaciones filogenéticas), que se desencadenan con la presencia necesaria de factores ambientales, rechazando una supremacía absoluta del medio siendo incompatibles con posturas teóricas como el conductismo (Urdanibia, 1979).

El innatismo tiene su origen en la antigua tesis epistemológica de Platón; lo que llamamos "conocer" no consiste en aprender algo que nos es totalmente desconocido, sino en recordar, mediante la estimulación de la experiencia sensible, algo que ya se conocía. Posteriormente, en la filosofía moderna recobró importancia a partir de la polémica entre racionalistas (encabezados por Descartes) y empiristas (en especial John Locke). Así, los racionalistas sostendrían que ciertas ideas son innatas y los empiristas que no existen conocimientos innatos y que todo saber se deriva de nuestra interacción con el mundo (Urdanibia, 1979; Ramos, 1992).

Chomsky conocido autor del innatismo, señaló que el aparato conceptual del conductismo era excesivamente pobre para dar cuenta de las complejidades del lenguaje humano. Al examinar el libro de "Verbal Behavior" indicó que Skinner extrapolaba arbitrariamente las nociones reforzador, castigo, estímulo, etc. hasta el punto de perder su significación; por ejemplo, mientras en la descripción del comportamiento de animales en ambientes experimentales se llama respuesta a una unidad discreta de comportamiento producida por cierta clase de estímulo, de tal manera que existe una conexión nomológica entre ambos (dado un estímulo de clase A es posible predecir una respuesta de clase B), Skinner también describe cualquier acto lingüístico como una "respuesta verbal" y denomina "estímulo" a cualquier objeto o evento externo que pueda afectar al sujeto. Asimismo, se ha establecido que existen muchos posibles errores gramaticales que los niños nunca cometen y existe cierta uniformidad en los errores que

se cometen en el proceso de aprendizaje, lo cual descarta que éste se realice mediante un simple procedimiento de ensayo y error (Ramos, 1992).

Los niños no aprenden, por ejemplo, el lenguaje primordialmente a través de una enseñanza explícita. Aunque ciertamente los padres y familiares le enseñan al niño algunas palabras y hacen ocasionales correcciones, este tipo de información lingüística explícita constituye la excepción y no la regla. En este tipo de consideraciones se funda, básicamente, el argumento de Chomsky acerca de la pobreza del estímulo; los datos lingüísticos con que cuenta un niño, en condiciones normales en el proceso de aprendizaje, son relativamente muy pobres con respecto a la riqueza del saber lingüístico que alcanza (Ramos, 1992).

La obra de Noam Chomsky y Fodor propone una serie de consideraciones psicolingüísticas, más o menos extensas, que llevan a la conclusión de que efectivamente deben existir en los seres humanos estructuras biológicas innatas que hacen posible, por ejemplo, la facultad del lenguaje (aunque ese hecho no implica necesariamente la realidad de las ideas innatas). Tratándose del desarrollo infantil, la cuestión es determinar qué tipo de estructuras cognitivas debe tener un ser humano para poder adquirir las capacidades que sabemos adquiere, teniendo a su disposición la clase de datos con los que normalmente está en contacto un infante humano (Ramos, 1992).

Chomsky propuso un “carácter generativo del lenguaje” y una “gramática universal” (principios lingüísticos innatos) como parte de una herencia biológica del humano. A partir del argumento de la pobreza del estímulo, estableció que todo el conocimiento lingüístico de un ser humano no proviene sólo de su interacción con los demás, (es decir, del aprendizaje) asumiendo que parte de tal conocimiento debería ser innato y que no existe un proceso de aprendizaje del lenguaje propiamente dicho, sino un proceso de “maduración biológica”, poniendo en duda incluso el concepto mismo de inteligencia. La dotación innata se caracteriza por la rigidez y no por su plasticidad; el papel asignado al equipo filogenético es el de ser la condición necesaria de todo

aprendizaje y, por ende, de toda conducta, el aprendizaje es mero desencadenador de los mecanismos innatos y los organismos presentaran resistencia a ciertos aprendizajes y modificaciones (Urdanibia,1979).

Sin embargo, el aprendizaje de habilidades humanas (lenguaje de señas y resolución de problemas) por chimpancés y otros animales debilita la tesis innatista. La evidencia no parece apoyar la existencia de una “gramática universal” por la enorme variabilidad de los lenguajes humanos. Se ha aludido a que en la gran mayoría de los idiomas el sujeto precede al objeto planteando este hecho como una regla innata de la “gramática universal” que en toda oración primero se especifique el sujeto de la acción y luego el objeto, pero existe una excepción del 2% de los lenguajes que, aunque mínima, debilita la posibilidad de que la regla sea parte de una herencia genética. Por otra parte, como señaló Anderson (1985) la razón por la que probablemente la categoría sujeta precede normalmente a la categoría objeto en las oraciones, es que los hablantes perciben que la acción se inicia con el agente (sujeto) y posteriormente afecta a un objeto. Wittgenstem explicaba como la estructura del lenguaje se corresponde con la estructura del mundo. Inclusive, el hecho de que categorías lingüísticas como sustantivo y verbo son prácticamente universales a todos los idiomas podría explicarse por el hecho de que el mundo en que vivimos está compuesto de objetos más o menos distinguibles y discretos, y de sucesos espacio-temporales medianamente separables (entre los cuales están las acciones), a los cuales se corresponden dichas categorías lingüísticas (Ramos, 1992).

Asimismo, existe evidencia experimental de que la enseñanza explícita del lenguaje a infantes no produce efectos duraderos. Luria y Yudovich en 1959 llevaron a cabo un programa de enseñanza intensivo del lenguaje materno en un grupo de niños y comparaban su progreso con el de sus mellizos no sometidos a tal programa, reportándose una diferencia considerable a los 3 meses después de iniciado el programa pero que fue reduciéndose con el paso del tiempo, existiendo una tendencia de los no entrenados a "alcanzar" a los entrenados. Fodor, Bever y Ganett en 1974 señalaron que

este fenómeno (efectos visibles del entrenamiento a corto plazo que van diluyéndose progresivamente) es típico de las facultades genotípicamente determinadas tales como las facultades motoras (caminar, escalar, etc.). Además, en pruebas de repetición de oraciones, los niños “mongólicos” cometen errores similares a los niños de edad mental equivalente; no cometen errores extravagantes y aunque tienen un desarrollo lingüístico más lento que el normal, parecen pasar por las mismas etapas que los demás. Por su parte, Lackner en 1968 trabajando con niños severamente retardados, estableció que las estructuras lingüísticas que éstos manejan son esencialmente las mismas que las de niños normales de edad mental equivalente (Ramos, 1992).

Respecto a las emociones, los innatistas les abordaron desde un instinto de agresión-territorialidad como resultado de la herencia animal relacionada al “viejo cerebro reptiliano”, o con los tiempos de la encefalización y hominización relacionándolo al “nuevo cerebro mamífero” (neocórtex) que se desarrolló a lo largo de la evolución depredadora y agresión mortal a congéneres (ambas propuestas se exponen en los escritos de los agresionistas innatos). Incluso, para abordar la activación de las emociones, retomaron un modelo hidráulico que los etólogos denominaron “mecanismo desencadenador innato”; el aumento de motivación corresponde a una acumulación de energía específica de cada instinto y cuando la energía específica fluye por el “desagüe” se desencadena actividad motora en el organismo, explicando que las posibles formas de abrir “la válvula” del “desagüe” son: a) por intensidad del estímulo, b) por la presión del líquido o energía específica que por sí misma efectúa por empuje la retirada de la válvula y da camino libre a la salida de la energía acumulada (actividad de vacío) y c) quizás la energía puede fluir por encima de la tapa del tanque y en alguna otra pauta de acción fija (actividad de desplazamiento) (Urdanibia, 1979).

El modelo hidráulico de Lorenz se encontraría como base de toda conducta animal y humana. La energía de agresión se acumularía hasta que la presión ejercida sobre “la válvula” se hiciera sentir de forma suficiente o hasta que el estímulo actuara de forma conveniente sobre “la válvula” cerrada, por desbordamiento o por cualquier mezcla de

tales posibilidades. Lo que está claro es que la energía no puede permanecer acumulada indefinidamente, sino que, por el contrario, necesariamente tendrá que descargarse en forma de actividad motora (por ejemplo, agresiva). Los “agresionistas innatos” supusieron que los modernos descubrimientos de neurofisiología apoyarían la doctrina del determinismo instintivo, e incluso intentaron reformular el modelo hidráulico en términos fisiológicos (Urdanibia, 1979).

Sin embargo, en el cerebro no hay “centros” pero si algo aproximado; existen un gran número de actividades “circunscritas” en el cerebro, pero sin caer en conductas concretas determinadas, siendo posibles mediante la estimulación y el aprendizaje. Además, la extirpación de ciertas zonas no suprime sólo la violencia o la agresión, sino también diversas funciones superiores. El que desaparezcan conductas agresivas tras una lobotomía no permite la conclusión de que existen estructuras neurológicas organizadas innatamente para la agresión o de que el mecanismo desencadenador innato se dispara automáticamente ante la presencia del estímulo adecuado (o aún sin su presencia). Aun retomando la idea de Lorenz sobre un soporte material del instinto de la agresión y territorialidad ubicado en el “viejo cerebro” se olvida el papel inhibitor y remodelador del córtex y su funcionamiento integrado. El “viejo cerebro” no tiene un funcionamiento autónomo y gracias a la encefalización “la necesidad de regresar y utilizar centros filogenéticamente viejos se ha perdido”, así, desde el enfoque de la plasticidad cerebral y la encefalización se afirma que “nos convertimos, dentro de nuestras limitaciones genéticas, en lo que aprendemos a ser” (Urdanibia, 1979).

Además, si bien para que se desencadene cierto tipo de conducta es necesaria la presencia de un estímulo adecuado aún hay más, ya que no hay conducta agresiva en el vacío. En la conducta animal y humana no hay reacción automática, sino operaciones de evaluación de las variables situacionales y respuesta acorde a la valoración efectuada. Dada una experiencia acumulada y un estímulo que ofrezca garantías, el mecanismo innato desencadena sus estrategias (variables frecuentemente). La interacción de genes y medios está presente en todos los rasgos de conducta. Los genes influyen en la

expresión de un rasgo, mientras que los genes son influidos por el medio. Es cierto que la estimulación cerebral puede evidentemente aumentar el estado de agresividad, sin embargo, la agresión efectiva adopta sus formas y sus desencadenamientos de forma inteligente; en ella juega un papel de suma importancia la experiencia acumulada por el organismo, así como su posición en la organización social y otros factores de orden ambiental (Urdanibia,1979).

Si bien, el innatismo enfatiza una tendencia biológica de especie para la adquisición de conductas, también existe evidencia de que hay un “periodo crítico” para el aprendizaje, de manera que si un niño no aprende ciertas habilidades en un período específico de tiempo, entonces nunca podrá llegar a dominarlas por completo. La existencia de un período crítico y la lateralización de los hemisferios cerebrales sugiere que existe una base biológica para las facultades humanas, que están fundadas en elementos biológicos, pero no son totalmente innatas. Es muy distinto suponer que se requieren ciertas estructuras cerebrales para poder aprender el lenguaje, la motricidad, etc. a suponer que se requiere cierta información innata (como las ideas innatas de Descartes) que completen la información que recibimos en interacción con el medio: al hacer una analogía entre las estructuras lingüísticas innatas y los sistemas anatómicos humanos tales como el sistema visual, el sistema respiratorio, etc. Chomsky negó esta diferencia (Ramos, 1992). Además, los diversos estudios de caso de “niños salvajes” apoyan la existencia de periodos críticos y sensibles del desarrollo infantil evidenciando que pertenecer a la especie humana no garantiza la adquisición de habilidades humanas.

1.4 Enfoque Maduracionista: Arnold Gesell

En el tiempo entre las dos guerras mundiales dominaron en la psicología del desarrollo dos tendencias contrapuestas: 1) la acumulación de datos sin teoría y 2) autores que decidieron estudiar de manera cuidadosa distintos aspectos de desarrollo infantil de una forma descriptiva sin preocuparse por esclarecer sus posiciones teóricas que, aunque ocultas, están siempre presentes pues no se puede investigar sin una

perspectiva teórica. Uno de esos autores fue Arnold Gesell pediatra y psicólogo (autor emblemático del maduracionismo) quién llevo a cabo numerosos inventarios del desarrollo infantil dando gran peso a los factores del desarrollo con base biológica; desde factores hereditarios de carácter general ligados a la especie, como los más específicos (Delval, 1999).

Gesell propuso categorías descriptivas para explicar diferentes fases de la infancia (al igual que Freud y Piaget). Planteando la noción de estadio, concepto importante ampliamente utilizado relacionado al desarrollo madurativo del niño, Gesell sentó las bases para la evaluación y el diseño de intervenciones en la Atención Temprana.

Gesell fue director de un centro de estudio de la infancia y apoyado por el Fondo de Laura Spelman Rockefeller Memorial, dirigió amplios estudios de las habilidades en el desarrollo normal del niño, las habilidades de los jóvenes con Síndrome de Down y de los logros en el desarrollo de los niños prematuros o que sufrieron daños en el periodo perinatal (Gesell, 1928). Como una figura dominante en el campo de la evaluación del desarrollo infantil sus métodos de observación produjeron una gran riqueza de datos que influyeron en la construcción de instrumentos de valoración del desarrollo infantil; escalas ordinales donde se evalúa la adquisición de habilidades correspondientes según una secuencia de conductas esperadas a cierta edad (Delval, 1999). Creía firmemente en la primacía de la determinación biológica con respecto a los procesos madurativos desdeñando el “relativo” impacto de la experiencia sobre los procesos de desarrollo. Consideraba que la herencia protege el desarrollo del niño de las malas prácticas y de la pésima instrucción que potencialmente, pudiera recibir de sus cuidadores. Bajo esa lógica, según Gesell los bebés se encontrarían bastante protegidos por sus sistemas psicobiológicos y por la tendencia interna a alcanzar unos niveles óptimos de desarrollo, sin que en este proceso pudieran intervenir las prácticas educativas y/ o de crianza (Rodríguez, 2014).

Asimismo, entre las aportaciones destacadas del autor a la Atención Temprana esta la direccionalidad del desarrollo como resultado de la maduración a partir de la ley céfalo-caudal y la ley próximo-distal, que describen tanto a la formación de estructuras como a la adquisición de habilidades desde la vida intrauterina). Además, su diseño de la “cámara de Gesell” ha permitido la observación, evaluación e intervención sobre el comportamiento humano sin afectar la conducta natural de las personas por la presencia de un extraño o el saberse observadas (Rodríguez, 2014).

Gesell consideró que el desarrollo se produce en espiral; que los diferentes estadios no se suceden de forma claramente delimitada y que es habitual encontrar retrocesos parciales a tipos de actividades anteriores y reincorporaciones de viejos esquemas a actividades nuevas. Sin embargo, cada etapa comprende comportamientos específicos que son rasgos de madurez y las estructuras de comportamiento que se pueden recoger en cada una de estas etapas se refieren a diferentes áreas: comportamiento motor, adaptativo, verbal, personal y social (Pérez et al., 2001).

En resumen, el punto de vista maduracionista de Gesell y su identificación de “hitos motores del desarrollo” (conductas pilares que marcan en patrón normal de especie y sientan las bases de conductas posteriores), generó un modelo lineal de desarrollo humano que fue utilizado por los clínicos para predecir resultados a largo plazo (basándose en la tasa de adquisición de determinados hitos en la primera infancia). Si bien Gesell desarrolló sus ideas e investigaciones sobre el desarrollo humano al mismo tiempo que Watson defendía el ambientalismo como responsable del desarrollo del niño sus planteamientos se alejaron bastante de las premisas defendidas por Watson, aportando un mayor conocimiento sobre el desarrollo evolutivo/normativo del niño (Rodríguez, 2014). Sin embargo, ni los psicoanalistas, conductistas, innatistas o maduracionistas, habían propuesto una teoría que planteara a los niños como constructores activos de su desarrollo capaz de explicar el desarrollo de la inteligencia humana desde el nacimiento hasta la vida adulta.

1.5 Enfoque Cognitivo y Metacognitivo: Jean Piaget y J.H. Flavell

“Quien estudia a Piaget, nunca podrá mirar del mismo modo a los niños”

(Flavell, 1968)

La aproximación teórico-metodológica de Jean Piaget biólogo y psicólogo suizo, padre fundador de la Epistemología Genética o Psicogénesis, es clave en el campo de la psicología educativa y del desarrollo. El interés central de Piaget fue la adquisición del conocimiento en el niño y los procesos cognoscitivos implicados, como la socialización, la afectividad y el juego.

Delval (2012) señala que Piaget planteó el desarrollo intelectual infantil como un proceso evolutivo de conductas de complejidad creciente a partir de conductas elementales (innatas), con el objetivo de adaptarse a las demandas del medio, a lo largo de 4 grandes estadios o periodos: 1) sensoriomotriz, 2) preoperacional, 3) de operaciones concretas y 4) de operaciones formales. La noción de estadio formulada por Piaget refiere a cortes naturales en el seno de una evolución continua, por lo que cumplen los siguientes requisitos:

- El orden de sucesión de las adquisiciones es constante.
- Las adquisiciones tienen un carácter integrativo (pasan a formar parte de la edad siguiente).
- El estadio no está caracterizado por una yuxtaposición de propiedades extrañas, sino que existe una estructura de conjunto.
- Un estadio implica en nivel de preparación y otro de completamiento.
- Es necesario distinguir en toda sucesión de estadios los procesos de formación o de génesis y las formas de equilibrios finales.

A lo largo de los 4 estadios del desarrollo propuestos por Piaget, la interacción que el niño establece con sus padres y cuidadores se puede plantear en dos sentidos: 1)

como aquellos intercambios que el niño (como sujeto activo) es capaz de sostener con su medio y 2) como aquellas influencias del medio que, a modo de estímulos, a través de las invariantes del desarrollo (asimilación, acomodación y equilibración) impactan el desarrollo infantil. De ese modo, la interacción madre-hijo o cuidador-niño, interviene en el desarrollo infantil como un proceso evolutivo y de construcción desde el nacimiento.

Respecto a la relación entre el desarrollo afectivo y cognitivo, la teoría piagetiana propone que son irreducibles y complementarios existiendo un paralelismo entre sus respectivas evoluciones a lo largo del desarrollo infantil. Planteó que el conjunto de progresos afectivos es solidario a la estructuración general de las conductas, sugiriendo la posibilidad de extender a todos los procesos adaptativos propuestos para la cognición, la emergencia de funciones tales como la comunicación, la modulación de los afectos, el control de las excitaciones, la posibilidad de diferir las reacciones, etc. Igualmente, afirmó que los aspectos afectivos, sociales y cognoscitivos de la conducta son indisociables (Piaget e Inhelder, 1984). Además, Piaget señaló la dificultad de los niños para considerar el razonamiento de otros y cuestionar sus propios razonamientos, característica que denominó egocentrismo variando su forma de expresión, su grado de intensidad y limitación que impone a las operaciones cognitivas, sociales y afectivas del niño (Piaget, 1961).

A continuación, se describe brevemente la evolución de la afectividad durante el periodo sensoriomotor (estadio propuesto por Piaget, para los 2 primeros años de vida) y sus implicaciones en la interacción del niño con sus padres y cuidadores, ya que el desarrollo alcanzado durante el primer año de vida es base de las demás interacciones que el niño establecerá con el medio.

Periodo Sensoriomotor

Piaget e Inhelder (1984) advirtieron que el estudio de la afectividad del lactante es mucho más difícil que el estudio de sus funciones cognoscitivas porque es mayor el riesgo del adultomorfismo. Detectando que la afectividad de los niveles sensoriomotores

procede de un estado de indiferenciación entre el yo, el entorno físico y el humano (debido al esquematismo cognoscitivo que parte de un estado inicial centrado sobre la acción del propio cuerpo sobre los objetos) describieron 3 fases (con 6 subfases):

- I. **El dualismo inicial.** Los afectos de los estadios sensoriomotrices I y II, se inscriben en un contexto donde no existe conciencia del Yo por lo que no hay frontera entre el mundo interior y el conjunto de las realidades exteriores. Como el Yo continua inconsciente de sí mismo (indiferenciado), toda la afectividad queda centrada sobre el cuerpo y la acción propios ya que solo una disociación del Yo y de los Otros (o del no-Yo) permite la descentración tanto afectiva como cognoscitiva. El lactante está en un estado narcisista de centración inconsciente por indiferenciación. La afectividad observable del lactante radica en la búsqueda de los estímulos agradables y evitación de los desagradables. Uno de los comportamientos más estudiados de la satisfacción en esta etapa es la sonrisa, primero fisiológica ligada a estados de satisfacción de las necesidades y después un medio de contagio e intercambio y consecuentemente, un medio de diferenciación de personas y cosas.

- II. **Reacciones Intermedias.** Durante los estadios sensoriomotrices III y IV, las conductas del lactante aumentan en complejidad y se multiplican las satisfacciones psicológicas que se añaden a las satisfacciones orgánicas. Gracias a la imitación, a la lectura de los indicios gesticulares y mímicos, se construye todo un sistema de intercambios entre el niño y el adulto, anunciándose el paso del contagio a la comunicación. Así, el niño comenzará a reaccionar ante las personas de modo más específico porque estas actúan de otra manera que las cosas bajo esquemas que se pueden relacionar con la acción propia del infante. De ese modo, antes o después, se establecerá una especie de causalidad relativa a las personas por proporcionar placer, confortación, tranquilidad, seguridad, etc.

III. **Las Relaciones “Objetales”**. Durante los estadios V y VI (con preparación del estadio IV) ocurre la elección del objeto afectivo. La aparición de las relaciones objetales son señal de una doble constitución: 1) de un yo diferenciado del otro y 2) del otro que se convierte en objeto de afectividad, gracias a la descentración afectiva de la cognoscitiva sin dominancia alguna, en un proceso conjunto.

A través de estas 3 fases del periodo sensoriomotriz, el niño parte de un estado inicial de indiferenciación en el cual es egocentrista en relación con su cuerpo; no distingue su cuerpo de los objetos y su pensamiento es la acción misma, es decir, piensa el ejecutar acciones motrices. Asimismo, el niño es egocentrista porque no actúa socialmente (Wadsworth, 1991), parte de un estado inicial afectivo y cognoscitivo de centración pero paulatinamente construye un universo objetivo y descentrado. Al final de este periodo, la afectividad se complejiza a través de un conjunto de intercambios entre el yo diferenciado, las personas (sentimientos interindividuales) y las cosas (de interés variado, según el subnivel sensoriomotor) y el establecimiento de las relaciones objetales a nivel sensoriomotriz es debido, ante todo, a una necesidad de seguridad (Piaget e Inhelder, 1984).

Finalmente, Piaget explicó que la capacidad de representación por la función semiótica es tan importante para el desarrollo cognoscitivo como para el desarrollo de la afectividad y las relaciones sociales; con la imagen mental, la memoria de evocación, el juego simbólico y el lenguaje, el objeto afectivo es evocable y no depende del contacto directo, está siempre presente y actúa durante su ausencia física. A partir de entonces, se forman nuevos afectos bajo la forma de simpatías, antipatías y una valorización duradera de sí mismo (Piaget e Inhelder, 1984).

Otro autor cognoscitivo fue Flavell quien acuñó el concepto de Metacognición, para señalar que las personas son capaces de elaborar cogniciones sobre sus propias cogniciones, es decir, que las personas son capaces de analizar sus procesos cognitivos y cómo es que aprenden. Flavell (1979) explica que la metacognición se integra de:

- 1. Experiencias metacognitivas:** experiencias cognitivas-afectivas conscientes que acompañan a la actividad intelectual (por ejemplo, la sensación repentina de no comprender algo que otra persona acaba de decir). Pueden ser breves y simples (por ejemplo, sensación momentánea de perplejidad que luego ignoran). También pueden ser prolongadas y complejas (por ejemplo, preguntarse por algún tiempo si realmente comprende lo que otra persona está diciendo). Pueden ser antes y después (por ejemplo, sentir que es probable que falle en alguna actividad futura o que realmente lo hizo muy bien en alguna anterior). Estas experiencias cognitivo-afectivas son altamente probables en situaciones que estimulan el pensamiento cuidadoso, altamente consciente, novedosas, de alta excitabilidad afectiva, de acciones pasadas y arriesgadas ligadas a un control de calidad (planeación previa y evaluación posterior) por ejemplo, cuando se lucha con algún problema persistente y de repente se recuerda otro problema muy parecido que se resolvió de “x” manera.
- 2. Objetivos o Tarea:** objetivos de una actividad cognitiva autoimpuestos o impuestos externamente (por ejemplo, un niño necesita aprender que la cantidad y calidad de la información disponible, a veces, puede ser insuficiente para garantizar juicios seguros sobre cómo es realmente otra persona). Lo anterior se relaciona a la cantidad de información disponible, que puede ser abundante o insuficiente, familiar o desconocida, redundante o densamente empaquetada, bien o mal organizada, entregada de esta manera o a ese ritmo, interesante o aburrida, confiable o no confiable (un ejemplo, saber que algunas tareas cognitivas son más exigentes y difíciles que otras, incluso con la misma información disponible; es más fácil recordar la esencia de una historia que su redacción exacta).
- 3. Acciones o Estrategias:** son cogniciones u otros comportamientos para lograr objetivos cognitivos, distinguiendo su efectividad según objetivos (incluso secundarios y según la tarea), por ejemplo, un niño puede llegar a creer, que una

buena manera de aprender y retener muchos cuerpos de información es memorizar. Cabe señalar que es preciso distinguir estrategias cognitivas (un ejemplo, parafrasear) de las metacognitivas es decir para monitoreo del proceso cognitivo (por ejemplo, plantearse preguntas).

- 4. Conocimiento Metacognitivo:** refiere al segmento de conocimiento almacenado, de activación voluntaria e involuntaria. Un ejemplo, es la creencia de una niña que, a diferencia de muchos de sus amigos, es mejor en aritmética que en ortografía. A partir de 3 elementos y su interacción (persona-actividad-estrategia), la mayoría del conocimiento metacognitivo refiere a combinaciones; podría creer que usted (a diferencia de su hermano) debería usar la Estrategia A (en lugar de la Estrategia B) en la Tarea X (en contraste con la Tarea Y). Este tipo de conocimiento conduce a la persona a seleccionar, evaluar, revisar y abandonar tareas cognitivas, objetivos y estrategias por interacción de las propias habilidades e intereses con respecto a esa empresa. Conduce a una amplia variedad de experiencias metacognitivas relacionadas con uno mismo, tareas, objetivos y estrategias y ayudar a interpretar su significado.

Leyendo a Flavell (1979), podemos rescatar como la metacognición abarca lo que podemos pensar de nosotros mismos y otras personas como procesadores cognitivos generándose: 1) diferencias intraindividuales (un ejemplo, la creencia de que puede aprender la mayoría de las cosas mejor escuchando que leyendo), 2) diferencias interindividuales (por ejemplo, creencia que uno de sus amigos es más sensible socialmente que otro) y 3) diferencias universales (creencias sobre las propiedades universales de la cognición: si no se pone cuidadosa atención, no hay comprensión, incluso a veces poniendo cuidado). A partir de lo anterior, Flavell sugirió investigar la metacognición en la Infancia.

Un niño en un inicio solo distingue entre comprender y no comprender, que hay situaciones que te hacen sentir perplejo confundido, incapaz de actuar, inseguro, otras

veces no se sienten así, y posteriormente alcanza una comprensión clara, ilusoria, inexacta, precisa o real sobre algo. Sin embargo, para no solo catalogar las carencias e insuficiencia metacognitivas del niño pequeño, es necesario descubrir las competencias iniciales que sirven como bloques de construcción para adquisiciones posteriores y analizar los factores que intervienen para la comprensión (pre-juicios personales, afecto intenso, enfermedad física o mental, etc.), con la intención de diseñar métodos para enseñar a los niños (y adultos) a tomar decisiones de vida sabias y reflexivas, así como a comprender y aprender mejor (Flavell, 1979).

En síntesis, para dialogar sobre el nacimiento y la construcción de la inteligencia humana, la teoría piagetiana da cuenta del cómo se origina la inteligencia a partir del control que el lactante logra de su cuerpo para explorar el medio ambiente y los objetos, descubriendo propiedades de los objetos y del entorno que constituirán las primeras cogniciones en la infancia. Además, gracias a los conceptos de asimilación y acomodación, Piaget explica un aprendizaje más complejo que el planteado por el conductismo, asimismo considera al niño como un sujeto activo de su conocimiento. Por su parte, si bien Flavell, no trabajó con niños muy pequeños, tampoco indicó que sus aportaciones fueran exclusivas a niños de cierto rango de edad, por lo cual, la idea de una proto-cognición afectiva (o lectura del estado emocional de sí mismo o estado de conocimiento sobre algo) puede vincularse a algunos elementos de la metacognición acuñada por Flavell, lo cual a posteriori se relaciona con la construcción de la identidad, autoimagen, autoeficacia, autoestima y autoconcepto desde edades muy tempranas (por ejemplo, 24 meses de vida). La idea de una proto-metacognición no sería imposible.

Otro autor que como Piaget, fue constructivista y anti reduccionista, que creía en los cambios cualitativos a nivel cognoscitivo en el desarrollo fue Vygotsky, psicólogo ruso que estuvo siempre atento a la obra de sus contemporáneos, leyó la obra de Piaget elogió y criticó varios aspectos; opinó que era una las teorías del desarrollo del lenguaje y del pensamiento más completas (con fortalezas en la obtención de nuevos datos empíricos, la cultura científica del hecho psicológico, su análisis detallado, la clasificación de los

materiales, el nuevo método clínico), pero no estaba satisfecho con la concepción del egocentrismo infantil, el lenguaje egocéntrico y la extrema diferenciación entre los conceptos espontáneos y los conceptos científicos, proponiendo que el saber cotidiano y el científico siguen cursos de desarrollo diferentes, por lo cual coexisten mutuamente (Raynaudo y Peralta, 2017). De ese modo, además de los procesos cognoscitivos y emocionales, Vygotsky se interesó en estudiar cómo los factores sociales y culturales impactan el comportamiento humano y el desarrollo infantil.

1.6 Enfoque Interaccionista: Lev Vygotsky.

Vygotsky es considerado esencialmente un psicólogo de la edad infantil, y despojado de muchos matices, se le incluye en esa corriente de pensamiento occidental en la que sobresalen figuras como Stern, Guillame, Wallon y desde luego Piaget. Con este último, compartía el interés por la génesis de los procesos psicológicos y se centró simultáneamente en la historia (perspectiva filogenética) y en los mecanismos de adquisición durante la infancia (perspectiva ontogenética). Como Piaget, Vygotsky se sentía emparentado con los teóricos de la Gestalt y quería distanciarse de las corrientes epistemológicas radicales: diversas formas de mentalismo (por ejemplo, el psicoanálisis) y de las alterativas empiristas u organicistas que partían de una concepción materialista mecánica (Bronckart y Schneuwly, 2008).

Vygotsky sentó las bases de un nuevo sistema psicológico a partir de retomar elementos de la filosofía y de las ciencias sociales de su época, generando una teoría que, en gran medida, es una aplicación del materialismo histórico y dialéctico a la psicología. Como los aspectos más resaltantes de la teoría sociocultural de Vygotsky, se incluye el método genético; a través del cual enfatiza en el estudio del origen de los procesos psicológicos del individuo, la relación entre pensamiento y lenguaje, el uso de los instrumentos y signos como mediadores para la comprensión de los procesos sociales, la existencia de un nivel de desarrollo real y uno potencial de las funciones

mentales como indicadores para definir la zona de desarrollo próximo (Carrera y Mazzarella, 2001).

Vygotsky señaló que “un comportamiento sólo puede ser entendido si se estudian sus fases, su cambio...su historia” enfatizando el análisis de los procesos, (argumento principal de su método: el análisis genético). Así, postuló que los procesos psicológicos del ser humano solamente pueden ser entendidos mediante la consideración de la forma y el momento de su intervención durante el desarrollo (Vygotsky, 1979).

Carrera y Mazzarella (2001) explican cómo el enfoque vygotskiano, en su concepción del desarrollo distingue y articula cuatro ámbitos en los que aplicó su método genético:

- **Filogenético:** refiere al desarrollo de la especie humana y las razones que permiten la aparición de funciones psicológicas exclusivamente humanas (funciones superiores).
- **Histórico sociocultural:** referente a cómo este ámbito es el que engendra sistemas artificiales complejos y arbitrarios que regulan la conducta social.
- **Ontogenético:** que representa el punto de encuentro de la evolución biológica y sociocultural.
- **Microgenético:** trata sobre el desarrollo de aspectos específicos del repertorio psicológico de los sujetos, es decir, una manera de estudiar in vivo la construcción de un proceso psicológico.

Respecto a la cognición, uno de los aportes más significativos de la obra de Vygotsky lo constituye la relación que estableció entre pensamiento y lenguaje. Señaló que en el desarrollo ontogenético ambos provienen de distintas raíces genéticas, en el desarrollo del habla del niño se puede establecer con certeza una etapa pre-intelectual y en su desarrollo intelectual una etapa pre-lingüística; hasta un cierto punto en el tiempo, ambas líneas son independientes una de la otra y siguen su curso. Pero, en un momento

determinado ambas líneas se encuentran y entonces el pensamiento se torna verbal y el lenguaje racional. Así, señaló como la transmisión racional e intencional de la experiencia y el pensamiento a los demás, requiere un sistema mediatizador (el lenguaje humano), en el cual la unidad del pensamiento verbal se encuentra en el aspecto interno de la palabra, en su significado (Vygostky, 1981).

Otros aportes de la obra vygotskiana en el terreno de la cognición, es su argumentación sobre el uso de instrumentos mediadores (herramientas y signos) para entender los procesos sociales. La creación y utilización de signos como método auxiliar para resolver un problema psicológico determinado es un proceso análogo a la creación y utilización de herramientas. La analogía básica entre signos y herramientas descansa en la función mediadora que caracteriza a ambos, mientras que la diferencia esencial entre signos y herramientas se relaciona con los distintos modos en que orientan la actividad humana; las herramientas sirven como conductores de la influencia humana en el objeto de la actividad, se hallan externamente orientadas y deben acarrear cambios en los objetos, por el contrario, el signo no cambia absolutamente nada en el objeto de una operación psicológica; por consiguiente está internamente orientado (Carrera y Mazzarella, 2001). Lo anterior tiene implicaciones prácticas, por ejemplo, cómo los niños pequeños son capaces de dar cierto uso convencional y social a los objetos desde los primeros 2 años de vida (sabe que la cuchara es para comer, el peine para peinarse, un libro para hojearse, etc.) al punto que tales conductas son retomadas por diversos instrumentos del desarrollo infantil temprano, como parte de subescalas cognitivas. Además, el uso y comprensión de gestos con las manos y seguimiento de ordenes sencillas (hola, adiós, ven, dame, pon, si, no, etc.) como parte de los actos comunicativos también es evaluado en las subescalas del lenguaje o bien, como parte del desarrollo emocional-social.

Vygotsky (1979) también reconoció como el aprendizaje de los niños es previo a la escuela; todo niño ya ha tenido experiencias antes de entrar en la fase escolar, por

tanto, aprendizaje y desarrollo están interrelacionados desde los primeros días de vida del niño. Asimismo, señaló dos niveles evolutivos:

- **Nivel evolutivo real:** el nivel de desarrollo de las funciones mentales de un niño y aquellas actividades que pueden realizar por sí solos y que son indicativas de sus capacidades mentales.
- **Nivel potencial:** refiere a un nivel en el cual, si se le ofrece ayuda a los niños o se les muestra cómo resolver un problema, lo solucionan. Es decir, los niños llegan a soluciones con la ayuda de otros en cierto sentido, lo cual es más indicativo de su desarrollo mental que aquello que pueden hacer por sí solos.

Se observó cómo niños de idéntico nivel de desarrollo mental para aprender bajo la guía de un maestro variaban en gran medida, e igualmente el subsiguiente curso de su aprendizaje era distinto. Esta diferencia se denominó Zona de Desarrollo Próximo: “No es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz.” (Vygostky, 1979, p.133).

El nivel real de desarrollo revela la resolución independiente de un problema, define las funciones que ya han madurado y caracteriza el desarrollo mental *retrospectivamente*. La Zona de Desarrollo Próximo define aquellas funciones que todavía no han madurado, pero que se hallan en proceso de maduración, en este sentido se caracteriza el desarrollo mental *prospectivamente*. La relación que establece Vygotsky entre aprendizaje y desarrollo se fundamenta en la Ley Genética General, donde se establece que toda función en el desarrollo cultural del niño aparece dos veces o en dos planos. Primero aparece en el plano social y luego en el plano psicológico. Primero aparece entre la gente como una categoría inter-psicológica y luego dentro del niño como una categoría intra-psicológica (Werstch, 1988).

Bronckart y Schneuwly (2008) reseña como Vygotsky afirmó que las funciones psíquicas superiores no pueden explicarse a partir de procesos elementales, ya que existen diferentes niveles de funcionamiento psicológico, cada uno con características específicas e irreductibles (coincidiendo en este punto con los teóricos de la Gestalt y con Piaget). Por ello, afirmo que el pensamiento y la conciencia no se derivan de características estructurales o funciones internas (según la fórmula de Watson), sino están determinados por actividades externas y objetivas practicadas con los congéneres, en un ambiente social dado. Esta idea de la génesis social del pensamiento, heredada de Spinoza y del Marxismo, constituye en elemento fundamental del pensamiento Vygotskiano (y lo distingue radicalmente de Piaget).

De ese modo, Vygotsky resaltó la importancia de la interacción social con otros, al indicar que el aprendizaje estimula y activa una variedad de procesos mentales que afloran en el marco de la interacción con otras personas, en diversos contextos y generalmente mediada por el lenguaje. Esos procesos, que en cierta medida reproducen esas formas de interacción social, son internalizadas en el proceso de aprendizaje social hasta convertirse en modos de autorregulación (Carrera y Mazzarella, 2001). Lo anterior tiene aplicaciones prácticas a las maneras en que los niños tienen ajuste social en condiciones que exigen autorregulación emocional y recordar reglas sociales sin necesidad de que un adulto le esté dando instrucciones (por ejemplo, no tocar objetos, compartir, esperar su turno para lanzar la pelota, etc.).

Por todo lo anterior, las aportaciones de Vygotsky se reflejan en la evaluación e intervención del desarrollo infantil temprano: el desarrollo psicológico visto de manera prospectiva, por lo que se evalúan las capacidades o funciones que el niño domina completamente y que ejerce de manera independiente, la idea es comprender en el curso de desarrollo, el surgimiento de lo que es nuevo (desarrollo de procesos que se encuentran en estado embrionario) es decir, la Zona de Desarrollo Próximo. Son numerosas las aplicaciones de las ideas de Vygotsky y el interés por su teoría continúa incrementándose, específicamente por aquellas investigaciones sobre el papel que los

adultos desempeñan en la promoción del desarrollo del niño. Con base en esto, se sustenta la idea de que puede ser sumamente beneficioso suministrar información dentro de la Zona de Desarrollo Próximo (Carrera y Mazzarella, 2001). Al poner el énfasis sobre el papel de entorno-sociocultural sobre el desarrollo infantil, Vygotsky sentó las bases de los estudios socioculturales, encaminando la reflexión del desarrollo a reconocer aquellos aspectos que rodean a los niños: los contextos sociales.

1.7 Enfoque Sistémico: Modelo Ecológico-Transaccional de Bronfenbrenner

Desde 1979, Bronfenbrenner al señalar que la investigación tradicional de la psicología evolutiva de su época refería principalmente a la conducta infantil anormal en contextos de laboratorio (niños en situaciones extrañas, con adultos extraños) y por lo tanto, no reflejaba necesariamente las reacciones y comportamientos infantiles en situaciones de la vida real, postuló un modelo ecológico de estructuras seriadas mutuamente incluyentes que rescató la importancia de los ambientes naturales como fuente principal de influencia sobre el desarrollo. Así, Bronfenbrenner consideró el desarrollo como una progresiva acomodación entre un ser humano activo y sus entornos inmediatos también cambiantes, interrelacionados e incluidos en otros contextos de mayor alcance (Torrico et al., 2002; Gifre y Esteban, 2012).

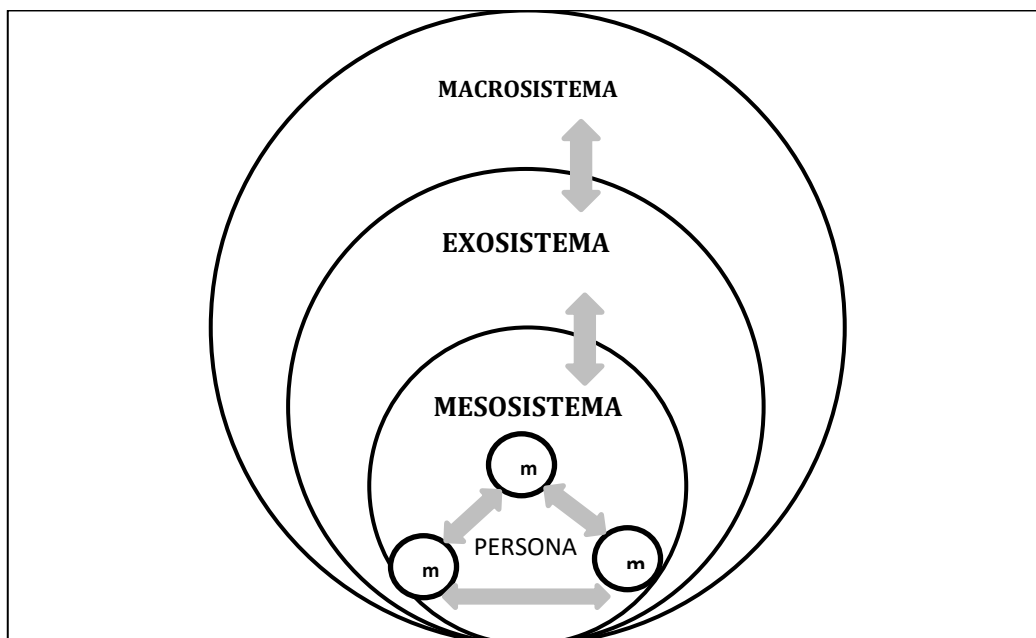


Figura 1.7.1 Modelo ecológico de Bronfenbrenner. Fuente: Torrico et al. 2002. Donde (m) es microsistema.

El modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner plantea una interacción de diferentes ambientes micro y macrosociales (Torrico et al., 2002; Gifre y Esteban, 2012; Vargas y Arán, 2014):

- a) **Microsistema.** El nivel más cercano al sujeto incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos donde la persona puede interactuar cara a cara (comúnmente la familia).
- b) **Mesosistema,** comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es un sistema de microsistemas que se forma y amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno y por lo tanto, representa la interacción entre los diferentes ambientes en los que está inmerso el sujeto.

- c) **Exosistema**, refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los que se producen hechos que afectan el entorno que comprende a la persona en desarrollo.

- d) **Macrosistema**, que refiere al sistema de creencias, religión, organización política, social y económica de una determinada región que diseñan los microsistemas, mesosistemas y macrosistemas, es decir, los factores ligados a las características culturales, histórico-sociales y del Estado.

Cada uno de los ambientes y entornos tiene sus normas y valores: 1) el Estado a través de la formulación de políticas y marcos institucionales, 2) la Comunidad mediante sus modelos de organización y participación social y 3) las Familias en su papel trascendente de protección, cuidado y satisfacción de necesidades inmediatas de la niñez. De este modo, la interacción de varios sistemas moldea el desarrollo infantil desde la vida intrauterina involucrando varios aspectos; desde el crecimiento físico y desarrollo neurológico hasta la maduración comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño (Torrice et al., 2002; Gifre y Esteban, 2012). Si bien los aspectos genéticos y ambientales son condiciones que posibilitan un desarrollo saludable, existen otros determinantes del desarrollo como la atención adecuada del embarazo y el parto, la información y habilidades disponibles para el cuidado del niño, el entorno afectivo social y físico estables (Sánchez et al., 2009).

Desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner “Proceso-Persona-Contexto-Tiempo” (PPCT), el desarrollo infantil es un proceso multidimensional, integral y continuo, situado en un contexto (ambiente ecológico) que a través del tiempo sucede de manera continua (en relación a los **microtiempos** o continuidad-discontinuidad de los procesos proximales en curso *versus* los **macrotiempos** o sucesos sociales cambiantes a través de las generaciones) gracias a la relación dinámica de la persona (y su repertorio biológico, cognitivo, emocional y conductual individual) con el contexto. De este proceso, el resultado deseable es un niño competente para responder a sus necesidades y las de

su medio según su contexto de vida, por lo cual, desde la teoría bioecológica de Bronfenbrenner, “los procesos proximales” entendidos como aquellos procesos de interacción recíproca, regulada en distintos periodos de tiempo y progresivamente más complejos entre un organismo biopsicosocial activo y las personas, objetos y símbolos de su alrededor, son el mecanismo que permite convertir el genotipo (repertorio hereditario) en fenotipo (características observables del organismo). Ejemplos de procesos proximales son la alimentación y cuidado del bebé, el juego con el niño, es decir, actividades propias de las interacciones madre-hijo a través del tiempo (Figueiras et al., 2006; Gifre y Esteban, 2012).

En resumen, la obra de Bronfenbrenner plasma cómo el desarrollo infantil se ve impactado, incluso desde antes de nacer, por los contextos económico y de producción, políticos, sociales y culturales en los que están las familias y los niños, en los cuales es necesario intervenir para generar condiciones de bienestar familiar y proteger el desarrollo infantil temprano. Es necesario aprovechar la influencia y afectación mutuas entre los sistemas (micro, macro, meso y exosistema), ya que sin políticas laborales y de salud pública, que promuevan mejores condiciones para la crianza y la parentalidad, las infancias están en situación de vulnerabilidad.

Los primeros 2 años de vida de los niños ocurren dentro del contexto familiar o en las guarderías y preparan al niño para su integración a nuevos sistemas, pero al entrar los niños a la escuela, ya su desarrollo temprano determina si tendrán éxito en ésta y en su vida a futuro. Young y Gómez (2004) señalan que el efecto del aprendizaje en la escuela depende fundamentalmente de la competencia social y emocional desarrollada en los primeros años de vida. El niño social y emocionalmente saludable y preparado para la escuela es seguro de sí mismo y amigable, lleva buenas relaciones con los demás, persiste ante las tareas desafiantes, posee un buen desarrollo del lenguaje y puede comunicarse bien, escucha instrucciones y está atento. Sin embargo, en preescolar es muy común que los profesores reporten que la mitad o más de los niños de sus clases tienen problemas específicos muy específicos ligados a la esfera cognitiva

y socioemocional (dificultad para obedecer instrucciones, falta de aptitudes académicas, dificultad en el trabajo independiente, dificultad trabajando como parte de un grupo, problemas con habilidades sociales, inmadurez, dificultad en la comunicación y problemas de lenguaje) además de provenir de ambientes familiares desorganizados y estar faltos de experiencia preescolar formal (Young y Gómez, 2004).

1.8 Relación entre el Desarrollo Cognitivo-Afectivo en la Primera Infancia

Aunque el desarrollo infantil puede ser difícil de medir o evaluar, por ser un proceso mediante el cual el niño alcanza mayor complejidad en sus movimientos, pensamientos, lenguaje, emociones, relaciones con los otros, etc. es posible identificar claramente las áreas impactadas por las interacciones adulto-niño. Pese a ser el desarrollo un proceso multidimensional, multifactorial y multideterminado, en el cual todas las áreas están interrelacionadas para fines descriptivos suele ser dividido en motriz, cognitivo, lingüístico, social y emocional. Tradicionalmente se ha señalado la inter-relación entre cognición y el lenguaje denominándole esfera cognitivo-lingüística (aludiendo a que el pensamiento es lenguaje internalizado y a su vez, el lenguaje es pensamiento externalizado). Asimismo, la relación entre las áreas emocional y social ha sido aceptada denominándole esfera socio-emocional (debido a que la capacidad de autorregulación emocional y lectura de emociones de otros facilita la interacción social). Sin embargo, la relación entre cognición y emoción ha sido menos explorada, pero es una relación bastante admisible.

Bowlby (1958) ya explicaba que a lo largo de 4 fases de construcción del apego el niño, parte de un estado de indiscriminación de figuras, sugiriendo que a partir de los 6 meses el niño tiene un “mapa cognitivo primitivo”, que le permitirá discriminar y elegir una figura de apego central y otras subsidiarias y que a los 3 años, dicho mapa cognitivo le permite predecir la conducta de su madre, comprender que esta proviene de objetivos materno prefijados intentando influir o cambiar la conducta de su madre, mostrando así una relación más compleja con ella. Entonces, es posible que la comprensión de la

intencionalidad de otros se presente antes de los 3 años como parte de los inicios de una “metacognición social”.

Flavell (1979) al explicar el conocimiento metacognitivo (como el conocimiento almacenado de sí mismo y otras personas como procesadores cognitivos a modo de diferencias intra-individuales, inter-individuales y universales) y las experiencias metacognitivas (experiencias cognitivo-afectivas conscientes que acompañan a la actividad intelectual antes, durante o después), señala que ambos componentes de la metacognición permiten distinguir al niño entre: a) comprender y no comprender y b) que hay situaciones que le hacen sentir de cierto modo feliz, triste, confundido, inseguro, etc.). Flavell ya sugería una relación entre cognición y afecto, señalando también la importancia investigar sobre la metacognición en la infancia, para descubrir las competencias iniciales que sirven como bloques de construcción para adquisiciones posteriores, en lugar de simplemente catalogar las carencias e insuficiencias metacognitivas del niño pequeño.

Por su parte, Ainsworth (1970) al explicar los tipos de apego y su relación con la conducta exploratoria como la separación de la madre y su regreso, reactiva la conducta de apego del niño por encima de los niveles previos, provocando que, al centrarse en la madre, atienda menos a otras personas, explore menos y presumiblemente aprenda menos, señaló la importancia de poder tomar a la madre “*como una base segura*” para potencializar las oportunidades de aprendizaje de los niños pequeños. De modo que existen estados emocionales del niño que son más compatibles con la exploración y propicios para el desarrollo cognitivo.

Es innegable que los niños necesitan de estados emocionales para la exploración y el aprendizaje (interés, tranquilidad, novedad, etc.), pero es difícil plantear a la emoción como un prerrequisito para la cognición. Piaget e Inhelder (1984) al explicar el desarrollo de la afectividad infantil ya proponía un proceso conjunto entre cognición y afectividad, en el cual el niño parte de un estado de indiferenciación de sí mismo y los demás para al final de los 2 años distinguir que las personas se comportan diferente de los objetos,

haber construido un Yo diferenciado y elegir una figura afectiva que gracias a la función semiótica (imagen mental, memoria de evocación, juego simbólico, lenguaje) es evocable, independiente del contacto físico, siempre presente y que incluso es capaz de afectar la conducta del niño durante su ausencia física. Además, señaló que la afectividad del niño parte de satisfactores fisiológicos, para después experimentar satisfactores psicológicos al interactuar con las personas de su entorno, identificando sentimientos interpersonales, construyendo una causalidad relativa a las personas por ser fuentes de placer, confort y seguridad, posibilitándose el surgimiento de nuevos afectos a modo de simpatías, antipatías e inclusive, una valoración duradera de sí mismo.

La relación entre cognición y emoción ha sido ya sugerida por autores clásicos (Bowlby, 1958; Ainsworth, 1970; Flavell, 1979; Piaget e Inhelder, 1984) que para efectos de esta investigación han sido retomados, planteando dicha relación en términos de “*protocognición afectiva*” en reconocimiento de que las primeras cogniciones del niño son referentes a contenidos, situaciones y experiencias emocionales, y que para el aprendizaje es necesario un estado emocional de seguridad, tranquilidad, de bienestar. Ahora sabemos que las actitudes, capacidades, emociones, y habilidades sociales se desarrollan a lo largo de los primeros años de vida y actualmente, como elocuentemente apuntan Shonkof y Phillips (2000) podemos resumir la naturaleza del desarrollo humano de la siguiente manera:

1. Es moldeado por una interacción dinámica y continua entre la biología y la experiencia.
2. La cultura influye en cada uno de los aspectos del desarrollo y esto se ve reflejado en las prácticas de crianza y creencias.
3. Los niños son participantes activos de su propio desarrollo, reflejando la tendencia intrínseca de los humanos a explorar y dominar el ambiente que les rodea.
4. La gran variedad de diferencias individuales entre los niños pequeños, dificulta a menudo distinguir entre los cambios normales y los retrasos de maduración provenientes de desórdenes temporales e impedimentos permanentes.

5. El desarrollo infantil se desenvuelve en caminos diferentes e individuales, cuyas trayectorias se caracterizan por continuidades y discontinuidades, así como por una serie de transiciones significativas.
6. El desarrollo humano está moldeado por la continua interacción entre fuentes de vulnerabilidad y fuentes de resiliencia.
7. El momento en el que se da la experiencia temprana puede ser relevante; sin embargo, es muy probable que el niño continúe siendo vulnerable a riesgos y abierto a influencias protectoras durante los primeros años hasta la edad adulta.
8. El curso que tome el desarrollo puede ser alterado en la primera infancia con intervenciones efectivas que cambien el balance entre el riesgo y la protección, de manera que se aumente la posibilidad a favor de resultados de adaptación

En conclusión, cada teoría del desarrollo ha permitido un acumulamiento progresivo del conocimiento que hoy en día disponemos sobre el desarrollo infantil temprano y si bien, también otros autores clásicos abonaron al campo de la psicología evolutiva: Lorenz (con sus estudios etológicos de privación materna en monos), Bandura (con su teoría del aprendizaje social y el constructo de imitación), Ana Freud (con el psicoanálisis infantil y los mecanismos de defensa), Melanie Klein (y su teoría de las relaciones objetales) y Erikson (con su teoría del desarrollo psicosocial, y las crisis vitales), Wallon, Case, Fischer, Newgarten, Tiedemann (con los primeros diarios o biografías de bebés en los que se mencionaba conducta sensorial, motora, cognitiva y de lenguaje), incluso Darwin (que realizó la biografía y el registro de los avances de su hijo, para dar cuenta de la conducta en evolución de los niños), Preyer (quien propuso normas de observación científica para registrar la conducta de niños y animales en su escrito de 1882 titulado “El alma del niño”), Binet (con el primer test de inteligencia para evaluación infantil)...su obra no se describe en este trabajo para acotar la extensión del mismo y resaltar aquellos autores que han sido más retomados para el diseño de programas de intervención temprana, pero definitivamente todos aquellos que trabajan con niños reconocen el valor de cada uno de estos autores y acuden a ellos para alumbrar la labor profesional, según lo necesita cada familia usuaria.

CAPÍTULO 2

APROXIMACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

PARA EL ESTUDIO DE LAS INTERACCIONES TEMPRANAS CUIDADOR-NIÑO

En el capítulo 1 se hizo una revisión de las teorías más utilizadas para comprender el desarrollo infantil, entendido como un proceso de adquisición de habilidades que goza de ciertas regularidades (que va de menor a mayor complejidad y de menor a mayor diferenciación, secuencial, heterocrónico, epigénético, continuo, interactivo, integrativo, ordenado según un patrón de especie, e irreversible).

Sin embargo, aunque se mencionaron autores que abordaron la afectividad del infante desde el proceso de individuación-separación (Freud, Malher, Winnicot), no se explicó cómo fue posible pasar de la teoría a una situación observable de evaluación. A continuación, se describe cómo a partir de un conjunto de supuestos teóricos (especialmente psicoanalíticos) sobre la afectividad del niño, se propuso una situación observable y se generó una metodología para la evaluación de la calidad del vínculo afectivo entre las madres y sus hijos; la posibilidad de aterrizar lo teorizado a una situación de medición a partir de conductas observables es mérito de John Bolwby y su discípula Mary Ainsworth. Su teoría del apego ha sido marco referencial para la observación-medición del vínculo e interacción de un niño con su cuidador principal con fuertes implicaciones para el desarrollo infantil.

2.1 Teoría del Apego de Bolwby y Ainsworth

“Cuando un niño recién nacido aprieta con su pequeño puño, por primera vez, el dedo de su padre, lo tiene atrapado por siempre”
(Gabriel García Márquez)

Para 1958, era ampliamente aceptado el hecho empírico de que, a los 12 meses la mayoría de los bebés han desarrollado un fuerte vínculo hacia la figura materna, sin embargo, no existía acuerdo sobre su construcción, la rapidez con la que sucede, su

mantenimiento, persistencia en el tiempo ni que función desempeñaba para el desarrollo infantil (Bolwby, 1982).

Al tomar distancia de otros teóricos y encontrarse con la etología (rama que lo impactó profundamente), Bolwby estudió la conducta respondiente instintiva del niño y postuló que el vínculo con la madre es resultado de la actividad de diversos sistemas conductuales (succionar, adherirse, seguir, llorar y sonreír) que tienen como resultado predecible, la proximidad con ella. Su propuesta no hizo referencia a “necesidades” o “impulsos” en vez de ello, consideró la conducta de apego “como lo que tiene lugar” cuando se activan los sistemas conductuales que contribuyen al apego (Bolwby, 1982).

El neonato está equipado con una serie de sistemas conductuales cada uno orientado y listo para ser: 1) activado por estímulos pertenecientes a una o varias categorías, 2) detenido por otros estímulos y 3) reforzado o debilitado por otros estímulos. El llanto, la succión, la adhesión y la orientación cuando aparecen por vez primera, son conductas estructuradas de forma simple (son una pauta de acción fija) y los estímulos que les activan y detienen se discriminan solo en sus formas más toscas e inmediatas. Pero pronto, siguiendo las leyes del aprendizaje, el niño asociará diferentes señales (posturales, sonoras, táctiles, visuales, etc.) con sus necesidades básicas de supervivencia (por ejemplo, la alimentación) y empezará a responder diferencialmente a estímulos comúnmente humanos: auditivos que surgen de la voz materna, visuales que surgen de la cara y táctiles y kinestésicos de los brazos y el cuerpo humano. Así, Bolwby (1982) describió el modo en que se desarrolla la conducta de apego en el bebé humano a través de 4 fases:

- I. **Orientación y señales sin discriminación de figura.** Del nacimiento hasta las 8 semanas (en condiciones no desfavorables), la capacidad de discriminar personas del bebé es inexistente o extremadamente limitada (haciéndolo solo por estímulos auditivos). Entonces, el bebé se comporta de forma muy homogénea hacia cualquier persona; se orienta hacia ella, la sigue con la

mirada, coge y alcanza objetos y semanas más tarde sonríe y balbucea. Además, deja de llorar al oír una voz o una cara.

Cada una de estas conductas del bebé influyen en su cuidador (probablemente, incrementan el tiempo de proximidad). Es improbable observar respuestas diferenciales a los estímulos auditivos antes de las 4 semanas y de estímulos visuales antes de 10 semanas.

- II. Orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas.** A partir de las 12 semanas (en bebés criados en familias) hasta los 6 meses (o más según las circunstancias), se evidencia una discriminación de estímulos auditivos y visuales. Si bien él bebe sigue comportándose de forma amistosa hacia la gente, lo hace más marcadamente hacia la figura materna.

Después de las 12 semanas de vida, la intensidad de estas respuestas amistosas aumenta ya que a partir de aquí se produce la respuesta social plena en toda su espontaneidad, vivacidad y encanto.

- III. Mantenimiento de la proximidad hacia una figura discriminada por medio de locomoción y de señales.** A partir de los 6 o 7 meses (retrasándose hasta después del 1er año, en bebés con poco contacto con una figura principal) y continuando a lo largo del segundo y tercer año, él bebe trata de manera cada vez más discriminada a la gente y su repertorio conductual se amplía; sigue a la madre cuando se va, la saluda cuando vuelve y la utiliza como base de exploración. Además, selecciona figuras de apego subsidiarias mientras que otras no las selecciona. Al mismo tiempo, las respuestas amistosas generalizadas disminuyen, los extraños se tratan cada vez con más precaución y más temprano o tarde, producen alarma y aislamiento.

De ese modo, algunos de los sistemas que median la conducta del niño hacia su madre se organizan sobre una base de adaptación al objetivo (proximidad a la madre) y su apego se torna evidente. En un mapa cognitivo (más o menos primitivo), el niño llega a concebir a la figura materna como un objeto independiente, persistente en el tiempo y espacio, que se mueve de forma más o menos predecible. Por supuesto, el niño no tiene comprensión de: 1) como cambiar la conducta de su madre, 2) que las conductas de su madre se organizan en torno a sus propios objetivos prefijados (numerosos y en cierto grado, conflictivos) y 3) como influye en las conductas de su madre.

IV. Formación de una asociación con adaptación al objeto. Cerca de los 3 años o después mediante la observación de la conducta de la madre, el niño llega a inferir algo sobre los objetivos prefijados de su madre y de los planes que adopta para realizarlos, tornándose más elaborada la imagen que el niño construye del mundo y su conducta potencialmente más flexible.

Para esta fase, Bolwby señaló que el niño estará comprendiendo los sentimientos y motivaciones de su madre por lo que a partir de entonces, madre e hijo desarrollarán una relación más compleja denominada asociación (*"pathership"*) (Bolwby, 1982). En síntesis, en cada niño el complejo de sistemas conductuales que median el apego entran en acción debido a que comúnmente, en el ambiente familiar esos sistemas nacen y se desarrollan de una forma comparativamente estable por lo que Bolwby describió el desarrollo de la conducta de apego a lo largo de 4 fases aclarando que: 1) no existen fronteras entre dichas fases y 2) es arbitrario decir en sentido pleno, en qué fase puede afirmarse que el niño está apegado, ya que depende cómo se defina dicho proceso (Bolwby, 1982).

2.1.1 Situación Extraña: inicios de la instrumentación métrica

En continuidad a la obra de Bolwby, su discípula Mary Ainsworth conceptualizó el apego como: *"el vínculo afectivo que una persona (o animal) establece entre sí mismo con otra"*

persona (o animal) determinado, que los obliga a estar juntos en el espacio y perdura al paso del tiempo” (Ainsworth y Bell, 1970, p.372).

Las conductas de apego iniciales del recién nacido denotan una disposición genética a llegar a estar apegado y que dichas conductas acompañadas de otras posteriores (el seguimiento, la aproximación o el abrazo). A través de un proceso de aprendizaje en la interacción madre-hijo se organizan jerárquicamente hasta que el niño las dirige activa y específicamente hacia la madre y entonces, se puede decir que está apegado a ella (Ainsworth y Bell, 1982).

La característica inconfundible del apego es procurar, obtener y mantener proximidad con el objeto de apego, dicha cercanía es variable; del estrecho contacto físico en ciertas circunstancias, a la interacción o comunicación a cierta distancia en otras, ya que la conducta de apego se vincula a la conducta exploratoria. El apego materno-filial cumple funciones biológicas en pro de la supervivencia de la especie y por ello el código genético proporciona al bebé conductas que provocan normalmente (aunque no invariablemente) la proximidad con la madre. No obstante, el código genético también conduce al bebé a interesarse por los elementos nuevos del medio, aventurarse al exterior, explorar y aprender, todo bajo un marco adaptativo donde las conductas del bebé y la madre se equilibran permitiendo la exploración o la protección según se requiera (Ainsworth y Bell, 1982).

Por ello, bajo una concepción etológica-evolutiva del equilibrio entre las conductas de apego y exploración, Ainsworth y Bell diseñaron la metodología de observación-evaluación del apego infantil llamada “Situación Extraña” (SE) donde 56 niños de un año de edad fueron confrontados con 3 componentes estresantes: 1) la separación de la madre, 2) la interacción con una mujer extraña y 3) un medio ambiente no familiar. La SE fue diseñada para que fuera lo bastante sorprendente para producir una conducta exploratoria, pero no tan extraña como para que no produjera al principio miedo y aumento de la conducta de apego. La aproximación de la mujer extraña fue gradual, de

tal manera que el miedo fuera por desconocimiento más que a una conducta repentina o alarmante. Además, los episodios fueron dispuestos de tal manera que primero se producían los menos perturbadores intentando que la situación en conjunto no fuera más perturbadora que la que un niño pequeño encontrara probablemente en su experiencia normal cotidiana (Ainsworth y Bell, 1982). De ese modo, las fases del experimento fueron las siguientes:

- **Fase 1. Madre, bebé y experimentador.** El observador introduce a la madre y al bebé en una sala experimental con juguetes. Dura aproximadamente 30 segundos.
- **Fase 2. Madre y bebé.** El bebé se dedica a explorar la sala y los juguetes, mientras que la madre no participa de la actividad.
- **Fase 3. El extraño se une a la madre e hijo/a.** Es el momento en que entra un desconocido a la sala. Durante el primer minuto permanece en silencio, para conversar con la madre en el segundo minuto. Durante el tercer minuto, el desconocido comienza a aproximarse al bebé.
- **Fase 4. La madre deja al bebé y a la persona extraña solos.** Es el primer episodio de separación en el que la madre abandona la sala.
- **Fase 5. La madre regresa y el extraño se va.** Es el primer episodio de reencuentro. La madre entra, saluda y reconforta al bebé, intentando que éste vuelva a su actividad de juego.
- **Fase 6. La madre se va, abandonando al bebé.** Se trata de la segunda fase de separación.
- **Fase 7. Vuelve el extraño.** Continúa la separación de la madre, pero ahora entra el extraño para intentar interactuar con el bebé.

- **Fase 8. La madre regresa y un extraño se va.** Es el segundo episodio de reencuentro en el que entra la madre, coge al bebé en brazos y el extraño abandona la sala.

Si bien la SE fue diseñada para demostrar la universalidad del apego, arrojó las diferencias individuales de este vínculo afectivo ya que permitió observar cómo responden los niños a la separación de sus madres, y a partir de las respuestas observadas, Ainsworth y Bell (1982) definieron 3 tipos de apego:

- **Seguro:** los niños buscan interactuar con su cuidador y éste responde conforme a sus requerimientos.
- **Evitativo:** los niños no buscan interactuar con su cuidador y no parecen estar angustiados e ignoran o evitan al cuidador ante su regreso.
- **Ambivalente:** los niños interactúan poco con su cuidador y exhiben conductas de apego y rechazo. Se observan predispuestos a arranques de cólera a la mínima provocación. No obstante, el rechazo a la madre difiere del rechazo a una extraña; este último se da por desconocimiento y miedo de la persona y no por enfado por la partida.

Existen estudios que consideran un cuarto tipo de apego: el desorganizado o desorientado, sin embargo, el apego desorganizado o desorientado es una denominación propuesta por Main y Solomon que en 1990 describieron un tipo de apego diferente, donde los niños actúan e interactúan de forma inusual a lo largo de todo el procedimiento (Rodríguez y Oiberman, 2012).

Inicialmente, un niño separado de su madre se muestra muy angustiado, protesta ante la separación e intenta recuperar a su madre por todos los medios a su alcance. De seguir la separación, el niño experimentará desesperación, que lo puede llevar a un

fortalecimiento del afecto y sensibilidad renovados hacia los compañeros y personas del medio, dando la impresión de que la conducta de apego hacia la madre ha desaparecido, sin embargo, el reencuentro con ella la reactiva e intensifica por encima del nivel previo a la separación. Dicha conducta de apego intensificada persistirá por un periodo de tiempo más largo que la propia separación, tiempo en el cual el niño estará centrado en su madre, atenderá menos a otras personas del medio, explorará menos y presumiblemente aprenderá menos (Ainsworth y Bell, 1982).

No obstante, un aumento demasiado grande de la conducta de apego puede ser considerado una distorsión del equilibrio apego-exploración por lo que este tipo de conducta es descrita como una dependencia excesiva resultado en algunos casos, del efecto duradero de separaciones largas y privadoras (Ainsworth y Bell, 1982).

Sorprendentemente, después de separaciones duraderas de semanas o meses, también hay niños que parecen no reconocer a sus madres al reencontrarse con ellas; permanecen distantes y las tratan como extrañas comportamiento que Bowlby (1982) denominó “desapego” (*dettachment*) el cual persisten bastante tiempo después (aún al reencuentro con la madre). Ainsworth y Bell (1982) consideraron las respuestas de evitación hacia la madre (desviar la mirada y apartarse) observadas durante la “Situación Extraña” como desapego por un tipo primitivo de defensa y precisaron que el apego y la conducta de apego no son lo mismo. El apego es la predisposición para buscar la proximidad del objeto de apego (de base interna estructural) mientras que la conducta de apego son las conductas observables que aumentan o disminuyen según las circunstancias y que posibilitan el apego.

La conducta de apego aumenta ante situaciones percibidas como amenazantes, la separación real o inminente del objeto de apego constituye para el niño una amenaza. La conducta de apego activada intensamente es incompatible con la exploración, pero si no hay amenaza de separación, el niño puede utilizar a la madre como base segura de exploración y la ausencia relativa de apego no se considerará un apego débil.

Ainsworth y Bell (1982) concluyeron que las relaciones de apego son cualitativamente diferentes entre los individuos y que la conducta de apego es altamente sensible a las determinantes situacionales, por lo que resulta difícil precisar su intensidad o fuerza y aconsejaron continuar investigando sobre las diferencias cualitativas, correlatos y antecedentes en vez de intentar cuantificar la intensidad del apego. Asimismo, concluyeron que la conducta de apego puede aumentar o disminuir según las situaciones, pero no desaparecer una vez que se ha establecido (aun cuando no sea evidente) por lo que sugirieron considerar una organización interna de sistemas comportamentales que permanece alerta, en los periodos en los que no es activado ninguno de sus componentes conductuales.

Debido a los anteriores planteamientos, Bowlby y Ainsworth se convirtieron en marco teórico-metodológico referencial, de la gran mayoría de los estudios actuales sobre la interacción madre-hijo, a partir de sus aportaciones se han podido generar diversas metodologías de evaluación de la interacción madre-hijo.

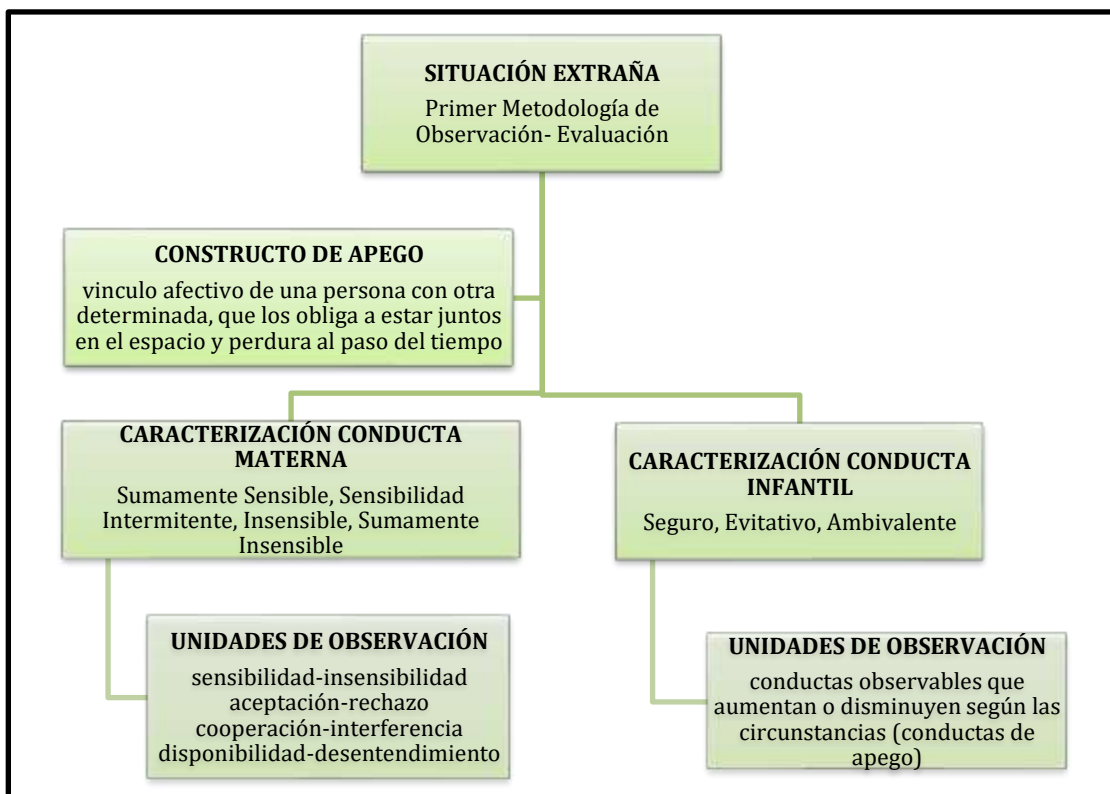


Figura 2.1.1 Aportaciones teórico-metodológicas de Bowlby y Ainsworth, a la observación-evaluación de las interacciones madre-hijo. Fuente: Pizaña, 2015.

En síntesis, los seres humanos nacen con la tendencia innata de apegarse a una persona protectora, desarrollando diferentes tipos de apego y si bien la respuesta humana ante lo nuevo suele ser de evitación y miedo (según el grado de novedad y las circunstancias), la presencia de la madre (incluso próxima y no necesariamente cercana) puede fungir como base segura de exploración para el niño, modificando su conducta que se inclinará más a la exploración que a la evitación o la separación y disminuyendo sus conductas de apego.

2.2 Instrumentos más utilizados para evaluar las interacciones madre-hijo

El estudio de la relación madre-hijo ha generado una importante línea de investigaciones, que desde diferentes metodologías han identificado factores que obstaculizan y favorecen las interacciones madre-hijo, y han generado una gran diversidad de

instrumentos para evaluarlas. Así, tanto las perspectivas teóricas reduccionistas (que evalúan por separado a cada miembro de la diada) como las integrales (que evalúan el intercambio recíproco entre ambos miembros de la diada), han influido en la manera de registrar las interacciones hasta hoy en día como se describe en el siguiente cuadro.

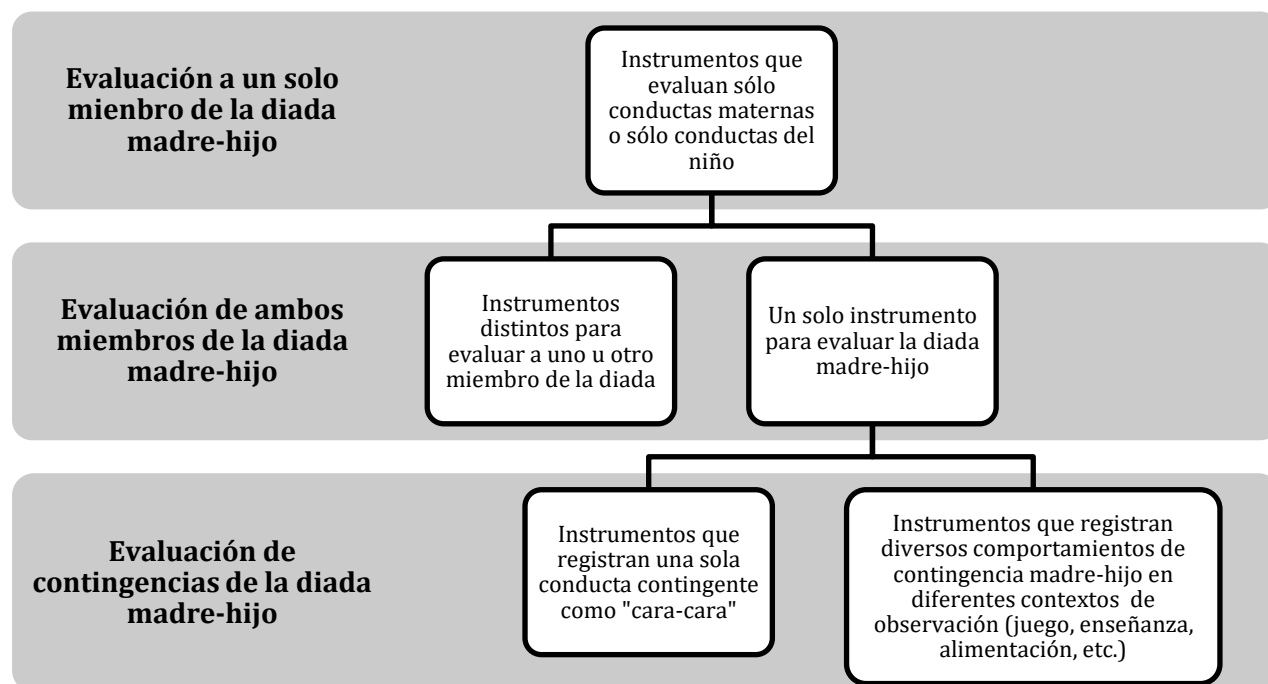


Figura 2.1 Metodologías de evaluación de la interacción madre-hijo. Fuente: Hernández, 2013.

Sin embargo, pese a la gran variedad de metodologías de observación-evaluación de las interacciones madre-hijo, es necesario contar con instrumentos apropiados para la práctica clínica y de investigación, que permitan evaluar desde una visión amplia de reciprocidad, complementariedad y contingencia las competencias interactivas de cada miembro de la diada, a fin de proveer estrategias (cognitivas, conductuales y psicoeducativas) que mejoren las prácticas de crianza de los cuidadores (Hernández, 2013).

No todos los instrumentos de evaluación de las interacciones madre-hijo son comparables entre ellos. Los instrumentos estandarizados por sus propiedades psicométricas y uso en diferentes poblaciones son susceptibles de comparaciones entre sí (Muñoz-Ledo et al., 2007b). Estos instrumentos en su mayoría presentan un formato de

cuestionario, requieren una graduación cuantitativa y de ocurrencia, por lo que son registros conductuales ordinales donde se especifican diferentes grados de la dimensión objeto de observación (Gálvan-Bovaira y Del Rio, 2009).

Debido a la gran diversidad de instrumentos de evaluación de las interacciones madre-hijo y reconociendo la importancia de la psicometría para la evaluación del comportamiento, se realizó una búsqueda sistematizada de 1) estudios sobre la evaluación de la interacción madre-hijo y 2) la validación de instrumentos de evaluación de la interacción madre-hijo. Obedeciendo a criterios específicos de inclusión (tener como objetivo la evaluación de las interacciones cuidador-niño en niños de 0 a los 2 años, utilización de escalas de observación administradas por un profesional, artículos indexados en español, inglés y portugués publicados entre el año 2000 al 2014) y de exclusión (utilización de instrumentos NO estandarizados elaborados ex profeso únicamente para esa investigación, instrumentos que no evalúan ambos miembros de la diada, instrumentos de autoaplicación, instrumentos no disponibles para su consulta), e introduciendo las palabras clave "*interacción madre-hijo*" en Google Académico, Dialnet, Scielo, Lilacs e "*interacción diádica*" en PubMed se obtuvieron 8440, 40, 4, 1285 y 650 resultados respectivamente. A partir de la revisión del resumen y metodología de cada estudio fueron retomados de cada buscador 33, 8, 4, 13 y 26 respectivamente. De ese modo, se identificaron 6 instrumentos como los más utilizados internacionalmente en el ámbito clínico y de investigación para la evaluación de la interacción cuidador-niño: CARE-INDEX (Índice Experimental de Relación Niño-Adulto), NCAST (The Nursing Child Assessment Satellite Training), GRS (Global Rating Scales), MICS (Mother-Infant Communication Screening), CITMI-R (Sistema de Codificación de la Interacción Materno-Infantil-Versión Revisada) y PCERA (Parent Child Relational Assessment), aunque difiriendo en frecuencia de empleo y/o citación (Pizaña, 2015).

2.2.1 Caracterización de los métodos de evaluación de las interacciones madre-hijo

A partir de analizar instrumentos frecuentemente utilizados para evaluar la interacción cuidador-niño de los 0 a los 2 años, a continuación, se exponen sus similitudes y diferencias.

a) Administración. Considerando el personal requerido para su aplicación existen los auto-administrados y los administrados por alguien más. Los **autoadministrados** (autoinformes, entrevistas, cuestionarios, inventarios, escalas, test proyectivos), exploran la percepción de la madre y el hijo sobre la interacción entre ellos, el trato y los cuidados. A modo de cuestionario, son entregados a ambos miembros de la diada para ser leídos y llenados por ellos (Olhaberry y Chamarrita, 2012). Frecuentemente evalúan a un solo miembro de la diada (la madre o cuidador), razón por la cual el contraste de la información proporcionada por ambos miembros de la diada no es posible en niños muy pequeños que no saben leer ni escribir. Además, son susceptibles al engaño del examinado, como todo instrumento auto-administrado. En contraste, los instrumentos **administrados por un evaluador** (escalas de observación y listas de chequeo), se basan en la observación de la interacción madre-hijo y son aplicados por profesionales (enfermeras, psicólogos, médicos, etc.) que, mediante el registro del episodio interactivo, evalúan a ambos miembros de la diada. Para este tipo de instrumentos, la edad del niño no es una limitante para la evaluación, y al ser aplicados por un profesional, son menos afectados por el engaño del examinado. Además, la videograbación es la estrategia de registro más utilizada para evaluar la interacción madre-hijo, ya que permite visualizar las veces necesarias el episodio interactivo, para analizarlo e identificar áreas de debilidad y fortaleza.

b) Miembros del Binomio Evaluados. En la mayoría de los estudios los miembros evaluados por excelencia son la **madre** y el **hijo**. No obstante, debido a la

necesidad de la incursión femenina al campo laboral, otra buena parte de estudios evalúan la interacción entre el niño y otro cuidador, que frecuentemente es una mujer parte de la red familiar de apoyo o bien, cuidadoras del personal de guarderías (Santelices y Pérez, 2013). Posteriormente, como reconocimiento y exploración del papel del padre al desarrollo infantil, han surgido estudios que evalúan la interacción con el **padre**, aunque siguen siendo los menos, junto con estudios que evalúan la interacción del niño con su padre y madre simultáneamente, a modo de **interacciones triádicas** (Klein y Linhares, 2006). Respecto a la edad de los niños, los instrumentos consideran rangos de edad muy variables según el objetivo de la evaluación de la interacción cuidador-niño: de los **0-3 años** (para estudiar la sobrevivencia de bebés pre-término), de **2-4 años** (para relacionar etapas muy tempranas de la vida con el desarrollo en edades posteriores e intervenir precozmente), de **4-11 años** (con motivo de los problemas de aprendizaje y conductuales en niños preescolares y escolares), de 6-15 años o de **12-18 años** (para estudiar las interacciones de los adolescentes con sus padres o tutores), y de los **15-más de 20 años** (para estudiar la interacción y ambiente familiar de estudiantes de preparatoria y universitarios) (Klein y Linares, 2006; Lago et al., 2010).

c) Situaciones de Evaluación. Las situaciones son diversas y van desde el **juego libre** o no directivo (PCERA, CITMI-R, GRS, CARE-INDEX), el **juego estructurado** o directivo (PCERA), la **enseñanza** (NCAST), la **alimentación** (NCAST, PCERA), la **higiene, antes de dormir, durante la conversación** (PCERA), hasta una **visita médica** (MICS) e incluso, durante todo un día. Además, existen instrumentos diseñados para más de una situación de evaluación, de modo que cada estudio puede optar por una situación de evaluación de la interacción madre-hijo, en función de los planteamientos, intereses y objetivos de su investigación. La situación de evaluación más utilizada es el juego (libre y estructurado), observándose un incremento de estudios e instrumentos que prefirieren el juego libre como contexto de evaluación. La

consigna que recibe el cuidador es “*jugar como lo haría en casa*”, “*jugar a lo que elijan*” o “*jugar como acostumbra*”, dejándose abierta la posibilidad del juego a realizar. Según Muñoz-Ledo et al., (2007a) el contexto de juego libre es más parecido a la interacción habitual que puede establecer una madre con su hijo, por lo que observar la interacción madre-hijo en el contexto de juego libre, facilita unidades de análisis en mayor cantidad y calidad. Por su parte, la alimentación y la enseñanza son situaciones de evaluación frecuentemente utilizadas para la evaluación de la interacción madre-hijo (aunque en menor grado, con respecto al juego libre). En el contexto interactivo de alimentación, la madre alimenta al niño con: 1) lactancia materna o biberón (para niños menores a 6 meses) o 2) con aquellos alimentos ofrecidos comúnmente al niño y a los que ya está “habitado” (para niños ya ablactados o en proceso de ablactación). En el contexto interactivo de enseñanza, la madre enseña al niño a realizar una tarea acorde a su edad. Además, cabe señalar que la situación de alimentación es propuesta esencialmente por estudios sobre la interacción madre-hijo posterior al parto y depresión post-parto especialmente en madres adolescentes, con planteamientos orientados a resaltar la importancia de la disponibilidad y sensibilidad maternas para la sobrevivencia del neonato. Otras situaciones de evaluación menos utilizadas son la higiene, durante una visita médica, antes de dormir y durante todo un día. Respecto a la higiene, esta situación interactiva contempla el cambio de pañal, de ropa y limpieza del niño si se ensucia, y es retomada por estudios sobre la interacción madre-hijo posterior al parto, depresión post-parto y maternidad adolescente, con planteamientos orientados a resaltar la importancia de la sensibilidad materna para la sobrevivencia del neonato. Referente al escenario de antes de dormir, esta situación interactiva explora las acciones maternas previas para dormir y aquellas realizadas durante la situación, ya sea para inducir al sueño, acompañar al niño mientras se queda dormido, etc. La visita médica es una situación interactiva que se observa durante la consulta de rutina (por ejemplo, con el pediatra). Otro profesional presente (por ejemplo, una enfermera) observa y registra la interacción, mientras la madre y el niño son atendidos por el médico,

prestando atención a las conductas maternas y así atender simultáneamente a la consulta y al cuidado/solicitudes de atención por parte del niño. Incluso, la evaluación de la interacción puede ser durante “todo un día”, cuando personal calificado asiste a la casa de la diada y observa las formas en que la madre se organiza para realizar las tareas del hogar y prestar atención al niño. Esta situación es la menos retomada por los estudios, por requerir grandes insumos humanos, técnicos y de tiempo para la recolección y procesamiento de la información.

d) Escenarios de Observación. Los escenarios más referidos son **laboratorios, hospitales y centros de salud**. El laboratorio es referido por estudios e instrumentos que suelen recurrir a la videograbación, y pueden contar con espacios específicamente destinados y equipados para la evaluación de la interacción diádica: Cámara de Gesell, juguetes, espejos (para no perder ángulos de visión para los gestos de la madre y el niño), colchonetas e incluso muebles que recrean la habitación de un niño (por ejemplo, CARE-INDEX, NCAST, GRS, CITMI-R, PCRA). El hospital y el centro de salud son escenarios generalmente propuestos en estudios que evalúan la interacción madre-hijo como parte de un programa de intervención temprana, o como parte de un programa destinado a la sobrevivencia de neonatos de la UCIN. Se ocupan espacios como las salas post-parto o cubículos de consulta y generalmente se omite la grabación del episodio interactivo por: 1) respeto a la privacidad de la madre y el niño (por ejemplo, durante la lactancia materna) o 2) por el carácter encubierto de la evaluación de la interacción madre-hijo (por ejemplo, CARE-INDEX, NCAST, GRS, CITMI-R, MICS, PCRA). La **casa de la diada** es el escenario menos referido por la literatura y es utilizado generalmente por programas de intervención temprana que incluyen visitas domiciliarias. Complementando su evaluación de la interacción madre-hijo con otros instrumentos (como autoinformes, entrevistas o cuestionarios), generalmente no recurren a la videograbación por: 1) las implicaciones económicas y de seguridad de transportar equipo de videograbación a zonas de pobreza y extrema pobreza, 2) la intrusión al ambiente “natural” y consecuente

afectación de las conductas “naturales” maternas y del niño, inherentes a la filmación (por ejemplo, GRS). Cabe señalar, que a pesar de que buena parte de los instrumentos de evaluación de la interacción madre-hijo fueron diseñados para ser aplicados en escenarios institucionales los investigadores y clínicos hacen adecuaciones cuando requieren aplicarlo en otro escenario en función de sus intereses y objetivos de trabajo. Solo la experticia en la aplicación de un instrumento permite implementar adecuaciones convenientes de poca afectación para los resultados.

- e) Tiempos de Registro/Observación.** Los estudios al emplear diferentes instrumentos para la evaluación de la interacción madre-hijo, reportan tiempos de observación/video-filmación muy variables: **≤ a 5 minutos:** frecuentes cuando la duración de la actividad es determinada por el cuidador observado, o 5 minutos es el tiempo fijo de observación establecido por el instrumento. Sin embargo, tiempos tan cortos de registro plantean la interrogante de si es posible obtener una muestra representativa del repertorio de habilidades interactivas, tanto de la madre como del niño (por ejemplo, CARE-INDEX, GRS y CITMI-R). **≥ a 5, 10, hasta 25 minutos:** tiempos de observación generalmente reportados por situaciones de evaluación de juego libre y estructurado, que como mínimo reportan 5 minutos. Tiempos de observación que oscilan en este rango, son óptimos para obtener mayores unidades de observación tanto en cantidad como en calidad (por ejemplo, PCERA). **≥ a 25 minutos, hasta de 70 minutos:** frecuentemente reportados por evaluaciones en situación de alimentación. La percusión del neonato, el ritmo de alimentación del niño o bien su negativa para comer prolongan los episodios interactivos. Tiempos de observación que oscilan en este rango, presentan la dificultad de consumir mayor tiempo para su calificación, además caen en la observación y registro reiterado de conductas a lo largo del episodio interactivo (por ejemplo, MICS, NCAST).

f) **Unidades de Observación.** Los sistemas de evaluación de los comportamientos observados en las interacciones madre-hijo varían en el “tamaño” de las unidades de registro por lo cual, se categorizan en dos tipos de unidades de observación: **molar** y **molecular**. Las unidades de tipo molecular refieren a categorías estrechamente definidas enfocadas al registro de la frecuencia específica de eventos conductuales, por ejemplo, la sonrisa, el abrazo, las vocalizaciones, etc. Su utilización implica una aproximación microanalítica a la evaluación de la interacción madre-hijo, en la cual se considera necesario medir explícitamente la dimensión temporal, ya que el niño primero desarrolla una representación procesal del mundo, es decir crea expectativas de la secuencia de las repuestas de su cuidador (Rosenberg et al., 1986; Trenado et al., 2014). Algunas de sus ventajas y limitaciones son:

- **Ventajas:** 1) ofrecen registros más detallados de ciertas conductas, 2) la confiabilidad interobservadores suele ser más alta, ya que la definición de las conductas es más cerrada a interpretaciones personales del evaluador, 3) conservan gran parte de la varianza del comportamiento (útil para investigaciones interesadas en el estudio de pequeñas unidades de conducta o cambios en las tasas de comportamiento, como indicadores de la interacción diádica).
- **Limitaciones:** 1) ofrecen poca condensación de información, 2) es complicado extraer un significado común para comportamientos tan específicos, por lo que se sugieren procedimientos estadísticos, como por ejemplo, el análisis factorial, 3) conllevan un proceso laborioso para la codificación de conductas, registro permanente (por medio de la filmación) y gran consumo de tiempo para su calificación.

En contraste, las unidades de tipo molar refieren a categorías amplias de comportamiento (por ejemplo, la sensibilidad materna o la directividad). Su utilización implica una aproximación macroanalítica a la evaluación de la interacción madre-hijo, ofreciendo

información global sobre la interacción y los interactores (Rosenberg et al., 1986; Trenado et al., 2014). Por lo anterior, las unidades de registro más utilizadas por los instrumentos de evaluación de la interacción madre-hijo son las de tipo molar (por ejemplo, CARE-INDEX, NCAST, GRS, MICS, PCERA). Algunas de sus ventajas y limitaciones son:

- **Ventajas:** 1) Dan el más alto nivel de resumen del comportamiento observado (ofrecen alta condensación de la información, 2) permiten eliminar muchas fuentes de variación entre los comportamientos observados en la población estudio, 3) permiten hacer juicios basados en una serie de conductas que implican a ambos miembros de la diada, 4) ponen de relieve el significado esencial de comportamientos complejos.
- **Limitaciones:** 1) dan menos información sobre la frecuencia de eventos conductuales y los cambios en las tasas de comportamientos muy específicos (sonrisas, abrazos, vocalizaciones).

La utilización de unidades de tipo molar y molecular conlleva ventajas y limitaciones para cada instrumento y su elección obedece a los planteamientos, premisas teóricas, intereses y objetivos, a partir de los cuales fue creado, que el investigador deberá considerar a la hora de elegir un tipo de unidad de observación, molar y molecular.

g) Tipo de Resultados. Dependiendo del tipo de resultados arrojados por un instrumento de evaluación de la interacción madre-hijo, podemos ubicarlo como de Diagnóstico o de Tamizaje: **1) Instrumento Diagnóstico:** permite una evaluación detallada del episodio interactivo, a fin de identificar aquellas diadas con problemas en la interacción cuidador-niño. Identifica fortalezas y debilidades de los miembros de la diada, a partir de compararlos con su grupo de referencia según la curva poblacional, y provee categorías diagnósticas y de intervención a partir de una escala nominal o bien, una escala ordinal a partir de puntos de corte (por ejemplo, CARE-INDEX, NCAST, GRS, CITMI-R). **2) Instrumento de Tamizaje:** también conocido como de cribado o *screening*, es una evaluación general y rápida para identificar diadas que están en riesgo de presentar

dificultades en la interacción para canalizarlas a una evaluación adicional y/o programas de prevención/intervención temprana. Para este tipo de instrumentos es importante la especificidad (detectar eficazmente aquellos que no están en riesgo) y la sensibilidad (detectar eficazmente aquellos que si lo están), aspectos vinculados a los falsos negativos y falsos positivos de la prueba. Proveen calificaciones que indican la necesidad de seguir en tratamiento o no (por ejemplo, MICS). La utilización de un instrumento diagnóstico, o uno de tamizaje, obedece a los planteamientos, premisas teóricas, intereses y objetivos de cada estudio. La decisión del instrumento implica ventajas, limitaciones y requerimientos que el clínico y el investigador, deben considerar a la hora de emplear un tipo de instrumento.

h) Categorías de Análisis Frecuentes. Instrumentos que evalúan la interacción madre-hijo considerando el desempeño de ambos miembros de la diada, por lo general organizan los indicadores de sus subescalas considerando a la madre, al niño y a la diada (por ejemplo, NCAST, GRS, PCERA), o sólo a la madre y al niño (por ejemplo, CARE-INDEX, CITMI-R, MICS). Con denominaciones diferentes cada instrumento retoma aspectos de la interacción madre-hijo que se ha demostrado son importantes para evaluar su calidad, y pese a sus diferencias estructurales y de abordaje, es posible distinguir grandes categorías de análisis en común (por ejemplo, **sensibilidad materna** constructo derivado de la SE de Ainsworth). La presencia, ausencia y énfasis reflejado por cada instrumento sobre algunas categorías de análisis en detrimento de otras, obedece a los objetivos y enfoques metodológicos que dieron origen a cada uno de ellos (por ejemplo, el GRS que evalúa la interacción diádica enfatizando aspectos afectivos debido a su marco de creación con madres deprimidas o bien, el MICS que enfatiza aspectos lingüísticos por su fundamentación e interés en el desarrollo temprano del lenguaje). Asimismo, existen instrumentos que reflejan una integración más rica de categorías bajo el eje temático de las diferentes áreas del desarrollo infantil, que se pueden promover desde las interacciones madre-hijo (por ejemplo, NCAST, PCERA, CARE-INDEX). Además de la **contingencia**, la **sincronía** y la **reciprocidad**, la **sensibilidad materna** es una categoría de análisis presente en todos los instrumentos,

descansando gran parte de su construcción general en esta variable. Igualmente, la **conducta cooperativa del niño** es una categoría de análisis presente en todos los instrumentos, sobre la cual se apoya buena parte de la construcción de subescalas infantiles. El hecho de que estas categorías tengan más presencia que otras al interior de un instrumento plantea dos cuestiones: 1) que existen categorías de análisis claramente identificadas como cruciales para evaluar las interacciones madre-hijo (como la sensibilidad materna) y 2) que existen variables que han sido poco exploradas o integradas solo parcialmente al interior de los instrumentos, por derivarse de áreas de conocimiento en desarrollo o de reciente creación (por ejemplo, la integración de signos tempranos de alteración predisponentes a discapacidad que obstaculizan los intercambios del niño con el medio y la capacidad materna para organizar dichas conductas). Evaluar la interacción madre-hijo requiere considerar la diversidad de realidades interactivas que construyen las diadas, a partir de lo que cada miembro aporta a la interacción según sus condiciones sociales, de salud y competencias interactivas.

2.2.2 Consideraciones teórico-prácticas para elegir un instrumento para evaluar la interacción madre-hijo

Los instrumentos de evaluación de la interacción madre-hijo, son necesarios tanto en el ámbito clínico (para detectar y atender a las poblaciones en riesgo e incidir en el desarrollo infantil), así como en el ámbito de investigación (para examinar los factores que afectan las relaciones tempranas cuidador-niño y sus efectos en el desarrollo temprano). Para clínicos e investigadores la selección de un método de evaluación apropiado puede resultar difícil. Para ser útiles Rosenberg et al., (1986) sugieren que las medidas de evaluación de la interacción madre-hijo deben ser:

1. Confiables, incluso para patrones de comportamiento que pueden ser muy ambiguos, por ejemplo, los de niños muy pequeños o con discapacidad.
2. Provenir de un sistema que sea eficiente y se pueda incorporar fácilmente a una intervención.

3. Ayudar a identificar estrategias, que fomenten interacciones efectivas entre padres e hijos.

Ante la variedad de instrumentos de evaluación de la interacción madre-hijo que se han generado y se siguen generando, tanto el investigador como el clínico, requieren de lineamientos para una elección eficaz de un instrumento de evaluación de la interacción cuidador-niño. Algunos de ellos pueden ser:

- **Su descripción con suficiencia en la literatura profesional:** lo cual da un indicativo de su grado de desarrollo (instrumento estándar de oro, de reciente validación, de reciente creación, etc.).
- **El contenido:** el cual debe ser coherente con el tipo de conductas de la interacción diádica que se desean explorar o el estilo parental que se desea fomentar.
- **Medidas psicométricas reportadas:** Tipos de validez (contenido, criterio, constructo) confiabilidad interobservadores, consistencia interna (coeficiente alfa +.80). estas y otras medidas psicométricas son un indicativo de su grado de validez y confiabilidad.
- **Su sensibilidad a los cambios de comportamiento de los miembros de la diada:** asociados por ejemplo a las diferentes etapas del desarrollo infantil, a estados de salud, psicológicos, físicos y emocionales de ambos miembros de la diada, lo cual da un indicativo de su validez discriminativa y capacidad de predicción conductual
- **Practicidad de su uso:** con relación a 1) la facilidad del entrenamiento, 2) utilidad de la información arrojada por las medidas para planificación de programas y evaluación, 3) el tiempo requerido para su calificación, y 4) idoneidad para su uso con diferentes poblaciones.

Probablemente, pocos instrumentos cubren todos los criterios; aquellos instrumentos consolidados en la investigación y considerados como estándares de oro (por ejemplo, NCAST) son reportados con suficiencia en la literatura y cuentan con manuales de

aplicación y calificación. En contraste, aquellos de reciente creación o en proceso de construcción, no reportarán sus medidas psicométricas alcanzadas ni describirán con detalle su proceso de construcción o estado de validación (Pizaña, 2015) pero definitivamente, evaluar las interacciones tempranas cuidador-niño ha sido importante para los programas de intervención temprana por los efectos que las interacciones diádicas tienen sobre el desarrollo infantil temprano.

2.3 Impacto de la interacción adulto-niño en el desarrollo infantil.

Actualmente, es ampliamente aceptado el efecto de las interacciones adulto-niño sobre el desarrollo infantil y diversos estudios continúan aportando evidencia de la importancia de esta relación en etapas muy tempranas de la vida. Desde los primeros 2 años de vida, la satisfacción de las necesidades físicas básicas de los niños (alimento, cobijo, consuelo, protección, interacción, etc.) conllevan situaciones en las que se proporcionan estímulos que son necesarios para su bienestar, pero que también posibilitan el desarrollo de todas sus capacidades motoras, cognitivas, lingüísticas, emocionales y sociales.

Referente a la **organización, desarrollo y funcionamiento cerebral** temprano es ampliamente aceptada la influencia de las primeras acciones parentales relacionadas con los cuidados básicos, la estimulación y los buenos tratos; los estímulos recibidos tempranamente en el entorno familiar-social tienen un rol activo en la configuración cerebral y su funcionamiento (por procesos de neurogénesis, modulación de muerte neuronal, mielinización, estabilización sináptica, reorientación axonal-dentrítica y reclutamiento de proyecciones transitorias) permitiendo incluso la reorganización cerebral ante daño neurológico temprano. Asimismo, el efecto de ambientes tóxicos como fuentes de estrés y su relación con anomalías cerebrales estructurales y funcionales (principalmente del hipocampo, lóbulo frontal, amígdala, sistema mesolímbico, receptores de dopamina y sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical) como fuente de déficits cognitivos, afectivos, hiper-respuesta al estrés, pobre control de impulsos, afrontamiento desadaptativo y dificultad para experimentar placer (compensando con tabaquismo,

alcoholismo y drogadicción en etapas posteriores de la vida) es ampliamente descrita (Young, 1996; Bonnier, 2008; Pechtel & Pizzagalli, 2011; Vargas y Arán 2014; Walker et al., 2011).

Respecto al **desarrollo motriz**, Muñoz-Ledo et al., (2013) en un estudio longitudinal con 31 diadas madre-hijo sobre el efecto de la sensibilidad materna, y las interacciones de reciprocidad madre-hijo a los 4, 8 y 12 meses en niños con daño neurológico perinatal, reportan que madres interactivas-organizadoras que 1) observan las señales de su hijo, 2) reconocen e interpretan acertadamente sus necesidades y 3) responden en forma adecuada en el momento adecuado tomando en cuenta el interés mostrado por el niño, predicen un mejor desarrollo motor en niños con dificultades para iniciar y establecer relaciones con su medio, constituyéndose este estilo de interacción materna sensible y reciproco un factor protector del desarrollo infantil. De modo que la interacción cuidador-niño constituye una situación de estimulación y organización inicial crítica de la conducta motora sin la cual, el niño no podrá adaptarse a las variaciones medioambientales, y mostrará dificultades en la capacidad de establecer relaciones de intercambio, sustrato de los primeros esquemas cognitivos y por ende, de toda organización intelectual.

Además, se sugiere una tendencia parental interactiva diferencial para la estimulación motriz según el género de los niños. Osorio et al., (2010) en un estudio longitudinal sobre el desarrollo motor en niños del estado de Morelos a los 6 y 30 meses, observaron que los niños obtuvieron un mejor desempeño en motricidad gruesa (equilibrio y locomoción) mientras que las niñas lo obtuvieron en motricidad fina (agarre e integración visomotora). No obstante, en ambos géneros el desempeño incrementó significativamente conforme la madre, durante la interacción mostraba mayor capacidad para: 1) involucrarse y variar la estimulación, 2) aumentar la estimulación total provista, 3) aumentar su respuesta emocional (acariciando y acercándose) y verbal (vocalizando espontáneamente) para reforzar las acciones positivas del niño y 4) no restringir ni castigar innecesariamente al niño, aceptando sus conductas de exploración y proporcionando apoyo y límites necesarios. Finalmente, los autores argumentan que sus resultados pueden deberse a la

promoción de cierto tipo de conductas motrices según el género; los movimientos corporales bruscos en los niños y la destreza manual y coordinaciones finas en las niñas.

La interacción madre-hijo y sus efectos sobre el desarrollo motor temprano, dependen de las condiciones de ambos miembros del binomio y lo que cada uno puede aportar a la interacción. Diversos estudios arrojan evidencia sobre cómo factores maternos y del niño, afectan la interacción temprana cuidado-niño y el desarrollo motriz en los primeros años de vida.

Fiel et al., (2009) en un estudio transversal sobre los efectos de la depresión mayor y la distimia en la interacción madre-hijo con 63 diadas madre-hijo (hispanas, afroamericanas y blancas no hispanas) y la codificación de las conductas maternas (sonrisa, gestos exagerados, juego libre e imitación) y las conductas infantiles (sonrisas, vocalización, aversión motora de la actividad, angustia y mirada), encontraron que los hijos de madres con distimia presentan menor desarrollo motor, sonríen menos y manifiestan más conductas de angustia que los hijos de madres con depresión. A partir de sus resultados, los autores concluyen que el diagnóstico de distimia materna representa un riesgo para el desarrollo neonatal por afectación a las interacciones madre-hijo, ya que son madres que tocan menos a sus hijos y si bien ofrecen más tiempo de manipulación, proveen menos tiempo a la imitación de sus hijos.

Pedrós et al., (2002) en un estudio longitudinal sobre los estilos de crianza de madres deprimidas y su influencia sobre el desarrollo infantil, durante los primeros 28 meses de vida en 60 diadas madre-hijo españolas, a partir de dos parámetros de evaluación de la interacción madre-hijo: 1) el afecto (actitud de la madre, miradas cariñosas, caricias, besos y cualquier otras muestra de afecto) y 2) el cuidado (cuidado y efectividad con que la madre ejecuta dicha tarea), observaron que si bien un estilo de crianza bajo en afecto y cuidado afecta el desarrollo motriz durante los primeros 6 meses de vida del niño, esta asociación no se mantiene a los 12 meses. A partir de sus resultados, los autores sugieren que la depresión y su duración por sí misma, no ejerce un efecto sobre el

desarrollo motriz en el primer año de vida, ya que otros factores tanto maternos (por ejemplo, nivel educativo, estrato económico, percepciones, etc.) como del niño (por ejemplo, estado de salud) intervienen en el desarrollo temprano de niños con madres deprimidas.

Black et al., (2007) en un estudio transversal sobre los síntomas depresivos maternos y su relación con el desarrollo motor infantil a los 6 y 12 meses, en 221 diadas madre-hijo de bajos ingresos de las zonas rurales de Bangladesh, encontraron que los hijos de madres deprimidas obtienen puntuaciones bajas en el desarrollo general, y que aquellas madres deprimidas que además percibían a sus hijos como más irritables mostraron **menor responsividad y sensibilidad a las señales** por lo cual, sus hijos obtuvieron puntuaciones aún más bajas en el área motora. A partir de sus resultados, los autores señalan que los riesgos de los síntomas depresivos maternos para el desarrollo motor se acentúan cuando las madres perciben a sus hijos como más irritables afectándose **la responsividad materna, las oportunidades de juego provistas por la madre** (que permiten al niño desarrollar y perfeccionar sus habilidades motoras) y en general, la capacidad materna para proporcionar entornos de **prestación de cuidados sensibles** orientados al desarrollo.

Rodríguez (2006) en un estudio transversal sobre el tipo de vínculo madre-hijo y la inteligencia sensoriomotriz con 54 diadas madre-hijo argentinas, encontró que los niños con un vínculo ausente presentaron un retraso motor leve, pero sin significancia estadística, mientras que niños con vínculos bueno y muy bueno arrojaron un desarrollo motriz normal. Sin embargo, el estudio reporta asociaciones positivas significativas entre: 1) nivel educativo materno y el vínculo madre-hijo, 2) tiempo de gestación y el vínculo madre-hijo, 3) tiempo de gestación y desarrollo sensoriomotriz y 4) tiempo de lactancia y desarrollo sensoriomotriz. A partir de sus resultados, el estudio señala que el tipo de vínculo madre-hijo se traduce en confianza que experimenta el niño para explorar el medio, perfeccionar sus habilidades y potenciar sus capacidades, y que niños prematuros al ser privados de los contactos iniciales con su madre, pueden verse afectados tanto

vincularmente como en su desarrollo por condiciones de inmadurez biológica, mortalidad y enfermedades diversas. Asimismo, se enfatiza que la lactancia materna proporciona un ambiente interactivo, y es un tipo de alimentación que contribuye a un mejor desarrollo neurológico, y por tanto de la inteligencia. Finalmente, se sugiere que a mayor nivel de estudios una persona aumenta su bagaje de conocimientos, información y cultura por lo cual, es muy probable que madres con mayor nivel de instrucción, puedan adaptarse mejor a las necesidades de sus bebés y puedan brindarle un mejor cuidado logrando así, una mejor calidad vincular madre-hijo.

Con relación al **desarrollo del lenguaje**, conductas maternas como la sensibilidad, la responsividad, la estimulación verbal materna y en general, la calidad de la interacción madre-hijo repercute en el desarrollo lingüístico temprano. Un metaanálisis de Klein y Lhinares (2006) sobre prematuridad y la interacción madre-hijo reportaron que la responsividad, la sensibilidad materna y la calidad de la estimulación predicen el lenguaje receptivo del niño a los 12 meses de edad, mientras que la calidad de la estimulación materna predice el lenguaje expresivo a los 2 años de edad en niños pretermino y de termino. En el mismo sentido, la responsividad materna a los 2 años predice el desarrollo del lenguaje receptivo a los 4 años de edad tanto en niños pretermino y de termino y que el comportamiento del cuidador para focalizar la atención del niño a los 2 años (especialmente, por medio de gestos y descripciones verbales simultaneas) predice el IQ verbal infantil a los 3 años de edad.

En otro estudio de metaanálisis (Galván-Bovaira y Del Rio, 2009) sobre la evaluación de la interacción madre-hijo de los 0 a 3 años, señalaron que no obstante a las diferencias culturales, los estudios reportan que la respuesta contingente de la madre (respuesta con latencia, con relación a las señales del niño) a los 13 meses en circunstancias normales, en forma de imitación y expansión del comportamiento vocal de los niños, predice la emisión de las 50 primeras palabras. Sin embargo, los autores señalan que la mayoría de los estudios evalúan la interacción en general, sin profundizar en aquellos aspectos específicos que representan estrategias con potencial educativo, enfatizando

sobremanera la respuesta contingente de la madre, sin analizar el contenido de la respuesta, por lo cual los autores concluyen que también otras conductas maternas como la sobre-interpretación, la imitación, la contextualización y la valoración positiva son cruciales para el desarrollo del lenguaje.

Referente al **desarrollo cognitivo**, una revisión teórica de Vargas y Arán (2014) reporta que si bien la literatura científica se ha focalizado principalmente en el desarrollo socioafectivo y las psicopatologías infantiles, se observa un creciente interés por el estudio de los estilos, prácticas y competencias parentales y sus efectos sobre el desarrollo de las habilidades cognitivas de los niños, señalándose específicamente como conductas parentales fundamentales para la emergencia de las capacidades ejecutivas: a) el apoyo y la estimulación, b) la regulación verbal externa, c) el modelado durante tareas de resolución de problemas y d) el cuidado cálido y sensible. Así, procesos como la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y la inhibición se ven favorecidos u obstaculizados por el estilo de relación parental.

Además, se ha identificado que madres con alta autoeficacia parental exhiben mayor empatía con sus bebés, logrando centrar sus emociones en las necesidades, deseos e intereses del niño por lo que muestran un mejor soporte parental; sensibilidad, alta sincronía, feedback, actitud de apoyo, flexibilidad para ajustar planes de acción y calidez (desplegada en alabanzas, contacto físico y afectividad positiva, como entusiasmo y disfrute de la interacción con su hijo) facilitando centrar la atención y secuencias de pensamiento del niño, incidiendo en su desarrollo cognitivo temprano (Hernández, 2016).

Un metaanálisis de Lafuente (2000) reporta un consenso acerca de que hijos de madres sensibles que suministran un trato adecuado (son cariñosas, aceptan, comprenden y entienden las necesidades del niño de modo consistente, respetan su individualidad, logran un buen equilibrio entre control y autonomía, dosifican adecuadamente la estimulación con juguetes, objetos y actividades apropiados a su edad) desarrollan un apego seguro y generalmente son niños más inteligentes con mejor rendimiento en tareas

intelectuales (obtienen mejores cocientes intelectuales en el segundo y tercer año de vida), que aquellos niños que desarrollan un apego ansioso.

Perea et al., (2011) en un estudio transversal sobre la calidad de las interacciones madre-hijo, y su relación con el desarrollo mental infantil a los 12 meses de edad en 19 diadas madre-hijo, con niños nacidos a término y sin complicaciones pre o posnatales, observaron una correlación positiva entre sensibilidad materna, comportamiento cooperativo infantil y desarrollo mental adecuado para la edad. A su vez, encontraron una asociación significativa entre: 1) comportamiento controlador materno y comportamientos difíciles y/o pasivos del niño, y 2) indiferencia materna y comportamientos pasivos y/o complacientes del niño. A partir de lo anterior, los autores señalan que buena parte del desarrollo mental del niño a los 12 meses, está explicado por la calidad de la interacción madre-hijo y que reconocer este hecho, es un elemento clave en atención temprana.

Page et al., (2010) en un estudio longitudinal sobre la sensibilidad materna, la estimulación verbal y su relación con el desarrollo cognitivo en 6377 diadas madre-hijo con niños de 8 a 12 meses de edad, encontraron que la sensibilidad materna y la estimulación verbal predijeron el desarrollo cognitivo (evaluado con la escala de desarrollo mental de Bayley II). Además, observaron que la estimulación verbal aumenta conforme a la edad de los niños ya que generalmente, las madres hablan más a los niños de mayor edad que a los más pequeños. No obstante, la estimulación verbal a diferencia de la sensibilidad materna predijo mejor el desarrollo cognitivo por lo cual, los autores sugieren que la estimulación verbal provee estructuras de pensamiento en etapas tempranas de la vida.

Bernier et al., (2010) en un estudio longitudinal sobre la calidad de las interacciones madre-hijo y el desarrollo cognitivo con 80 diadas madre-hijo canadienses, encontraron que la sensibilidad materna, el apoyo materno cuando es necesario y especialmente la autonomía otorgada al niño predicen el funcionamiento ejecutivo de los niños a los 18 y 26 meses específicamente: la memoria de trabajo, la inhibición, la flexibilidad cognitiva y

la postergación de la gratificación, independientemente de la capacidad cognitiva general y educación materna. Así, a partir de sus resultados los autores se suman al consenso actual de que las primeras interacciones madre-hijo juegan un papel importante, para el desarrollo de capacidades cognitivas y de autorregulación de los niños en los primeros 3 años de vida.

Bernier et al., (2012) en un estudio longitudinal sobre la conducta parental y el desarrollo de las funciones ejecutivas a los 12, 15, 18, 24 y 36 meses con 62 diadas canadienses, reportan que el apego seguro del niño al año y dos años de edad se relaciona con un mejor desempeño cognitivo, específicamente en tareas de memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva. A partir de sus resultados, los autores señalan que la seguridad del apego infantil desempeña un papel significativo en el desarrollo de funciones ejecutivas en niños pequeños (especialmente para la flexibilidad cognitiva) y que dicha asociación puede mantenerse más allá de los 3 años por una combinación de factores antecedentes (habilidad verbal previa del niño, tipo de familia, estilo parental, etc.) La seguridad del apego puede así desempeñar un papel significativo en el desarrollo del control ejecutivo de los niños pequeños.

En relación con el **desarrollo emocional**, se ha identificado que los niños aprenden a regular sus emociones a partir de las interacciones con sus padres o cuidadores, y tienden a adoptar estrategias regulatorias semejantes a las demostradas por ellos. De modo que las perturbaciones del desarrollo psicoafectivo pueden atribuirse, tanto a defectos inherentes al niño (alteración neurológica, anomalías genéticas, malformaciones cerebrales, etc.) como a alteraciones del medio, ya sea por eventos traumáticos reiterativos o por comportamientos parentales inadecuados (Betancourt et al., 2007).

El apego en el primer año de vida es una meta de desarrollo y un indicador primario de autorregulación emocional; ante conductas insensibles o sumamente insensibles de los cuidadores los niños se mostrarán molestos, ambivalentes, inseguros, poco tolerantes a la separación, exigentes, poco cooperativos, alborotadores e incluso poco afectuosos,

disminuyendo su responsividad y catalogándoseles como niños de “trato difícil”. Si un niño no puede predecir la conducta de su cuidador principal, se afecta su sentido de competencia social a corto e inclusive largo plazo. Desde Ainsworth (1974), ante madres poco accesibles y disponibles, olvidadizas, que se desentienden o abandonan las solicitudes del bebé, se ha reportado que los niños exhiben un llanto más insistente, son impacientes y altamente exigentes. Asimismo, madres poco empáticas (que no pueden ver desde el punto de vista del bebé, porque no logran separar sus propios deseos o estados para juzgar objetivamente la conducta de su hijo) fallan en interpretar correctamente las señales del niño, por lo que este se muestra poco obediente o cooperativo, irritable o rechazante. Además, madres que responden muy tardíamente a las solicitudes del niño, o no responden a sus señales para iniciar interacción o mostrar afecto (sonrisas, caricias, brazos extendidos en solicitud de ser abrazado o cargado), e incluso no responden a sus señales de angustia para calmarlo (llanto, gritos, etc.) e imponen actividades y rutinas en estricta conveniencia del reloj o necesidades maternas, sin considerar las señales del bebé o su estado actual, no favorecen la autorregulación emocional del niño e incrementan su egocentrismo, observándose incluso en el bebé una disminución de formas de iniciativa para iniciar interacción social.

Igualmente, Esquivel et al., (2013) en un estudio sobre técnicas de regulación emocional maternal implementadas ante el enojo infantil, en 19 diadas mexicanas madre-hijo con niños de 18 a 36 meses de edad, detectaron que la estrategia de “cambio de atención” facilitaba a los niños engancharse a estímulos distintos e iniciar nuevas actividades, a su vez que correlacionó negativamente con otras estrategias que incrementan la intensidad de la reacción emocional (berrinche) ya que posiblemente, al poner una barrera en la comunicación diádica, las madres comunican a sus hijos una falta de sensibilidad o empatía que incrementa la intensidad de la emoción. Asimismo, observaron que conforme los niños avanzaban en edad, utilizaban estrategias más activas y flexibles (como tratar de recuperar el juguete y redireccionar la atención) que pasivas (como el llanto y consolarse a sí mismos), pasando del uso de estrategias simples al uso de estrategias más complejas que implican un mayor desarrollo cognitivo.

En contraste, padres que cumplen de manera inmediata los deseos de sus hijos no les permiten experimentar sus emociones negativas y desarrollar tolerancia a la frustración, propiciando conductas impulsivas y limitando la capacidad del niño para emplear estrategias regulatorias autónomas como distraerse, auto-calmarse o buscar consuelo (Thompson y Goodvin, 2007).

Además, cuestionar la emoción de los niños preguntándoles “¿por qué lloras?” e indicándoles “no hay por qué llorar” minimiza la legitimidad de su experiencia emocional, por lo cual aprenden a ocultar sus emociones y desarrollan estrategias regulatorias que favorecen la inhibición y el sobre-control, limitándose sus recursos para lidiar con emociones negativas (Spinrad et al., 2004).

Asimismo, la autorregulación emocional provista por el adulto cuidador no debe ser radical; un exceso de emocionalidad negativa y su escaso control pueden ser antecedentes de trastornos externalizados como la agresión, conductas desafiantes y antisociales posteriormente, mientras que un sobre control emocional conlleva a que los niños experimenten en mayor medida emociones negativas como el miedo o la ansiedad, que inhiban su conducta y se incremente el riesgo de presentar a futuro trastornos internalizados, como depresión, ansiedad y aislamiento social (Eisenberg et al., 2007).

A partir de los estudios sobre las interacciones madre-hijo y sus efectos sobre el desarrollo infantil, se han identificado estilos interactivos parentales que son más benéficos para el desarrollo y que, junto con las posibilidades interactivas del niño, permiten clasificar a las diadas en sistemas diádicos, reconociendo que la interacción cuidador-niño dependerá de lo que ambos miembros de la diada pueden aportar.

2.4 Sistemas interactivos diádicos y sus implicaciones en el desarrollo

El desarrollo humano es expresión de complejas e inseparables relaciones entre estructuras biológicas y su funcionamiento en el entorno sociocultural, escenario de los intercambios que realizan los sujetos, a lo largo de procesos de organización y complejidad crecientes (Muñoz-Ledo et al., 2007b).

Al nacimiento, los bebés ya cuentan con sistemas conductuales que les permiten buscar y propiciar la cercanía y contactos de su madre, comunicándose con ella mediante conductas vinculares (prensión, expresiones faciales, vocalización, llanto, sonrisas, miradas) que la madre generalmente, aunque no invariablemente, atiende, y con el tiempo aprende a interpretar como señales que su hijo dirige activamente hacia ella, confiriéndoles un significado particular, según la circunstancia, el tiempo, etc. (Bowlby 1982; Ainsworth y Bell, 1982; Stern, 1998; Ainsworth, Bell y Stayton, 1974).

En condiciones idóneas, la madre puede fungir como facilitadora de estos intercambios gracias a que desde el nacimiento el bebé presenta un comportamiento organizado y activo, que responde en forma selectiva a estímulos sociales (Muñoz-Ledo et al., 2007b). Sin embargo, las condiciones en las que se desarrolla la crianza temprana no suelen ser las más ideales.

Factores de riesgo biológicos (síndromes genéticos, nacimiento prematuro, daño neurológico por eventos hipóxicos, hemorrágicos, infecciosos, metabólicos, etc.) demuestran que el sistema nervioso es especialmente sensible a diversos mecanismos perturbadores, que pueden retrasar, interferir o modificar su desarrollo. El efecto negativo del daño neurológico dependerá a largo plazo de la severidad de la agresión con respecto a su localización, extensión, duración y la efectividad de procesos homeostáticos y homeorréticos inherentes a la organización biológica del individuo, favorecidos o no, por sus intercambios con el medio (Muñoz-Ledo et al., 2003).

Niños con alto riesgo biológico muestran grandes dificultades para iniciar y sostener interacciones con su medio debido a alteraciones sensoriales, de la actividad refleja, del tono muscular, la postura, el movimiento, de los automatismos (respiración, succión-deglución, temperatura, sueño-vigilia) y en general a la reducción de la variabilidad de sus respuestas conductuales (llegando incluso a la estereotipia). Las expresiones tempranas del daño neurológico provocan asimetrías y desincronización de las interacciones madre-hijo, limitando su potencial reorganizador del desarrollo infantil que el daño neurológico desvía de su trayectoria típica de especie (Muñoz-Ledo et al., 2003; 2007; Sánchez et al., 2009).

A la par de los factores orgánicos que son los más conocidos, existe una serie de factores ambientales y contextuales (especialmente psicosociales) que también hay que considerar en materia de prevención y modificación; un ambiente hipostimulante o hiperestimulante es un factor tan importante como la malnutrición, la privación de cuidados maternos y el maltrato que, de manera especial, forma parte de la etiología habitual del retraso mental (Campos-Castelló, 2013). Además, los efectos de la pobreza sobre el desarrollo infantil han sido ampliamente descritos.

El Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría en colaboración con la UAM-Xochimilco, a partir de estudios sobre la interacción espontánea cuidador-niño en infantes con antecedentes de encefalopatía perinatal (Muñoz-Ledo et al., 2002 y 2003), identificaron estilos de comportamiento interactivo madre-hijo, asociados a la estructuración de secuelas en el desarrollo infantil al año de edad, que describen en cuatro sistemas diádicos:

SISTEMA DIÁDICO 1

- **Madre organizadora:** de los intercambios del niño y favorecedoras de los procesos de organización del desarrollo de su hijo. Se caracteriza por: a) observa las señales del niño (la madre advierte la presencia del niño), b) reconoce e interpreta en forma acertada las necesidades del niño, c) responde en forma

adecuada tomando en cuenta el interés mostrado por el niño y d) la respuesta es realizada en el momento apropiado.

- **Niño con posibilidades de organizar:** sus intercambios y proceso de desarrollo. Se caracteriza por: a) activo y observador de las señales de la madre, b) responde a los inicios interactivos de la madre realizando la acción solicitada y c) inicia acciones con su madre a través de un objeto o sin mediación de objeto.

SISTEMA DIÁDICO 2

- **Madre organizadora:** de los intercambios del niño y favorecedora de los procesos e organización del desarrollo de su hijo. Se caracteriza por: a) observa las señales del niño (la madre advierte la presencia del niño), b) reconoce e interpreta en forma acertada las necesidades del niño, c) responde en forma adecuada tomando en cuenta el interés mostrado por el niño y d) la respuesta es realizada en el momento apropiado.
- **Niño con grandes dificultades:** debido a expresiones comportamentales que limitan sus posibilidades para organizar sus intercambios y su proceso de desarrollo. Se caracteriza por: a) mostrarse hipoactivo o hiperactivo, poco observador de las señales de la madre, b) responde con grandes dificultades o no responde a los inicios interactivos de la madre y c) escasos inicios de acciones interactivas con su madre.

SISTEMA DIÁDICO 3

- **Madre desorganizadora:** de los intercambios del niño que limitaron las posibilidades de desarrollo de su hijo. Se caracteriza por: a) no observa las señales del niño, b) no reconoce ni interpreta en forma acertada a las necesidades del niño, c) no responde en forma adecuada, no considera el interés mostrado por el niño y d) no responde o lo hace en forma tardía.
- **Niño con posibilidades de organizar:** sus intercambios y su proceso de desarrollo. Se caracteriza por: a) activo y observador de las señales de la madre,

- b) responde a los inicios interactivos de la madre realizando la acción solicitada y
- c) inicia acciones con su madre a través de un objeto o sin mediación de un objeto.

SISTEMA DIÁDICO 4

- **Madre desorganizadora:** de los intercambios del niño que limitaron las posibilidades de desarrollo de su hijo. Se caracteriza por: a) no observa las señales del niño, b) no reconoce ni interpreta en forma acertada las necesidades del niño, c) no responde en forma adecuada, no considera el interés mostrado por el niño y d) no responde o lo hace en forma tardía.
- **Niño con grandes dificultades:** debido a expresiones comportamentales que limitan sus posibilidades para organizar sus intercambios y su proceso de desarrollo. Se caracteriza por: a) mostrarse hipoactivo o hiperactivo, poco observador de las señales de la madre, b) responde con dificultades o no responde a los inicios interactivos de la madre, c) escasos inicios de acciones interactivas con su madre.

Caracterizar las competencias interactivas de cada miembro de la diada, permite detectar e intervenir precozmente sobre las problemáticas interactivas del binomio cuidador-niño, durante el primer año de vida y con ello promover el desarrollo infantil temprano (Muñoz-Ledo y Sánchez, 2012). Los sistemas diádicos afectan el desarrollo infantil de manera distinta y tienen posibilidades de transformación descritos en el siguiente cuadro.

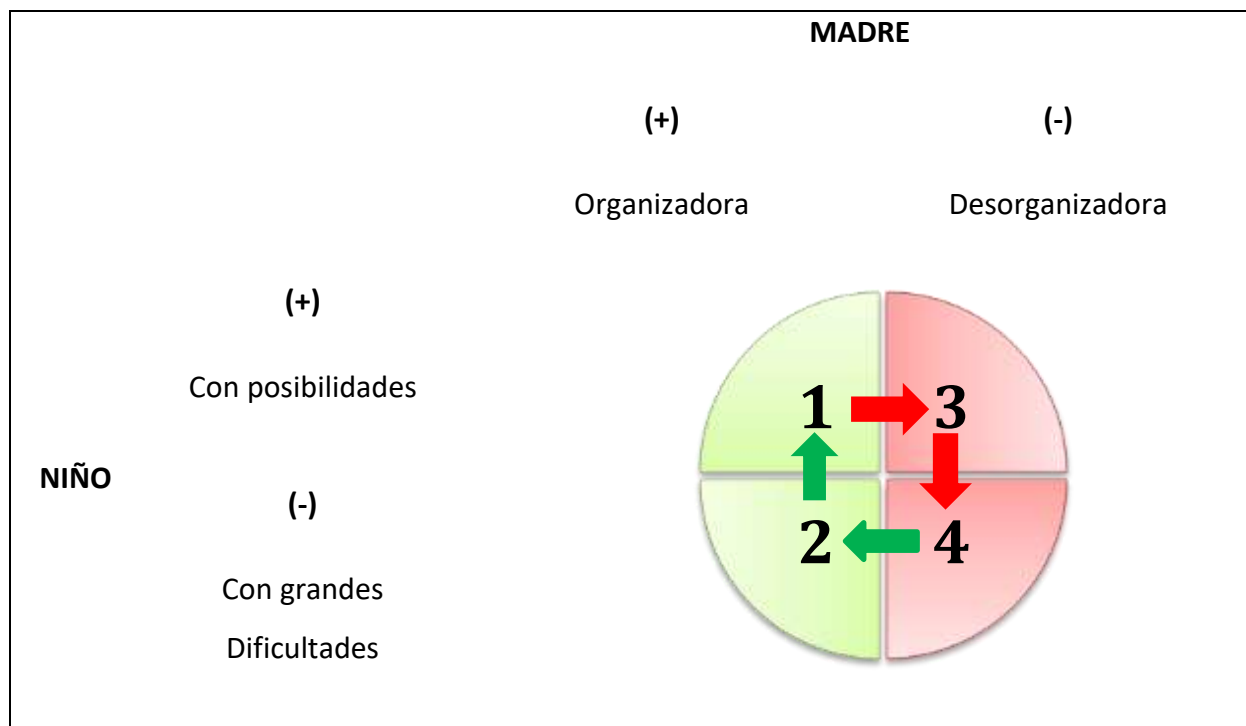




Figura 2.2 Sistemas interactivos diádicos cuidador-niño y sus posibilidades de transformación. Fuente: Elaboración personal a partir de la revisión de Muñoz-Ledo et al., (2002) y Muñoz-Ledo et al., (2003) donde la flecha verde  indica una transformación favorable para el desarrollo infantil y la flecha roja  una desfavorable o de riesgo para el desarrollo infantil temprano. Fuente: Pizaña, 2015.

La interacción diádica se construye a partir de lo que ambos miembros pueden aportar: una madre organizadora y un niño con posibilidades (Sistema Diádico 1) tienen mayor probabilidad de un mejor desarrollo. Incluso una madre organizadora con un niño con grandes dificultades (Sistema Diádico 2), tienen oportunidad de alcanzar mejorías en el desarrollo infantil, si la madre es capacitada en el manejo de las conductas y características del niño que obstaculizan el desarrollo, e incluso tienen la oportunidad de transformarse en un Sistema Diádico 1.

Sin embargo, una madre que es desorganizadora con un niño con posibilidades (Sistema Diádico 3) pueden rezagarse en el desarrollo infantil si la madre desorganiza, obstaculiza o no promueve el desarrollo del niño y convertirse en un Sistema Diádico 4, el cual tiene el peor pronóstico para el desarrollo, ya que una madre desorganizadora y un niño con grandes dificultades sostendrán interacciones pobres y limitadas, que difícilmente

constituirán situaciones de aprendizaje y desarrollo infantil. No obstante, incluso el Sistema Diádico 4 puede transformarse en un Sistema Diádico 2, si la madre es capacitada en el manejo de las conductas y características del niño disruptivas del desarrollo, así como apoyo para el manejo de sus propias características problemáticas (depresión, ansiedad, sobreprotección, etc.). Si bien en teoría, la promoción del desarrollo infantil temprano es deseable para todas las poblaciones, en términos prácticos no es factible, por lo que en materia de intervención temprana las diadas prioritarias serían las pertenecientes a los Sistemas Diádicos 3 y 4.

Hernández (2011) caracterizó las interacciones madre-hijo de niños con Hipotiroidismo Congénito (HC) en un estudio longitudinal a los 4, 8 y 12 meses de edad de 15 diadas, e investigó su correlación con el desarrollo del niño evaluado a través de la prueba Gesell. Los resultados confirmaron una consistencia sobre: 1) la caracterización de las interacciones madre-hijo que difirieron por tipo de HC (atirósico o nódulo sublingual) y 2) los puntajes obtenidos en su desarrollo global, siendo los grupos del sistema diádico 1, de nódulo sublingual los de mayores puntajes. De ese modo, se propuso que el estudio de las interacciones madre-hijo representa un espacio de intervención para la prevención de las secuelas derivadas de alteraciones biológicas, que afectan el desarrollo infantil temprano.

Además, algunos niños exhiben dificultades para regular, procesar y modular estímulos externos (luz, sonido, estímulos táctiles, orales, etc.) y propioceptivos, como parte de dificultades en el espectro de la regulación, identificándose niños:

- **Irritables.** Por hipersensibilidad frente a la estimulación, con dificultades para regular la intensidad, la frecuencia y la duración de sus respuestas emocionales, en particular las emociones negativas (enojo, tristeza, frustración).
- **Hiporreactivos.** Requieren de una estimulación superior a la habitual.
- **Hiperactivos.** Por desorganización e impulsividad ligadas a la respuesta frente a la estimulación, con dificultades en el establecimiento de capacidades crecientes

de concentración, observándose problemáticas incluso en las áreas del sueño y alimentación.

Estas dificultades están relacionadas probablemente con diferencias individuales, ligadas constitucionalmente a la sensibilidad frente a los estímulos que posee cada niño al nacer. Sin embargo, desde los primeros momentos de vida el encuentro con el ambiente, los cuidadores y el modo en que ellos participan para captar empáticamente las necesidades particulares del niño, regulando o intensificando los estímulos, puede resultar un factor crucial para el establecimiento de un vínculo que equilibre la dificultad inicial y favorezca la salud del niño a futuro (Armus et al., 2012). Así, la hipoactividad, la irritabilidad y la hiperactividad son obstáculos interactivos del niño que están en posibilidad de organizarse según la actitud de su cuidador.

La interacción cuidador-niño durante el primer año de vida, puede ser un indicador útil de la influencia de los comportamientos interactivos madre-hijo en el proceso de organización del desarrollo infantil, especialmente en situaciones adversas por características atribuibles al niño, a la madre o al contexto.

Muñoz-Ledo, et al., (2007b) señala la interacción madre-hijo como fuente y mecanismo de transformaciones del desarrollo, observando cómo niños diagnosticados con daño neurológico perinatal con madres sensibles y organizadoras, no desarrollaron secuelas neurológicas al año de edad o estas fueron leves, entendiendo como madres sensibles y organizadoras aquellas que:

- ✓ iniciaban y promovían episodios interactivos más frecuentes
- ✓ percibían e interpretaban con acierto las señales y comunicaciones de sus hijos
- ✓ respondían con prontitud en forma adecuada y contingente a las señales
- ✓ aumentaban el nivel de complejidad de las acciones en función de los logros alcanzados por sus hijos

- ✓ esperaban sus respuestas antes de iniciar otra acción, proporcionando el apoyo necesario ante los obstáculos
- ✓ iniciaban acciones tendientes a despertar el interés del niño, favoreciendo la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades del desarrollo.

Brazelton en 1974 ya señalaba la importancia de la reciprocidad, al explicar cómo la capacidad materna para ser sensible a las señales de su bebé aumentando o disminuyendo la intensidad de la estimulación en virtud del estado hedónico del niño es crucial. Por ejemplo, cuando las madres no tienen en cuenta tales señales pueden sobre-estimular a los niños provocando su llanto (Martínez, 2010).

En resumen, el desarrollo del niño no depende solamente de lo que trae consigo al nacer, sino también de lo que el medio le aporta en un contexto específico. Estimularle según sus requerimientos en los primeros años de vida, tiempo en el que hay una enorme posibilidad de asimilar e integrar nuevas experiencias aumentando así el número de interconexiones neuronales, puede contribuir no solo a promover su desarrollo integral, sino además a interrumpir o corregir alteraciones del desarrollo previniendo incluso la discapacidad (García et al., 2000). Asimismo, se requiere mayor soporte empírico sobre la influencia de patrones específicos de interacciones tempranas madre-hijo y el desarrollo infantil posterior.

En los programas de intervención temprana tanto en poblaciones de alto como de bajo riesgo biológico y psicosocial, la integración de estrategias para mejorar la calidad de las interacciones madre-hijo tiene que ir en función de las características y posibilidades interactivas del niño y de las metas de desarrollo en turno: indicaciones generales como “*estimule mucho a su hijo*” son insuficientes (Muñoz-Ledo et al., 2003). Además, también será útil identificar las posibilidades interactivas de la madre según el contexto específico en el que se desarrolla la crianza temprana incluyendo variables como el sistema familiar y su dinámica interna (ninguno de los instrumentos más utilizados para evaluar la interacción diádica en sus categorías de análisis retoma cómo la interacción madre-hijo

aterriza, se moldea, modifica, acopla, se ayuda o se resiste al sistema familiar), lo cual sería conveniente para acercarnos a las posibilidades de transformación de las competencias interactivas de ambos miembros de la diada y como dicha interacción sucede en un ambiente real y dinámico. Si bien las asesorías sobre el cuidado integral del niño siempre serán benéficas y bien vistas, para potenciar su alcance se requieren evaluaciones sensibles a los escenarios reales de crianza. Todo en pro de fortalecer a los cuidadores en sus habilidades para vigilar, promover y organizar el desarrollo infantil, y también en aquellas habilidades que les permitan ser más conscientes de los estilos interactivos que sostienen con sus hijos, para incluso romper con patrones generacionales de interacciones disfuncionales y subdesarrollo infantil.

CAPÍTULO 3

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA

PARA PROMOVER EL DESARROLLO INFANTIL

Hemos descrito el avance que se ha tenido sobre el desarrollo normal y anormal infantil en las diferentes áreas del desarrollo (capítulo 1), centrándonos en el aspecto emocional-vincular del niño, mostrando cómo a partir de la teoría del Apego de Bowlby y Ainsworth se diseñó la primera situación de evaluación del apego que permitió identificar tipos de vínculos y la sensibilidad materna, conocimiento que derivó en la generación de una amplia gama de instrumentos de evaluación de la interacción cuidador-niño con fines de intervención (capítulo 2), pero ¿En qué tipo de intervenciones? ¿Con qué intenciones poblacionales? A continuación se explica qué es la intervención temprana y cómo esta retoma el conocimiento del que disponemos sobre el desarrollo infantil temprano y las interacciones madre-hijo.

Se designa como “Intervención Temprana” a todas aquellas acciones implementadas durante la infancia temprana (los primeros 6 años de vida) para proteger y promover el desarrollo infantil, al identificarse que la formación para la vida comienza desde antes de entrar a la escuela:

Las experiencias del niño en sus primeros meses y años de vida determinan si ingresará a la escuela con deseos de aprender o no. Cuando el niño llega a la edad escolar, su familia y las personas encargadas de su atención ya han preparado al niño para su posterior éxito o fracaso. A esa altura, la comunidad ya ha facilitado o entorpecido la capacidad de la familia de alentar el desarrollo del niño. (Brazelton, citado en Young, 1996)

Por ello, la UNESCO desde 1997 en su documento “Ocho es demasiado tarde”, señaló que la educación básica comienza con el nacimiento y desde ese momento hay que prestar atención a las necesidades de aprendizaje de los niños ya que los primeros años de vida son fundamentales, pues los niños aprenden a caminar, hablar, relacionarse con otros, resolver problemas, etc., desde edades muy tempranas (Tejada y Otálora, 2006).

Por la importancia de los primeros años de vida, incluso se afirma que el jardín de niños puede ser una etapa demasiado tardía para ayudar a desarrollar la capacidad del niño pequeño (Young, 1996) ya que la mayoría de las conexiones cerebrales y capacidades cognitivo-lingüísticas de los niños a edad escolar ya se encuentran asentadas y de no haberse adquirido oportunamente conllevan un aprendizaje escolar más difícil (Tejada y Otálora, 2006).

Desde una mirada del neurodesarrollo, el término "intervención temprana" designa estrategias educativas y de neuroprotección destinadas a mejorar el desarrollo del cerebro. Las estrategias educativas buscan aprovechar la plasticidad cerebral, mientras que la neuroprotección (un término utilizado inicialmente para caracterizar sustancias capaces de prevenir la muerte celular), abarca todas las intervenciones que promueven el desarrollo normal y previenen discapacidades, por ejemplo, las medidas organizativas, terapéuticas y de modificación del entorno como los programas de estimulación temprana (Bonnier, 2008).

Si bien, la intervención temprana, actualmente es un tema de preocupación para países subdesarrollados (principalmente por motivos de salud infantil), e inclusive para países desarrollados desde un enfoque económico *“para no tener ciudadanos subdesarrollados que se vuelvan un problema para el sistema económico-social, y tener capital humano más productivo y competitivo a nivel mundial”* (Gertler et al., 2014), sus inicios son relativamente recientes.

3.1 Historia de la atención temprana en la infancia

El concepto de “Atención Temprana” (AT) es un término más genérico, integrador y global que “estimulación precoz”, “atención precoz” o “estimulación temprana”; presenta una visión global de la intervención, enmarcada en una etapa inicial de la niñez abarcando las relaciones familiares, necesidades técnicas, comunitarias, etc. La AT pretende englobar la atención sistémica a la población infantil, especialmente para aquellos niños afectados por distintos cuadros de retraso o alteración del desarrollo (Dolz y Alcatud, 2002).

“El Libro Blanco de la Atención Temprana” en el año 2000 ofrece la última definición consensuada sobre la Atención Temprana: conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos, mejorando su capacidad de recuperación ante algún riesgo (Hernández, 2016).

Los programas de AT tuvieron sus orígenes en E.U.A. con el apoyo de presidentes que se interesaron por el retraso mental infantil y designaron una “guerra contra la pobreza” desde los años 60’s con el programa “Star Head”, destinando recursos para la nutrición y el buen crecimiento de los niños, registrándose efectos positivos sobre las tasas de fracaso escolar y los problemas sociales. De modo que el camino recorrido en materia de programas de intervención para la infancia temprana es relativamente reciente (Bonnier, 2008; Shonkof, 2010).

Los programas de AT tienen como requisito básico en común mantener a los niños saludables y seguros, por ello cada programa sigue ejes de intervención diferentes, según sus objetivos (prevenir la malnutrición, la deserción escolar, etc.), por lo que desde sus inicios no todos incluyen la interacción cuidador-niño como un eje de intervención para la promoción de desarrollo infantil (Dolz y Alcatud, 2002).

No fue sino hasta que se publicó “El Libro Blanco de la Atención Temprana” que se cubrieron los vacíos que existían sobre los criterios y modelos estándar para su aplicación, permitiendo una mejora de los programas de atención temprana, y constituyéndose en una referencia útil en el desarrollo legislativo y organizativo desde una perspectiva global, al establecer los principios básicos de la Atención Temprana: diálogo, integración y participación, gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, interdisciplinariedad y alta cualificación profesional, descentralización y sectorización (Hernández, 2016).

A partir del conocimiento generado sobre el desarrollo infantil, los programas de atención temprana reconocieron que las familias y las comunidades tienen un papel fundamental en el desarrollo de los niños (y por ende, en la formación de ciudadanos responsables, productivos, etc.) por lo cual, como parte de las políticas públicas de salud, generalmente se dirigen a familias de las más diversas condiciones, sobre todo las más desfavorecidas. En el 2002, Guralnick definió la Atención Temprana como un sistema diseñado para apoyar los patrones familiares de interacción que mejor estimulen el desarrollo evolutivo del niño, dándole así un papel más importante a la familia (Hernández, 2016).

Varios modelos teóricos del desarrollo humano han guiado las políticas sobre las prácticas de intervención dirigidas a la niñez, por ejemplo el modelo transaccional de Sameroff y Chandler, el modelo ecológico de Bronfenbrenner y los conceptos de vulnerabilidad y capacidad de recuperación de Werner y Smith, Garmezy y Rutter. Todos esos modelos tienen en común lo siguiente: 1) señalar la interacción dinámica entre la carga acumulada de factores de riesgo y los efectos amortiguadores de factores de protección, 2) enfatizar la influencia recíproca de las interacciones niño-adulto en el proceso de desarrollo, por lo que es necesaria una crianza estable y 3) reconocer que los niños juegan un papel activo en su propio desarrollo. Cabe señalar, que la complejidad de esos modelos dificulta su práctica, pero *"no se deben buscar para realidades tan*

complejas, soluciones ni explicaciones sencillas, ni el diseño de programas de intervención que no aborden esa complejidad” (Shonkof, 2010).

Inicialmente, los programas de AT partieron de una mirada pediátrica que buscó incidir en el desarrollo infantil (centrándose en los procesos de nutrición, crecimiento y maduración cerebral), hasta evolucionar a una mirada bio-psico-social que considera la necesidad de incidir, paliar y/o potenciar los efectos de otros factores del orden de lo familiar, social, psicológico y contextual catalogados como de riesgo o protectores, según sus efectos sobre el desarrollo infantil temprano.

3.2 Factores de riesgo y protección del desarrollo infantil temprano

Se ha identificado que diversos factores inciden en el desarrollo infantil desde etapas muy tempranas de la vida: **1) Prenatales** (ligados a la madre [estado nutricional, consumo de alcohol o drogas durante el embarazo, enfermedades/complicaciones durante el embarazo, abortos previos, hijos malformados, hijos nacidos muertos], de ambos progenitores [edad en los extremos de la vida fecunda, familiares con enfermedades mentales o síndromes genéticos] o del feto [información genética y sus condiciones estructurales, crecimiento y movimiento]), **2) Perinatales** (complicaciones durante el parto, condiciones del neonato [semanas de gestación al nacimiento, peso, APGAR] y **3) Posnatales** (enfermedades/tratamientos del infante, pero también un sinnúmero de factores a los que el niño queda expuesto en su relación con el medio ambiente que lo rodea en los primeros años de vida). Así, dichos factores, se clasifican según su influencia sobre el desarrollo infantil.

Un **Factor de Riesgo (FR)** es aquel cuya presencia afecta negativamente el desarrollo infantil en sus aspectos médicos, psicológicos o sociales y constituye un factor de vulnerabilidad (Morelato, 2011), pueden ser eventos físicos, químicos o ambientales que se asocian con mayor probabilidad con enfermedades o alteraciones del desarrollo, por lo que se les atribuye cierto efecto causal (Alvarado, 2009). En contraste un **Factor**

Protector (FP) es aquel cuya presencia facilita o posibilita un adecuado desarrollo físico, psicológico o social y mejores respuestas adaptativas del menor (Morelato, 2011).

Referente a **FP asociados a los cuidadores** destacan el alto nivel educativo, mejores percepciones sobre el niño y la interacción con él, ausencia de depresión materna y la asistencia a programas de intervención temprana. A su vez, como **FR asociados a los cuidadores**, frecuentemente se mencionan la distimia, depresión materna, el bajo nivel educativo, maternidad adolescente e incluso las percepciones del cuidador sobre la interacción con el niño.

Respecto a la depresión materna Fiel et al., (2009) en un estudio transversal sobre depresión mayor y distimia con 63 diadas madre-hijo (hispanas, afroamericanas y blancas no hispanas) codificaron las conductas maternas (sonrisa, gestos exagerados, juego libre e imitación) y las conductas infantiles (sonrisas, vocalización, aversión motora de la actividad, angustia y mirada), encontrando que los hijos de madres con distimia presentan menor desarrollo motor, sonríen menos y manifiestan más conductas de angustia que los hijos de madres con depresión. A partir de sus resultados, los autores concluyen que el diagnóstico de distimia materna representa un factor de riesgo para el desarrollo neonatal por afectación a las interacciones madre-hijo, ya que son madres que tocan menos a sus hijos y proveen menos tiempo a la imitación de sus hijos.

Black et al., (2007) en un estudio transversal sobre los síntomas depresivos maternos y su relación con el desarrollo motor infantil a los 6 y 12 meses, en 221 diadas madre-hijo de bajos ingresos de las zonas rurales de Bangladesh, reportan que los hijos de madres deprimidas obtienen puntuaciones bajas en el desarrollo general, y que aquellas madres deprimidas que además percibían a sus hijos como más irritables, mostraron menor responsividad y sensibilidad a las señales, por lo cual sus hijos obtuvieron puntuaciones aún más bajas en el área motora. A partir de sus resultados, los autores señalan que los riesgos de los síntomas depresivos maternos para el desarrollo motor se acentúan cuando las madres perciben a sus hijos como más irritables, afectándose la

responsividad materna, las oportunidades de juego provistas por la madre (que permiten al niño desarrollar y perfeccionar sus habilidades motoras) y en general, la capacidad materna para proporcionar entornos de prestación de cuidados sensibles orientados al desarrollo.

Sin embargo Pedrós et al., (2002) en un estudio longitudinal que realizaron sobre los estilos de crianza de madres deprimidas y su influencia sobre el desarrollo infantil durante los primeros 28 meses de vida en 60 diadas madre-hijo españolas, a partir de dos parámetros de evaluación de la interacción madre-hijo: 1) el afecto (actitud de la madre, miradas cariñosas, caricias, besos y cualquier otras muestra de afecto), y 2) el cuidado (cuidado y efectividad con que la madre ejecuta dicha tarea), observaron que si bien un estilo de crianza bajo en afecto y cuidado, afecta el desarrollo motriz durante los primeros 6 meses de vida del niño, esta asociación no se mantiene a los 12 meses. A partir de sus resultados, los autores sugieren que la depresión y su duración por sí misma, no ejerce un efecto sobre el desarrollo motriz en el primer año de vida, ya que otros factores tanto maternos (por ejemplo, nivel educativo, estrato económico, percepciones, etc.) como del niño (por ejemplo, estado de salud) intervienen en el desarrollo temprano de niños con madres deprimidas.

Rodríguez (2006) en un estudio transversal sobre el tipo de vínculo madre-hijo y la inteligencia sensoriomotriz con 54 diadas madre-hijo argentinas, reportó asociaciones significativamente positivas entre: 1) nivel educativo materno y el vínculo madre-hijo, 2) tiempo de gestación y el vínculo madre-hijo, 3) tiempo de gestación y desarrollo sensoriomotriz y 4) tiempo de lactancia y desarrollo sensoriomotriz. A partir de sus resultados, se señala que el tipo de vínculo madre-hijo se traduce en confianza que experimenta el niño para explorar el medio, perfeccionar sus habilidades y potenciar sus capacidades, y que niños prematuros al ser privados de los contactos iniciales con su madre pueden verse afectados, tanto vincularmente como en su desarrollo, por condiciones de inmadurez biológica, mortalidad y enfermedades diversas. Además, niños con un vínculo ausente presentaron un retraso motor leve pero sin significancia

estadística, mientras que niños con vínculos bueno y muy bueno arrojaron un desarrollo motriz normal. Asimismo, la lactancia materna proporciona un ambiente interactivo y es un tipo de alimentación que contribuye a un mejor desarrollo neurológico, y por tanto de la inteligencia. Finalmente, se sugiere que a mayor nivel de estudios una persona aumenta su bagaje de conocimientos, información y cultura, por lo cual es muy probable que madres con mayor nivel de instrucción, puedan adaptarse mejor a las necesidades de sus bebés, y puedan brindarle un mejor cuidado, logrando así una mejor calidad vincular madre-hijo.

De manera conjunta, las percepciones maternas inciden en el desarrollo social infantil. Perea et al., (2011) en un estudio con 18 diadas madre-hijo españolas con niños de 12 a 29 meses de edad, reportaron que los hijos de madres que perciben una interacción diádica disfuncional y menos satisfactoria, son niños que se involucran menos en actividades de juego en casa, no siguen las reglas de los juegos, no suelen tener interés en realizar actividades fuera del hogar, no ayudan en las tareas del hogar ni cuidan de sus pertenencias, hablan poco o son poco comunicativos y no se relacionan bien con otras personas, por lo cual los autores concluyen que la sensibilidad materna, la reciprocidad y la sincronía en las interacciones madre-hijo podrían estar afectadas en aquellas madres que califican la interacción con sus hijos como poco gratificante.

Respecto a la maternidad adolescente como FR, Aracena et al., (2013) reportan que diadas participantes en programas de visitas domiciliarias para favorecer la interacción madre-hijo por maternidad adolescente, mejoran sus puntajes de interacción cuidador-niño a la vez que mejoran el bienestar materno (mayor percepción de apoyo social y mejor manejo de la depresión postparto), la salud física y ajuste social de los niños, el ambiente familiar y el mantenimiento de la relación de pareja materna. Sin embargo, señalan que el efecto benéfico de los programas sobre las interacciones madre-hijo a corto plazo (12-15 meses) no se conservan a mediano plazo (48 meses) por lo cual, advierten que el nivel educativo y edad maternos influyen en las intervenciones, por lo que los programas dirigidos a poblaciones de madres adolescentes deben durar mínimo

2 años y de ser posibles extenderse hasta 5 años, mientras que en poblaciones sin riesgo por maternidad adolescente, la efectividad de los programas de visitas domiciliarias parece ser más estable.

Respecto a los **FP atribuibles al niño** estaría la eugenesia (nacimiento del niño sano) y por ello con integridad de estructuras, funciones y capacidades interactivas con su medio ambiente. En contraste, como **FR atribuibles al niño**, frecuentemente se menciona la prematurez y el daño neurológico como condiciones que ponen en riesgo el desarrollo infantil temprano (por lo que participar en un programa de atención temprana será crucial para esta población de niños). Asimismo, la presencia de signos de alarma como indicadores tempranos de posible daño neurológico, permite clasificar a los niños como de “alto riesgo” según su hipoactividad, irritabilidad e hiperactividad. El alto riesgo neurológico en el niño es un problema de salud pública en México. De entre las diversas características de las poblaciones neonatales y sus antecedentes pre, peri o postnatales, la prematurez es la condición más asociada al riesgo neurológico. Desde 1960 en Inglaterra se propuso vigilar neurológicamente a los niños prematuros, al detectar que son más propensos a trastornos del neurodesarrollo. Se estima que en México 7-8% de todos los recién nacidos vivos nacen prematuramente (≤ 37 semanas) y que 1-2% nacen con peso inferior a 1.500 Kg. Gracias a los avances de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la mortalidad descendió pero la morbilidad aumentó y el 20% de los neonatos sobrevivientes desarrollan secuelas neurológicas. Asimismo, el descenso en la mortalidad de los niños pretérmino y de muy bajo peso al nacer (≤ 1.500 Kg.) implica un mayor riesgo para secuelas psiconeurosensoriales, con reportes de 25-40% de los casos (Sánchez et al., 2009).

Se han implementado programas en varios países para bebés prematuros y bebés de bajo peso al nacer, y que tienen un alto riesgo de anomalías del desarrollo neurológico. Los programas se dirigen al niño, a los padres o a ambos, siendo los programas mejor evaluados el NIDCAP (Programa de Evaluación y Cuidado del Desarrollo Individualizado del Recién Nacido) en Suecia, para bebés <1500 g en UCIN, y el programa longitudinal

multisitio IHDP (Programa de Salud y Desarrollo Infantil) creado en los Estados Unidos para bebés <37 semanas o <2500 g, reportando efectos positivos especialmente sobre el área motriz (Bonnier, 2008).

El seguimiento del neurodesarrollo para todos los recién nacidos es imposible, aunque parezca ideal e indispensable. Por ello, al considerar los factores que históricamente han aumentado el riesgo de mortalidad neonatal, resulta fácil identificar aquellos recién nacidos con riesgo de daño neurológico. Los signos de alarma para daño neurológico funcionan como indicadores tempranos de un posible compromiso del sistema nervioso (Domínguez-Dieppa, 2005). Así, se ha denominado niños de “alto riesgo” a aquellos que sufren complicaciones pre o perinatales, que pueden determinar retrasos en su maduración neurológica o déficits definitivos, y que por lo tanto son los niños que más pueden beneficiarse de una atención temprana más estricta. El término “alto riesgo” es planteado en relación con la noción de periodo crítico y a la detección precoz de los trastornos del desarrollo neurológico, con el fin de iniciar su tratamiento precoz (Campos-Castello, 2013).

Los signos de alarma son conductas anómalas-disruptivas del desarrollo observables del niño, presentes regularmente, que persisten con intensidad fuerte o mediana, y por lo general desbordan las capacidades de manejo, tolerancia y contención de los cuidadores (Armus et al., 2012) clasificándolos como niños de “alto riesgo”, según su hipoactividad, irritabilidad e hiperactividad.

Respecto a la hipoactividad como FR, en general, son niños que parecen no tener ningún deseo ni apetencia por relacionarse con su entorno. Parecen bebés “fáciles”, cuando en realidad son indiferentes a las personas que se ocupan de ellos y a lo que el medio les puede aportar. Muchas veces, los cuidadores interpretan estos comportamientos como “signos positivos del desarrollo”, de modo que la pasividad y la no generación de problemas en el cuidado de estos bebés generalmente es un factor que atenta contra la detección temprana. Niños “*buenísimos*”, “*que no molestan para nada*”, que “*donde los*

pones se quedan” son niños que no crean ninguna preocupación en sus cuidadores cuando en realidad están necesitando una mirada y un acompañamiento específicos (Armus et al., 2012). En consecuencia, cuando se detecta ausencia de iniciativa en los niños, por ejemplo hasta los 12-18 meses, ya se considera un signo de maduración neurológica patológica (Campos-Castello, 2013).

Respecto a la irritabilidad como FR, el llanto de los niños irritables debe ser abordado inmediatamente ya que puede desembocar en maltrato infantil directo o por sacudidas (*Shaken Baby Syndrome*) e inclusive infanticidio. El llanto infantil puede provocar atención pero también suele generar abuso y violencia. La regulación de los periodos de sueño y vigilia interviene con la expresión del llanto, por lo que fortalecer a los cuidadores con estrategias parentales para la regulación del ciclo de sueño-vigilia y el manejo del llanto excesivo es necesario (Mandujano et al., 2013). Los estados de conciencia del niño pequeño son la mejor ventana para valorar el estado del sistema nervioso central. El neonato de término y sin antecedentes neurológicos de relevancia, presenta seis estados de conciencia claramente discernibles (sueño profundo, sueño ligero, somnoliento, alerta, activo y llanto) según la Escala Brazelton y Nugent. A partir del rango de estados de conciencia disponibles para el niño, la robustez de cada uno de ellos y los patrones de transición de uno a otro, la madurez en la organización del estado funcional se traduce en la posibilidad de presentar todos los estados en forma clara (desde el sueño profundo hasta el llanto intenso) y en la capacidad de transitar gradualmente entre ellos, lo que permite al niño procesar y responder a la información proveniente del entorno. El bebé utiliza sus propios recursos y los de su cuidador para mantener el control del estado (por ejemplo, alcanzar estados de menor excitación cuando es consolado, amoldarse cuando es cogido en brazos, etc.). Sin embargo, el sistema nervioso central se ve comprometido cuando el neonato cambia rápidamente de un estado a otro, o se muestra incapaz de mantenerse en alguno de ellos por más tiempo, por ejemplo pasando bruscamente del sueño al llanto intenso, sin pasar por el estado de alerta (Martínez, 2010).

En relación con la Hiperactividad como FR, desde etapas muy tempranas el niño deberá manifestar la capacidad de atender a los estímulos con interés, inhibiendo los movimientos de su cuerpo que pudieran interferir con su atención, permitiéndole al bebé incorporar información cognitiva y socioemocional proveniente de su entorno y al mismo tiempo explicitar y modificar las señales provenientes del ambiente, siendo identificable su estado de alerta (Als, 1999; citado en Martínez, 2010). Sin embargo, en los últimos años se ha observado un importante aumento de niños diagnosticados con TDAH con antecedentes de prematurez y muy bajo peso al nacer (a veces provenientes de partos múltiples), que salieron adelante gracias a los sofisticados cuidados intensivos neonatales, pero exhiben secuelas predominantes de inquietud, falta de atención e impulsividad. Actualmente, se plantea una etiología del TDAH tanto genética como adquirida, ambas con una base bioquímica como origen del trastorno. La mayoría de los casos de TDAH son hereditarios por vía autosómica dominante por parte de ambos progenitores. Asimismo, existen casos de etiología combinada (constitucional y adquirida) por patología comórbida: violencia intrafamiliar, conflictividad personal, tendencia al consumo de alcohol y drogas, etc. (Pascual, 2008).

Por último, existen **FR relacionados al contexto** que abarcan desde lo físico hasta lo psicosocial; ambientes físicos que permiten la locomoción-exploración segura por parte del niño previniendo accidentes, ambientes higiénicos, ambientes libres de violencia, etc. En oposición, como **FR relacionados al contexto** frecuentemente estudiados esta la pobreza, la violencia intrafamiliar, la guerra, situación de calle, situación de cárcel, ambientes hipo-estimulantes o hiper-estimulantes, etc. Así, a la par de los factores orgánicos que son los más conocidos existen una serie de factores ambientales (etogénicos, especialmente psicosociales), que también hay que considerar en materia de prevención y modificación.

Por ejemplo, un hábitat hipo-estimulante es un factor tan importante como la malnutrición, la privación de cuidados maternos y el maltrato, que de manera especial forma parte de la etiología habitual del retraso mental (Campos-Castelló, 2013). Sin embargo, cuando

las madres se ajustan en una relación bidireccional se logra un aumento en las iniciaciones de actividad de los niños, pero si las madres responden menos, los niños disminuyen las iniciaciones y aumenta su irritabilidad (Muñoz-Ledo, 2013). Por su parte, tratándose de un ambiente hiper-estimulante, desde los primeros meses de vida las situaciones de hiperestimulación en las que el bebé no llega a procesar adecuadamente los estímulos que recibe, pueden provocar que se desorganice activamente o bien que se retraiga abstrayendo su atención del entorno (Armus et al., 2012). Asimismo, proveer sobre-estimulación al cambiar constantemente de un objeto a otro y de una actividad a otra, favorece periodos cortos de atención y puede agravar las dificultades del niño con atención lábil o hiperactivo (Muñoz-Ledo et al., 2003). Para el segundo trimestre de vida la hiperexcitabilidad ya se considera un signo de maduración neurológica patológica (Campos-Castelló, 2013).

En síntesis, estos y otros FP y FR pueden ubicarse desde el nivel individual hasta lo contextual, pueden estar presentes simultáneamente y afectarse mutuamente (Morelato, 2011). Asimismo, los FR y FP son atribuibles a los individuos (intrínsecos) o propios del ambiente o contextos (extrínsecos), son de orden psicosocial o biológico y sus efectos pueden incluso compensarse.

Por último, dado que el desarrollo infantil es un proceso heterocrónico; que implica diferentes tiempos, ritmos y velocidades tanto para la formación de estructuras como para la adquisición de habilidades, las consecuencias por exposición a diferentes riesgos variarán según el periodo de la infancia en el que se presenten. Sin embargo, la probabilidad de alteraciones en el desarrollo o discapacidad a partir de diversos factores de riesgo materno-fetal, obstétrico o neonatales, es más alta en los primeros 2 años de vida (Alvarado, 2009). Además, es difícil determinar el efecto de un factor por sí mismo y en aislado como factor de riesgo o protector, pues dependerá del acompañamiento e interacción con otros factores (incluso proponiéndose un efecto acumulado), así como la etapa del desarrollo en la que ocurren potenciándose o inhibiéndose sus efectos según

los periodos críticos y sensibles propios del desarrollo, en especial en los primeros 2 años de vida (Bonnier, 2008).

3.3 Relevancia de los primeros 2 años de vida para el desarrollo infantil

El desarrollo del niño en los primeros 2 años es un proceso acelerado que depende de múltiples factores y demanda grandes aportes del medio externo, no solo de tipo nutricio sino de otros elementos que lo hacen susceptible a diversos agresores que pueden ocasionar daños, que de no corregirse o compensarse repercutirán en el desarrollo posterior (Alvarado, 2009).

Las neurociencias indican que **desde la gestación hasta los 3 años de vida** la **multiplicación neuronal** es muy rápida; para las 4SDG (semanas de gestación) se multiplican a una velocidad de 250 000 neuronas por minuto y al momento del nacimiento los lactantes cuentan con 100 billones de neuronas (número equivalente a todas las estrellas del universo). Además, durante el tercer trimestre de gestación el cerebro comienza a establecer **sinapsis** para facilitar la comunicación entre neuronas estableciendo los caminos neurológicos que son la base del desarrollo humano (esenciales para poder desarrollar los sentidos, aprender, recordar y desarrollar sentimientos y comportamientos saludables). Las sinapsis se desarrollan sumamente rápido durante los primeros 3 años de vida (en trillones), en respuesta a una **crianza y cuidado cariñoso y sensible a las necesidades de los niños** (abarcando una buena nutrición, salud, oportunidades de estimulación y aprendizaje temprano, protección social y protección contra todas formas de violencia infantil). Se estima que bajo estas condiciones las sinapsis se forman a una velocidad de 1000 por segundo durante los primeros años de vida, ya que el cerebro de los niños “es como una esponja” que absorbe todas sus experiencias e interacciones con el medio ambiente que lo rodea. Entre mejores sean las condiciones de la crianza y cuidado de los niños más sinapsis se formarán. Desgraciadamente, cuando los niños no tienen un cuidado sensible y cariñoso

durante la primera infancia, no se establecen suficientes sinapsis o estas son muy débiles para poder sostener un desarrollo adecuado durante el resto de la vida (Black et al. 2017).

Aunque hay que mejorar el desarrollo infantil temprano desde que los niños son concebidos (Pérez-Escamilla et al. 2017), el desarrollo del niño no depende solamente de lo que trae consigo al nacer (a modo de potencial genético de la especie humana), sino de lo que el medio le aporta; estimularle según sus requerimientos en los primeros años de vida (tiempo en el que hay una enorme posibilidad de asimilar e integrar nuevas experiencias, aumentando así el número de interconexiones neuronales) puede contribuir no solo a promover su desarrollo integral sino además a interrumpir o corregir alteraciones del desarrollo previniendo así la discapacidad (García et al., 2000).

En etapas tempranas de la vida, el sistema nervioso todavía está desarrollándose y no posee una especificación de funciones, siendo factible que otras partes del sistema puedan encargarse de las funciones de áreas lesionadas estableciendo vías suplementarias de transmisión (García et al., 2000). Por los periodos críticos y sensibles del desarrollo cerebral relacionados a procesos de modulación por muerte neuronal, poda y estabilización sináptica, reorientación axonal y detritica, reclutamiento de proyecciones, etc., es posible la organización y reorganización de la arquitectura cerebral ante el daño cerebral (Bonnier, 2008). Para ello, la experiencia sensorial y el ejercicio (la acción misma del niño) son indispensables; el número y la calidad de las primeras experiencias que el niño recibe son esenciales y de no producirse en grado mínimo, los efectos resultan en muchos casos irreversibles.

Así, la intervención temprana se sustenta en el conocimiento sobre la evolución del sistema nervioso y la detección precoz de sus alteraciones. Si bien el cerebro infantil dispone de una redundancia de neuronas que actúan como reserva ante una posible lesión con potencial impacto disruptivo en el neurodesarrollo, la experiencia en los primeros años de vida guía los fenómenos que rigen y optimizan el desarrollo de distintas habilidades (Sánchez et al., 2009). Desde los últimos decenios del siglo XX, se han

demostrado mayores beneficios y resultados sostenidos con la intervención iniciada antes de la edad escolar en niños desnutridos, deprivados sociales o con déficit cognoscitivo y de aprendizaje. Así, la intervención temprana quedo sustentada a partir de entonces, en la máxima capacidad que el niño tiene a una edad temprana de incrementar su potencial humano en cualquiera de sus aspectos: cognitivo, afectivo o social niño (Weber y Udaeta, 2004).

Está demostrado que el mayor desarrollo del cerebro ocurre durante los 3 primeros años de vida y dependerá del entorno en el que el niño crece, su nutrición, su estado general de salud, la protección que recibe y las interacciones humanas que experimenta (Gómez, 2011). La atención, el cuidado y una educación de buena calidad son factores determinantes para que los procesos físicos, sociales, emocionales y cognitivos se desenvuelvan apropiadamente y contribuyan a ampliar las opciones de los niños a lo largo de su vida (Hernández, 2016). En especial, en los primeros 2 años de vida el cerebro es tan moldeable que incluso las experiencias adversas tempranas son productoras de estrés y pueden modificar la estructura y función cerebral. Si bien hay una reactividad diferencial según las características del niño y su ambiente, se identifican alteraciones frecuentes como la desregulación del sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical que cambia la actividad eléctrica del cerebro relacionada con la eficiencia del procesamiento cognitivo, sin saberse si esto reversible (Walker et al., 2011).

Respecto a las poblaciones de alto riesgo biológico, debido a lagunas de conocimiento sobre ¿cuándo iniciar las acciones preventivas en materia de discapacidad? o ¿cuándo inician las alteraciones cognitivas en los bebés? (Bornnier, 2008), se ha optado por un inicio precoz señalándose que la eficacia de la neurorrehabilitación depende de su inicio temprano, especialmente en el período en el que el sistema nervioso está en fase de maduración (período crítico definido como del “*brain growth spurt*”), tiempo en el que existe una máxima vulnerabilidad y sensibilidad a los estímulos para el aprendizaje y la plasticidad cerebral es más verosímil (Campos-Costelló, 2013).

Hace siglos la infancia era un periodo de transición entre la “no vida” y “la vida”; por la alta mortalidad, los niños en sus primeros años eran vistos como una posibilidad que solo se consolidaba luego de sobrevivir a las enfermedades letales de la infancia y, de manera simultánea, lograr la capacidad de incorporarse a las tareas u oficios de los adultos. Entonces, no se veía a la infancia como una edad de realizaciones, de proyectos y de edificación de aspiraciones por parte de los padres, era más bien una etapa de mesura, de expectativa reservada. Cuando la capacidad tecnológica del siglo XX puso en evidencia que la supervivencia infantil era más bien la norma, surgió el interés por los sobrevivientes, sobre la forma en que ese periodo podría ser atendido y la importancia que tenía para cuando fuesen adultos. La presencia de niños que por razones sociales o biológicas no podían cumplir con los objetivos sociales que para su edad se imponían a través de la escuela, llevo a pensar si no debían recibir alguna forma de apoyo o estimulación temprana (Hernández, 2016).

Por ello, la *American Academy of Pediatrics* señala que en los primeros 2 años de vida un niño debe tener de 9 a 12 consultas para vigilar su salud y tamizar su desarrollo a los 3, 9 y 18 meses, mientras que la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño, aconseja hacer valoraciones del desarrollo psicomotor al nacer, a los 2, 4, 6, 12 y 24 meses de edad (Rivera, 2009). Asimismo, los programas de intervención temprana deben implementarse idealmente desde las primeras consultas de revisión médica del recién nacido para apoyar su seguimiento del desarrollo, la detección oportuna y/o prevención de trastornos o alteraciones en el desarrollo que a futuro requieren procesos terapéuticos más costosos y prolongados (Young, 1996; De Barros et al., 2003; Melgarejo et al., 2005; Osorio et al., 2010; Page et al., 2010).

En conclusión, por las características de crecimiento, organización y funcionamiento del cerebro, los primeros 2 años de vida son cruciales, tanto para la detección precoz de alteraciones del desarrollo como para la intervención temprana. Si bien es común el diagnóstico y tratamiento de problemas del desarrollo en edad escolar estas ya son acciones tardías; desde los primeros 24 meses de vida se pueden manifestar **señales de**

alerta en el neurodesarrollo (manifestaciones conductuales que NO forman parte del patrón de la especie humana, NO son atribuibles a hipoestimulación o privación de estímulos y expresan una alta probabilidad de alteración del sistema nervioso central) (Rivera, 2009), y **señales de alarma** que deben identificarse para integrar a los niños a un programa de intervención lo antes posible. La diferencia entre un signo de alarma y uno de alerta es la gravedad; una señal de alarma requiere a la brevedad una valoración, mientras que una de alerta requiere seguimiento (Secretaría de Salud, 2013).

3.4 Tipos de programas de intervención temprana y su efectividad a corto, mediano y largo plazo

En los últimos 30 años, los denominados *programas de desarrollo infantil*, dirigidos a niños de los 0 a los 8 años han sido los más recomendados. Dada la relevancia de los primeros años de vida para la nutrición, el crecimiento y el desarrollo infantil diversos programas han buscado incidir en dichos procesos a través de diferentes ejes de intervención: nutricionales, de protección, educacionales (en materia de cuidado de la salud, estimulación, afecto, aprendizaje de los niños, etc.) y de interacción cuidador-niño (Weber y Udaeta, 2004).

Se ha sugerido una duración mínima de 2 años para que los efectos de los programas puedan conservarse en el tiempo (Baker-Henningham y López, 2013), y de ser posible extenderse hasta los 5 años en poblaciones de madres adolescentes, ya que en otras poblaciones sin este factor de riesgo la efectividad de los programas parece ser más estable (Aracena et al., 2013).

Asimismo, se ha reportado consistentemente que las diadas que más se benefician de estos programas son las pertenecientes a las poblaciones más vulnerables o con factores de riesgo múltiples, permitiéndoles después de un tiempo mejorar sus resultados, diferenciarse positivamente de diadas que no asisten a un programa de atención

temprana, e incluso arrojar resultados similares a los obtenidos por diadas de poblaciones de bajo riesgo (Bornnier, 2008; Rivera et al., 2014).

Además, se reportan **beneficios macro sociales** de los programas al contribuir a la disminución de la deserción y el fracaso escolar, alcanzar mayores niveles educativos, disminución de la delincuencia y el desempleo, e incluso a la disminución de los niveles de pobreza al registrarse que los niños que participaron en programas de intervención temprana alcanzaron mayores ingresos en su vida adulta por empleos mejor pagados, afirmándose que los programas de intervención temprana contribuyen a disminuir la desigualdad social a lo largo de la vida, especialmente en países subdesarrollados ya que en estos se invierte menos en salud, educación y apoyo parental para la crianza (Bonnier, 2008; Heckman, 2011; Gertler et al., 2014).

Desde una mirada económica, los programas de intervención temprana también han ganado notoriedad y en países de primer mundo son altamente valorados; ya sea desde una visión moralista (por el imperativo de la justicia social y un movimiento social de causa noble) o desde una visión económica (por el imperativo económico de la productividad), los programas de intervención temprana forman parte de la aplicación de políticas justas y económicamente eficientes, que reducen la desigualdad social existente (incluso antes del nacimiento) y palian los efectos de las condiciones adversas para la parentalidad y la crianza infantil que las familias enfrentan (por jornadas laborales muy largas, familias monoparentales y reconstruidas, falta de red de apoyo familiar, empleos mal pagados, necesidad de ingreso dual, etc.). Además de permitir el acceso igualitario de las familias a recursos que les permitan desarrollar el potencial de sus niños combatiendo así la inequidad educativa parental e infantil; los programas de intervención temprana ofrecen beneficios económicos al generar un capital humano más capaz y competitivo en la economía global y evitar tener humanos “subdesarrollados” que a futuro se vuelven una carga económica para sus países, al ser una fuerza laboral de menor calidad generadora de problemas sociales costosos (por necesidad de educación especial, alta tasa de criminalidad, etc.), evitándose pérdidas económicas e incremento del gasto público del

país. Desde una mirada económica, los programas de intervención temprana son la mejor manera de invertir recursos limitados para crear capital humano más productivo, y si bien por un tiempo los países hacen un pago doble para prevenir (a través de la intervención temprana) y resarcir los efectos de la desigualdad social, en definitiva, la educación en la infancia temprana es la inversión más sabia que un país puede hacer (Heckman, 2011).

Cabe señalar, que si bien se afirma el efecto positivo de los programas de intervención temprana a corto y mediano plazo (durante los primeros 2 años de vida), determinar sus efectos a largo plazo no ha sido tarea fácil. Así como existen estudios que reportan un efecto de los programas de intervención temprana de 5, 8 y hasta 20 años después de su aplicación (Bonnier, 2008; Heckman, 2011; Gertler et al., 2014), también existen estudios con resultados poco concluyentes (aunque la intervención empezará desde los primeros meses de vida y durará 3 años o más) atribuyéndose dicha situación a limitaciones de los estudios por errores metodológicos frecuentes en este tipo de investigaciones como: demasiada heterogeneidad de la muestra, grupos muy pequeños de estudio, inexistencia de grupos controles y la utilización de pruebas estadísticas en solo un 59% de los estudios, lo que genera medidas poco confiables de los efectos de los programas (Bonnier, 2008). Además, cabe mencionar que la medición de la efectividad de un programa de intervención se ve limitada por los cambios inherentes al desarrollo infantil temprano y sus procesos heterocrónicos que pueden ser muy rápidos, tanto para formación y maduración de estructuras como para la adquisición de habilidades.

Walker et al., (2011) señala que el efecto tanto de factores de riesgo como protectores (por ejemplo, asistir a un programa de intervención) dependerá de la edad del niño, considerando que una asociación entre variables presente a cierta edad puede no permanecer en edades posteriores; el crecimiento físico y desarrollo estuvieron relacionados hasta los 24 meses, pero no a los 24 y 36 meses en un estudio con niños guatemaltecos. Igualmente, en 5 estudios longitudinales se reportó un aumento de 1DE en el aumento de peso, desde el nacimiento hasta los 24 meses que se asoció

positivamente con un aumento de la escolaridad, y negativamente con fallas de grado mientras que el crecimiento de 2 a 4 años tuvo poco efecto. Además, la duración de un factor modificará el efecto de este; niños con retraso en el crecimiento a los 6–18 meses (pero no a los 4, 5 y 6 años) no difirieron de niños que no tenían retraso en el crecimiento en vocabulario y puntuaciones cuantitativas a los 4, 5 y 6 años. Mientras, los niños con retraso en el crecimiento en ambas edades tuvieron puntuaciones significativamente más bajas. Por todo lo anterior, Walker et al., (2011) advierten que se ha intentado medir y demostrar el efecto de variables protectoras a muy largo plazo, perdiendo de vista otras variables que intervienen en el desarrollo infantil temprano.

En conclusión, las controversias relacionadas con la Atención Temprana han sido parcialmente resueltas, pero su valor a mediano y largo plazo ha sido confirmado (Weber y Adueta, 2004). La efectividad reportada ha sido variable según el uso de ciertas estrategias únicas o combinadas; los estudios que reportan mayor efectividad son aquellos que además de la intervención nutricional y/o educativa, incluyen la mejora del apego y la interacción madre-hijo. En definitiva, los programas que integran en sus estrategias de intervención el involucramiento de los padres y el manejo de las interacciones madre-niño, han mostrado ser más exitosos por sus implicaciones directas en el desarrollo infantil (Bornnier, 2008; Gómez et al., 2008; Heckman, 2011; Muñoz-Ledo et al., 2013; Gertler et al., 2014).

3.4.1 Nutricionales, Escolares, e Integrados

Los primeros programas de intervención temprana se abocaron a incidir sobre el retraso en el crecimiento físico de los niños por su fuerte asociación con el retraso mental mediante **suplementos nutricionales**, dirigiendo su atención al niño en aspectos médicos y alimenticios. Existe un claro consenso sobre la importancia de la nutrición infantil temprana para el desarrollo infantil, por ello varios programas han implementado la suplementación como eje de intervención.

Walker et al., (2011) reseña como 12 meta-análisis sobre los beneficios de la suplementación con micronutrientes reportan beneficios para el desarrollo motor (en Bangladesh y Tanzania), beneficios para el desarrollo mental con el uso combinado de hierro y ácido fólico (en China) y mejor CI, funcionamiento ejecutivo y motor a los 7-9 años (en Nepal). Igualmente, se ha reportado cómo bebés suplementados desde el nacimiento hasta los 24 meses mostraron beneficios en comprensión lectora y razonamiento a los 25-42 años, y cómo aquellos suplementados hasta los 3 años ganaron salarios más altos (en Guatemala), mejor organización del sueño con suplementos de hierro, ácido fólico o zinc (en Zanzibar y Nepal) y pequeños beneficios para el desarrollo mental a los 24 meses y el CI a los 6 años (en China). Por su parte, el uso de ácidos grasos omega3 (incluyendo ácido α -linoleico, ácido docosahexaenoico [DHA] y ácido eicosapentaenoico) arrojó mejor agudeza visual, atención y rendimiento cognitivo (en Países Altos). Asimismo, la administración de suplementos también fue probada en las madres durante el embarazo, reportándose que el uso combinado de ácidos grasos omega3 con hierro y ácido fólico mostró beneficios para el peso y talla de los recién nacidos y redujo los nacimientos prematuros (en Chile), así como mejor perímetro cefálico, solo en mujeres primigestas (en México).

Sin embargo, después se corroboró la necesidad de dirigir la intervención a ambos miembros de la diada (madre e hijo) simultáneamente, ya que los efectos del suplemento nutricional en aislado no superaban los efectos de la **educación a los padres** en materia de cómo cuidar y estimular a sus hijos en casa.

Referente a la educación parental en materia de estimulación temprana, en un programa de intervención temprana que incluyó visitas domiciliarias y reunión mensual con las madres de más de 1,000 bebés durante 3 años, se observó a los 12 meses un desarrollo similar entre bebés con una intervención nutricional *versus* estimulación temprana, sin embargo a los 24 y 36 meses los niños que recibieron estimulación temprana arrojaron un CI más alto (hasta por 10 puntos), a los 5 años mejores coeficientes intelectuales y verbales e inclusive a los 8 años mejores coeficientes intelectuales, verbales y de habilidades matemáticas (Bornnier, 2008).

Incluso, posteriormente los programas de intervención exploraron combinar el efecto de múltiples factores protectores para el desarrollo (suplemento nutricional, estimulación temprana y mejora de la interacción cuidador-niño) reportando mejores resultados. En un programa de intervención que duró 2 años (realizado de 1986 a 1988), con 127 niños jamaquinos con un rango de edad de 9-24 meses, en situación de pobreza y retraso del crecimiento (hasta 2 *DE* bajos para peso y talla), organizados en grupo control (niños con suplemento nutricional y sin retraso en el crecimiento) y grupos experimentales 1 y 2 (niños con estimulación temprana y niños con estimulación temprana más suplemento nutricional), se observaron puntajes más altos en HOME (16%) durante los 2 años del estudio y mayor logro escolar a los 17 años. Además a los 20 años se observó que los niños del grupo experimental 2 (estimulación temprana más suplemento nutricional) alcanzaron mayor nivel educativo, tuvieron menor participación en crímenes violentos, mejores ingresos (similares al de los niños del grupo control) y mayores niveles de migración (sugiriéndose que la participación de las madres en los grupos de estimulación temprana, alentó su búsqueda de mejores oportunidades para sus hijos a lo largo de toda la vida, optando así por la migración como una opción para mejorar la vida de sus hijos) (Gertler et al., 2014).

Finalmente, los **programas integrados** son aquellos que procuran abordar e incidir en las múltiples necesidades básicas del niño considerando que los efectos de la salud, la nutrición, el crecimiento y el estímulo mental sobre el desarrollo intelectual-emocional del niño son sinérgicos y no pueden dividirse en categorías separadas, por lo que **retoman la interacción madre-hijo** como un espacio propicio para incidir en múltiples aspectos del desarrollo infantil (Young, 1996; Baker-Henningham y López, 2013).

Así, los programas integrados, aquellos que retoman la interacción cuidador-niño como eje de intervención para favorecer el desarrollo infantil en las acciones cotidianas de cuidado y crianza, son capaces de atenuar el impacto de factores de riesgo biológicos del niño (por ejemplo, el hipotiroidismo congénito; retraso del crecimiento, prematuridad) y

factores de riesgo maternos de tipo psicosocial (por ejemplo, nivel educativo bajo, pobreza, maternidad adolescente o añosa, maternidad en soltería), logrando diferenciarse positivamente de diadas similares que no asisten a un programa de atención temprana (De Falco et al., 2014; Gertler et al., 2014; Rivera et al., 2014).

Respecto a la maternidad adolescente Aracena et al., (2013), reportan que diadas participantes en programas de visitas domiciliarias para favorecer la interacción madre-hijo por maternidad adolescente, mejoraron sus puntajes de interacción cuidador-niño, el bienestar materno (por mayor percepción de apoyo social y mejor manejo de la depresión postparto), el ambiente familiar, el mantenimiento de la relación de pareja materna, así como la salud física y ajuste social de los niños.

Incluso, desde el nacimiento, los programas de intervención reportan efectos positivos. El programa Mamá Canguro mejora la interacción diádica de madres adolescentes (13 a 18 años) y adultas (23 a 28 años) con sus hijos prematuros y de término, elevando la sensibilidad materna y disminuyendo el efecto negativo de variables como prematurez, maternidad adolescente y pobreza sobre la primera relación de apego por lo cual, la participación en el programa constituye un factor protector tanto para la sobrevivencia como para el desarrollo infantil temprano (Ortiz et al., 2006).

Una revisión de Gómez et al., (2008) acerca de la efectividad de las intervenciones tempranas sobre la interacción madre-hijo y el apego en infancia vulnerada, reportan resultados estadísticamente significativos en intervenciones dirigidas a:

1. Madres primerizas para dar masaje al bebé con resultados positivos sobre la calidez parental y la responsividad del infante.
2. Madres de infantes prematuros y de bajo peso al nacer para proveer apoyo social y emocional, y potenciar sus habilidades interaccionales, a través de visitas

domiciliarias, actividades en la institución y reuniones parentales grupales, mejorándose la sincronía durante la interacción madre-hijo.

3. Madres de infantes irritables para entrenarlas en percibir e interpretar las señales de sus hijos y aprender respuestas apropiadas a sus comportamientos, mejorándose la sensibilidad y sincronía maternas.
4. Madres en alto riesgo de desarrollar una parentalidad inadecuada (principalmente por pobreza, historias de abuso y falta de apoyo social) para mejorar la sensibilidad materna, las representaciones de apego y el apoyo social mediante visitas domiciliarias y reuniones grupales madre-infante desde el embarazo hasta el primer año de vida de los niños, lográndose una mejoría en la sensibilidad materna, el respeto materno por la autonomía del hijo y el estilo de apego.

Estos estudios, son algunos ejemplos de cómo los programas de intervención temprana que integran la interacción madre-hijo como un contexto de promoción del desarrollo infantil, reconocen la necesidad de los padres de contar con orientación profesional y apoyo para el cuidado de sus hijos.

Incluso hay programas integrados que buscan **incidir en el desarrollo infantil desde la gestación** de los niños, por ejemplo en Chile el programa “Chile crece contigo” ofrece beneficios universales como los siguientes: planificación familiar y nutrición materna pre y periconcepcional, evaluación y manejo del crecimiento y salud del feto, manejo apropiado de complicaciones durante el embarazo, manejo humanizado de la labor y parto, manejo de complicaciones durante el nacimiento, atención prenatal, tamiz neonatal y cuidado oportuno del recién nacido, prevención y manejo de enfermedades neonatales, cuidado y apoyo nutricional en el hogar (promoción y apoyo a la lactancia materna y alimentación complementaria sana y nutritiva), promoción de higiene (incluyendo lavado de manos), prevención de enfermedades infecciosas, detección-manejo de enfermedades comunes de la infancia, vacunas e información de alta calidad sobre

desarrollo infantil temprano para familias y profesionales mediante un programa de radio y un sitio de internet (Richter et al., 2017).

Por último, existe un claro consenso de que los programas de intervención temprana más exitosos son aquellos que dirigen sus esfuerzos al desarrollo de las **habilidades cognitivas** del niño (por asociarse a la escolaridad, el salario, menor participación en delitos y en general a la salud y éxito en la vida adulta), así como **habilidades socioemocionales** (por asociarse al desarrollo del carácter y la personalidad, la atención, autocontrol, perseverancia, sociabilidad, autoestima y un comportamiento progresista), pero también al desarrollo de las habilidades maternas para el cuidado y la crianza (Heckman, 2011).

3.4.1.1 Estimulación Temprana: estrategias para el desarrollo cognitivo y socioafectivo en los primeros 2 años de vida

El término “Estimulación Temprana” se eliminó de la terminología médica por el sesgo que introdujo en este ámbito, alterando los conceptos habituales de la práctica médica, mientras que el concepto de *intervención* tiene una connotación de restricción y no solo de estimulación (Weber y Udaeta, 2004).

Desde hace varios decenios, el término de “*programas de estimulación temprana*” fue sustituido por el concepto de “Intervención Temprana” a fin de considerar todas las acciones de carácter médico, quirúrgico, terapéutico, educativo y de estimulación indicadas para resolver un problema de salud que afecten el desarrollo biológico, cognoscitivo o social de los niños con riesgo de alteraciones o desviaciones del desarrollo (Young, 1996). Sin embargo, el término de “Estimulación Temprana” sigue empleándose en un sentido muy práctico y es más popular que el de “Intervención Temprana”.

Una sesión de Estimulación Temprana es una secuencia de ejercicios o actividades previamente diseñadas para estimular todas las áreas de desarrollo infantil, basándose

en el conocimiento de las pautas de desarrollo que siguen los niños. Por ello, deben ser aplicadas de acuerdo a la edad en meses de los infantes y el grado de desarrollo alcanzado, ya que no pretenden forzarlo a lograr metas que no está preparado para cumplir (Hernández, 2016).

Las sesiones de Estimulación Temprana se imparten a grupos de madres, padres y/o cuidadores de niños de edades similares en diversos escenarios y contextos; desde escuelas particulares, centros comunitarios, hospitales hasta laboratorios de neurodesarrollo, etc. Incluso, algunas guarderías en sus propagandas ofertan “Estimulación Temprana” como parte de sus servicios, por ello, la debida capacitación del profesional que guía y enseña las actividades de Estimulación Temprana es crucial. Aunque los múltiples beneficios del juego han sido documentados, no es solo jugar por jugar. Arango et al., (2000) explican cómo la estimulación temprana, aunque se vale de una situación lúdica, debe de cumplir ciertos criterios de aplicación:

1. La programación general de las sesiones de estimulación debe promover la adquisición de habilidades sencillas a complejas, mediante ejercicios gradualmente más complejos.
2. La intensidad de cada ejercicio debe adecuarse al ritmo del bebé y su comprensión de la acción.
3. Algunos ejercicios serán iguales o parecidos a los de meses anteriores, ya que algunas áreas requieren refuerzo adicional para alcanzar su pleno desarrollo (consolidación de habilidades).
4. La programación general de las sesiones debe considerar el área crítica de cada mes y orientar principalmente la estimulación a esa dirección.
5. Sugerir cómo distribuir los ejercicios/actividades de estimulación a lo largo de la semana, propiciando su incorporación a diferentes momentos de la rutina diaria (mañana, tarde, noche).
6. Variar el tiempo específico de cada ejercicio/actividad entre medio minuto y 2 minutos y medio, dependiendo del grado de maduración propio del niño.

7. Realizar los ejercicios con intervalo de tiempo considerables y cuando ya sea posible realizarlos consecutivamente, se debe proveer un tiempo de descanso entre un ejercicio y otro. Esto permite al niño interesarse y estar más dispuesto para una nueva actividad.
8. Establecer una relación amorosa y positiva con el bebé como base de cualquier interacción que se realice con él.
9. Aprovechar la música como elemento motivante y estimulador de la creatividad.
10. Utilizar juguetes y materiales adecuados para la edad y nivel de desarrollo de los niños.
11. Procurar siempre el interés y atención del niño en cada ejercicio/actividad mediante su intercalamiento, cambio de estímulos (por ejemplo, variando juguetes o materiales), etc.
12. No aplicarse cuando el niño no está dispuesto o receptivo para la sesión y no es posible el cambio de su estado funcional (por ejemplo, está somnoliento, dormido, enfermo, llorando, etc.), fuera de su entorno familiar (y no se le ha dado oportunidad de familiarizarse) o rodeado de personas desconocidas (y no se le ha permitido un tiempo para sentirse seguro).
13. Ajustar los ejercicios/actividades cuando estos se han convertido en un hábito para el niño y ya no le interesan.
14. Procurar eliminar o reducir estímulos distractores durante la realización de los ejercicios/actividades.

Los ejercicios/actividades de estimulación se diseñan retomando las conductas esperadas y características más importantes para cada etapa del desarrollo. Concretamente, para el desarrollo cognitivo y socio-afectivo en los primeros 2 años de vida, diversos instrumentos exponen las conductas esperadas y las actividades adecuadas para facilitar su adquisición.

Bajo el nombre de estimulación temprana se instituyeron diversas actividades centradas en la idea de que se presentan estímulos variados de manera repetitiva, y ejercitar

segmentos corporales de modo sistemático constituiría la base de la percepción y el movimiento presentes en cada una de las actividades del ser humano. Se ignoraba entonces, y actualmente se hace caso omiso, de que en el ser humano esas funciones se organizan a partir de la acción y la experiencia, que desde muy corta edad se erigen como precursores de las funciones mentales superiores. Aun así, la estimulación temprana contribuyó a mostrar que se podrían realizar procedimientos especialmente diseñados para mejorar o facilitar el desarrollo del niño (Hernández, 2016).

Cabe señalar, que el término “desarrollo” además de referir a la adquisición de habilidades, también se entiende como un proceso de reconstrucción y reorganización permanente. Cuando a partir del estudio de este proceso ya se habían definido las características de las etapas de desarrollo y los desempeños de los niños en cada una de ellas, aparecieron nuevos hechos y teorías que obligaron a repensarlos. Así, los hallazgos de investigaciones en materia de desarrollo infantil de los últimos 20 años muestran que la concepción de este proceso en etapas secuenciales y acumulativas con desempeños específicos para todos los niños puede no ser adecuada. Por ello, resulta necesaria *“una nueva formulación de desarrollo que tenga en cuenta la variabilidad del desempeño de un mismo niño a través del tiempo y los cambios que presentan las producciones de los niños de la misma edad; que dé cuenta de sus avances y retrocesos y de aquellos momentos en que coexisten viejas y nuevas concepciones”* (Hernández, 2016, p.27).

En síntesis, si bien existen infinidad de folletos informativos, libros, manuales, páginas web, etc. sobre cómo estimular a los niños pequeños, la “Estimulación Temprana” como una intervención requiere conocer la normalidad y lo patológico del desarrollo infantil, técnicas y aplicación sistemática que considere la frecuencia, intensidad, periodicidad y tiempo de exposición. Ni la estimulación temprana ni los programas de intervención pueden aplicarse a modo de “receta” sin ajustarse a las particularidades y necesidades específicas de cada niño. Además, tampoco los padres y cuidadores son simples “replicadores pasivos” de los ejercicios/actividades, ya que un buen programa de

Intervención Temprana favorecerá el aprendizaje de habilidades parentales no solo para el cuidado básico de los niños, sino también para vigilar e impulsar su desarrollo.

3.4.1.2 La Enseñanza de Competencias Parentales para organizar el desarrollo infantil: vigilancia y promoción

“La vigilancia del desarrollo es una actividad que la humanidad ha integrado desde tiempos inmemorables...los conocimientos sobre la crianza, el cuidado y la educación de los niños pequeños se apropiaban, concentraban y transmitían como patrimonio de generación en generación...cada familia y comunidad observaban la forma en que los niños adquirían destrezas, habilidades y conocimientos necesarios para formar parte de un grupo social.”

(Sánchez y Rivera, 2009, p.XIII)

El sector salud es el grupo profesional que tiene un contacto casi exclusivo con la infancia temprana en gran parte de los países de América Latina. Las expectativas de la sociedad para que los médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y promotores de la salud en general proporcionen información sobre desarrollo infantil y respondan a sus inquietudes son cada vez mayores (Sánchez y Rivera, 2009).

Es importante que los padres y todas aquellas personas a cargo del cuidado y la crianza infantil puedan ser asesorados sobre la estimulación que pueden ofrecer dentro del hogar, pues más del 80% de los niños son cuidados en casa los primeros 3 años de vida y este puede ser un ambiente favorable o desfavorable para su mejor desarrollo. Por ello, además de las consultas médicas necesarias para el bienestar físico, se ha detectado la relevancia de: 1) sensibilizar a los cuidadores sobre la importancia de los primeros años de vida para el desarrollo posterior de los niños, 2) apoyarlos a establecer un vínculo más cercano con los niños y 3) ayudarlos a incrementar la comunicación y la convivencia familiar estableciendo reglas claras (Young, 1996; De Barros et al., 2003; Melgarejo et al., 2005; Osorio et al., 2010; Page et al., 2010).

En términos generales, la noción de “Competencia” refiere a capacidades generales que posibilitan los “*haceres*”, “*saberes*” y el “*poder hacer*”. Dichas capacidades surgen de la

reorganización de los afectos y conocimientos al interactuar con los otros, con los entornos y con uno mismo (Hernández, 2016). Una “Competencia” implica la capacidad de tomar decisiones, o movilizar los recursos físicos o cognoscitivos con métodos conocidos para alcanzar nuevos fines (Weber y Udaeta, 2004).

Por ejemplo, en la evolución de un “hacer” inicial, los bebés emiten o “hacen” sonidos diversos, repetitivos y poco definidos que aún no logran organizar. Posteriormente “saben” emitir sonidos diferenciados que poseen un ritmo y una secuencia y después nos sorprenden cuando “pueden hacer” un balbuceo para nombrar algo específico (Hernández, 2016). Así como las competencias de los niños evolucionan gracias a los programas de Intervención Temprana, los cuidadores también adquieren y transforman sus competencias para el cuidado y la crianza: su “*hacer*”, su “*saber*” y su “*poder hacer*”.

Sin embargo, en América Latina el sector salud ha incorporado solo de forma incipiente iniciativas relacionadas con la crianza y el desarrollo psicosocial de la infancia, que incluyen la participación de los cuidadores como agentes transformadores y organizadores del desarrollo infantil.

En México, una de esas pocas iniciativas es el sistema de vigilancia y promoción del desarrollo integral del niño (SIVIPRODIN), como un conjunto de estrategias orientadas a favorecer el desarrollo del niño. Creado a partir del modelo de Cuidado Integral del Centro de Investigación del Neurodesarrollo (CIN) del Instituto Nacional de Pediatría (INP), que considera al desarrollo infantil como un proceso orientado a favorecer la capacidad adaptativa del niño y su capacidad de interacción con el entorno (Sánchez y Rivera, 2009). Hernández (2016) explica cómo la capacidad de interacción del niño desde una perspectiva integral, es el elemento central de las acciones del SIVIPRODIN (al buscar el bienestar de los niños en el marco de sus interacciones con su cuidador, la familia y los objetos y experiencias significativas de aprendizaje), reconociendo a los padres y cuidadores como principales organizadores y promotores del desarrollo infantil temprano

y cómo el programa busca permear los escenarios cotidianos y regulares de la vida cotidiana del niño y su familia propiciando el fortalecimiento de los cuidadores en 2 ejes:

- **Competencias para la Vigilancia:** de riesgos psicosociales relacionados a alteraciones del desarrollo (principalmente cognoscitivo, motor y del lenguaje), familiarizando a los cuidadores con aspectos y conductas muy representativas del desarrollo que son fáciles de observar y evaluar, para que puedan saber si el desarrollo de su niño es adecuado o no.
- **Competencias para la Promoción del Desarrollo:** a fin de que identifiquen algunas, de entre muchas estrategias de interactuar con sus niños, propongan actividades que favorezcan su desarrollo y promuevan un ambiente cálido que ofrezca posibilidades de experimentar acciones en pro de un adecuado desarrollo. Así, los cuidadores pueden saber que sus acciones ejercen diferentes efectos en el niño.

Aunque la “**Vigilancia**” del desarrollo es una responsabilidad social (en la que puede participar el sector educativo, de protección a la infancia, desarrollo social, etc.), lo cierto es que recae mayormente en sector salud (debido también, a que muchas de las causas que afectan el desarrollo son orgánicas). Sin embargo, no se encuentra como un tema central en las asignaturas de pregrado ni de especialidades pediátricas de medicina, enfermería, nutrición, etc. Tampoco se estima que, con recomendaciones básicas y sencillas, e incluso únicamente informando a los padres sobre el desarrollo se pueda resolver una considerable proporción de problemas o iniciar la búsqueda de soluciones (Rivera 2009).

La vigilancia del desarrollo es un concepto dinámico; supera la visión de la detección ya que ante un problema plantea la necesidad de ver cómo este va cambiando. Sin embargo, las acciones institucionales suelen orientarse a que los prestadores de servicios de salud apliquen pruebas de tamizaje en el entendido de que estas son rápidas, fáciles de aplicar

y requieren materiales mínimos. Un supuesto que no siempre se cumple; en el primer nivel de atención los médicos estiman que destinar 10-15 minutos de la consulta para explorar el desarrollo infantil con propósitos de tamizaje es inoperante, ya que muchas veces solo disponen de ese tiempo por paciente o porque las maniobras de exploración y criterios de interpretación los consideran complicados. Se ha probado revisar solo las adquisiciones del niño con respecto a la consulta anterior, usado inventarios, cartillas o cuestionarios que puedan ser llenados por los padres antes de cada consulta y aun así, una común y muy lamentable expresión de los padres de niños con alteraciones en el neurodesarrollo es *“por qué los médicos o personal de salud que atendió previamente al niño no les advirtió de los retrasos o alteraciones que presentaba en el desarrollo”* e incluso, aunque alguna persona cercana o de la misma familia había mencionado que el niño tenía expresiones, movimientos, actitud del cuerpo, formas de mirada o alguna otra conducta que no parecían “normales” en la consulta general o pediátrica les habían referido que todo parecía normal o podría ser que el niño estaba “muy consentido”, “mimado” o era “flojo”. Lo anterior ejemplifica como el sector salud no está lo suficiente sensibilizado, capacitado ni cuentan con el material para atender a la demanda poblacional actual de recibir orientación profesional para vigilar el desarrollo de los niños, pese a que: 1) las familias cada vez están más carentes de nociones y conocimientos relativos a la crianza, cuidado de los niños y parámetros sobre lo que es un desarrollo normal, o bien teniendo la información tienen sospechas de que el niño no está progresando de modo adecuado, 2) hay mayor supervivencia de niños con padecimientos que afectan el sistema nervioso central y 3) hay mayor exposición a sustancias tóxicas en el aire, agua, alimentos, superficies y objetos que provocan alteraciones en el desarrollo, comportamiento, capacidad de regular, atención y aprendizaje de los niños. Por ningún motivo la vigilancia del desarrollo debe considerarse una actividad complementaria, ocasional o prescindible en la atención de la salud infantil (Rivera, 2009).

Por su parte, el término **“Promoción”** en los servicios de salud, hace referencia a las acciones relacionadas con el cuidado de la salud de manera positiva que anteceden

incluso a las acciones que tradicionalmente se reconocen como preventivas. La promoción se anticipa a que se detecte tempranamente una enfermedad o se tomen medidas específicas para protegerse de su aparición; tiene que ver con la visión de que la salud es una condición de bienestar y fortaleza para **desarrollar nuestro potencial humano en una relación de armonía con nuestro entorno**. Bajo esa perspectiva, tanto la promoción de la salud como del desarrollo infantil tienen como estrategia fundamental el establecimiento de estilos de vida saludables relacionados con las formas en que se atiende, protege, cuida y orienta el desarrollo de los niños, expresados en estilos de crianza saludables (Hernández, 2016).

Por ello, mediante una estrategia de sesiones grupales a padres y cuidadores (Grupos de Promoción del Desarrollo y Cuidado Integral del Niño), el SIVIPRODIN busca favorecer las nociones de cuidado, interacción, experiencia de aprendizaje, comunicación, organización de la conducta. Además, propicia el cariño, juego, protección y establecimiento de una cultura del cuidado y crianza que promueva el desarrollo de las competencias ciudadanas. Asimismo, con el empleo de Cartillas de Vigilancia y Promoción del Desarrollo (ANEXOS 1 y 2) se pretende desarrollar en el cuidador una conciencia crítica sobre todas aquellas cosas que puede hacer para favorecer el desarrollo del niño sin indicarle qué exacta y estrictamente tiene que hacer, pues se pretende desarrollar su capacidad para promover un binomio saludable, así como un comportamiento interactivo cotidiano, sin tener que depender o esperar la siguiente consulta con un profesional de la salud. El no volver a los cuidadores “dependientes” de los profesionales de la salud coadyuva a que tengan responsividad adecuada ante los cambios naturales y conductas de su niño, rompiendo con la visión del prestador de servicios de salud como el principal agente de lucha contra la enfermedad o como un profesional centrado solamente en la esfera orgánica o biológica del individuo (Hernández, 2016).

La enseñanza de competencias para vigilar y organizar el desarrollo es un reto complejo; además de un programa de Intervención Temprana diseñado y basado en evidencia

científica, la sola asistencia al programa no garantiza que todos los participantes alcanzarán sus máximas posibilidades de aprendizaje y transformación. Las competencias que los cuidadores deben adquirir y desarrollar abarcan múltiples y variados aspectos como:

- Tener interés porque el desarrollo sea normal, además de comprender su importancia, contar con nociones sobre sus principios y conocer los aspectos del contexto que lo promueven y lo perjudican (Rivera et al. 2009).
- Sensibilidad para notar las señales de alerta y alarma del desarrollo infantil, ya que diagnosticar oportunamente los trastornos del desarrollo será más probable si la familia sirve como el primer sistema de vigilancia del desarrollo, que sabe dar cuenta de la evolución del niño en el seno de una familia.
- Organización y adaptación de los ambientes físicos y temporales (rutinas familiares), para que sean seguros, flexibles y permitan la máxima expresión de las capacidades del niño y satisfacción de sus necesidades.
- Autorregulación por parte de los cuidadores de sus propios ritmos, estados emocionales, mentales, etc.
- Pensamiento autocrítico de su estilo interactivo.
- Creatividad para resolver problemas, transferir e implementar lo aprendido en el programa en casa.
- Pensamiento analítico, reflexivo y disposición continua para el aprendizaje.
- Sensibilidad para identificar y ajustar sus acciones a las necesidades y posibilidades cambiantes del niño, en armonía con cada una de sus etapas, para proponer actividades que impliquen un reto alcanzable (no exigir lo menos ni de más).

En definitiva, la enseñanza de competencias que permitan el cuidado integral del niño es un reto, pero la sensibilización a los cuidadores sobre su capacidad para vigilar y organizar el desarrollo infantil desde etapas iniciales de la vida es crucial, y el camino más directo para que lo aprendido en un programa de Intervención Temprana alcance

los escenarios de la vida cotidiana de la diada cuidador-niño e incluso, se promueva el fortalecimiento y transformación de los elementos del sistema familiar que así lo requieran. Pérez-Escamilla et al., (2017) señala que definitivamente, los programas nacionales de intervención temprana integrados, con buena coordinación intersectorial deben estar fundamentados en un modelo socio-ecológico, donde se reconozca que la habilidad de los padres o tutores y cuidadores de ofrecer un cuidado cariñoso a los niños depende del entorno familiar, comunitario y la disponibilidad de servicios, programas y políticas públicas intersectoriales que fomenten y protejan el desarrollo infantil desde el comienzo de la vida (Figura 3.1).



Figura 3.1 Modelo socio-ecológico del desarrollo infantil temprano. Tomado de Pérez-Escamilla et al., (2017).

3.5 De intervención diádica a sistémica: implicaciones sociales, culturales y políticas del desarrollo infantil, la dinámica familiar y la intervención temprana.

“Recientemente, cuando las fortalezas sociales se dilatan en el mundo global...los medios masivos de comunicación invaden y distorsionan los objetivos de la convivencia y la crianza, se enajenan los principios humanos básicos del bienestar, solidaridad y ciudadanía, las familias se dispersan en enormes masas urbanas y la convivencia familiar y comunitaria no es de consejos, ni de enseñanzas, ni de transmisión de un legado...los jóvenes padres y el resto de la familia desconocen si cuentan o no con las competencias para proporcionar a sus hijos los cuidados y atenciones necesarios para forjarlos como personas felices, constructivas con capacidad de aportar a su familia y a la comunidad.”

(Sánchez y Rivera, 2009, p.XIII)

Frecuentemente los programas que buscan incidir en la calidad de las interacciones diádicas abordan: 1) la estimulación de la sensibilidad parental, 2) el fortalecimiento de las representaciones parentales y 3) brindar apoyo social, con la intención de fomentar en los cuidadores una mayor comprensión y visualización de las características y necesidades únicas de los niños impactando además de la interacción diádica, el tipo de apego observado y el desarrollo infantil temprano (Gómez et al., 2008).

Asimismo, en general los programas orientados a la promoción del desarrollo y cuidado integral del niño consideran todas aquellas acciones posibles de efectuar orientadas a facilitar las relaciones que el niño establece con su entorno para que pueda interactuar de manera segura, alegre e integral. Se ha señalado que en consecuencia, plantean acciones dirigidas al niño, su entorno y a las relaciones que se establecen entre ambos, incidiendo en los estilos de crianza (al insertar en ellos formas de interacción más adecuadas para generar ambientes que los reciban con alegría, seguridad, amor y confianza). Además, proveen orientaciones sobre la higiene, nutrición, reducción de exposición a contaminantes, prevención de accidentes (Hernández, 2016).

Si bien, para fines operativos, los programas de intervención temprana suelen trabajar con diadas cuidador-niño, los efectos de las intervenciones no se limitan a las diadas y pueden tener un alcance sistémico. Los alcances de un programa dependerán de saber aprovechar todos los espacios y modos en los que interactúa el profesional de la salud con los cuidadores para promover estilos de crianza saludables por ejemplo: a) al preguntar a los cuidadores cómo se sienten con las actividades de cuidado de su niño, b) al organizar grupos en los que el cuidador se reúna con otros cuidadores para intercambiar información con algún miembro del personal de salud, c) el cuidado de los mensajes que se transmiten en carteles, folletos y otros materiales a los que cuidadores pueden acceder, etc. Pero recuperando las fuentes humanísticas de las prácticas profesionales, así como la perspectiva integral de la salud y desarrollo humanos (Hernández, 2016).

La intervención temprana en programas de intervención temprana no es solo verter información sobre los cuidadores desde la posición del “*profesional sabelotodo*” sin tener sensibilidad a sus procesos de participación, aprendizaje, motivación, resiliencia e incluso resistencia al cambio durante su asistencia al programa. No es solo cumplir un rol profesional; es necesario lograr ambientes de confianza y aceptación de las diferentes formas de ser familia para facilitar la comunicación, el aprendizaje y la transformación de sus competencias interactivas. Se ha señalado que aquello que una madre aprende en un programa de intervención temprana inicialmente lo aplica a su hijo pequeño con el que asiste a dicho programa, pero después lo seguirá aplicando con ese y sus demás hijos, incluso durante toda la vida, cambiando aspectos del interior de la familia (Heckman, 2011).

Si consideramos que la interacción cuidador-niño se construye a partir de lo que ambos miembros de la diada están en posibilidad de aportar a la interacción según su sistema diádico (Dunts, 2002), y que los comportamientos de la diada pueden ser evaluados; el cuidador en 1) sensibilidad/responsividad al niño, 2) respuesta a la angustia del niño, 3) fomento al desarrollo cognitivo, 4) fomento al desarrollo socioemocional, 5) organización de comportamientos/expresiones de daño neurológico temprano y el niño en 1) claridad de las señales y 2) responsividad al cuidador (Ainsworth, Bell y Stayton 1982 y 1984; Barnard, 1989; Muñoz-Ledo, 2012), podemos señalar que hay habilidades básicas de los miembros de la diada que permiten la interacción entre ellos, pero también construyen y contribuyen a la dinámica familiar.

La dinámica familiar es el tejido de relaciones y vínculos atravesados por la colaboración, intercambio, poder y conflicto que se genera entre los miembros de la familia al interior de esta, de acuerdo a la distribución de responsabilidades en el hogar, la participación y la toma de decisiones (Gallego, 2012). Comprende las diversas situaciones de naturaleza psicológica, biológica y social que están presentes en las relaciones que se dan entre los miembros que conforman la familia y que les posibilita el ejercicio de la cotidianidad en todo lo relacionado con la comunicación, afectividad, autoridad y crianza de los miembros

de la familia (Agudelo, 2005). Así cada familia tiene su propia dinámica que se manifiesta a su manera, dependiendo de su historia (Gallego, 2012).

La familia es un sistema que se transforma a partir de la influencia de los elementos externos que la circundan, los cuales modifican su dinámica interna (Minuchin, 1982). Cuando un programa de intervención temprana interviene sobre las competencias de los cuidadores para vigilar y promover el desarrollo integral de los niños fomentando ciertos estilos de crianza, invariablemente incide en características de la dinámica familia, como las mencionadas por (Gallego, 2012):

- **Comunicación:** sintonía de las subjetividades familiares, intercambio de pensamientos, emociones y sentires entre las personas vinculadas al grupo familiar, y que son exteriorizados a través de acciones y/o lenguaje verbal y no verbal. Puede ser bloqueada, desplazada o directa.
- **Cohesión:** implica el grado de unión y apoyo, vínculo emocional o grado de relación o cercanía que los integrantes de una familia tienen o perviven entre sí. Se puede asociar con unión afectiva, fidelidad, interdependencia, generación de valores, creencias e intercambio de ideas y afectos.
- **Adaptabilidad:** estrategias de solución en la familia para adaptarse, cambiar su estructura de poder, negociar reglas y roles, en respuesta a problemas, dificultades o cambios que se le presentan. Se puede asociar con asertividad, liderazgo, disciplina, estrategias de manejo de conflicto y toma de decisiones.
- **Roles:** la cultura ha estereotipado, caracterizado y distinguido los comportamientos tanto de hombres como de mujeres.

Otras características de la familia son sus **Rutinas** (forma en que las actividades cotidianas se realizan con regularidad, secuencia e importancia y que dotan de estabilidad y constancia al ambiente familiar) y **Creencias** (entendidas como aquellas ideas medulares sobre cómo es y debe de ser el mundo interno de la familia, el mundo social, la crianza y cuidado infantil). Estas y otras características son movilizadas por un

programa de intervención temprana que retome la interacción cuidador-niño como eje de intervención (figura 3.2).

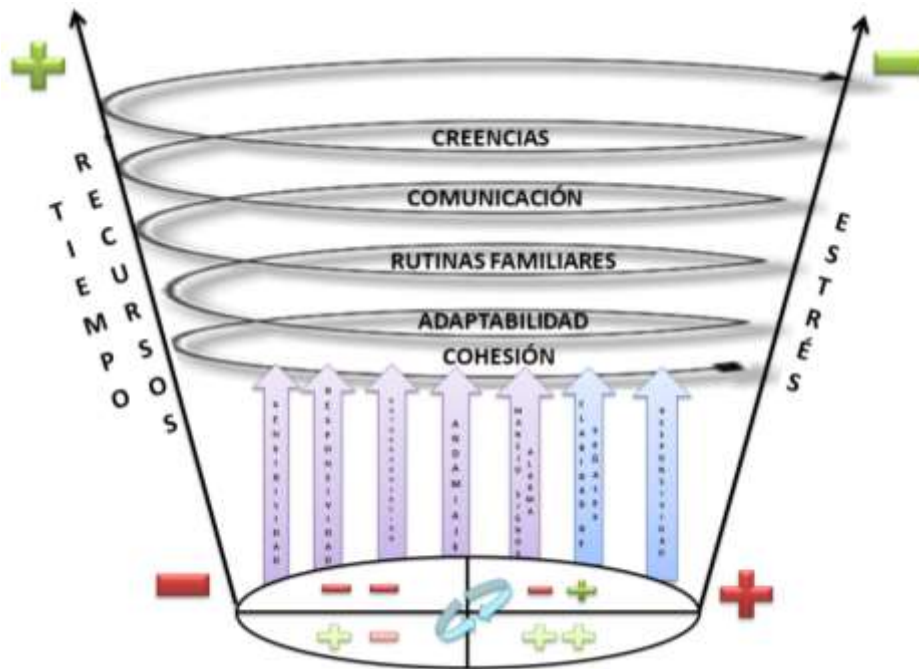


Figura 3.2 Sistemas interactivos diádicos, dinámica familiar y estrés durante un programa de intervención temprana. Fuente: Elaboración personal.

A su llegada al programa de intervención temprana, las diadas manejan grados de estrés alto (por factores de riesgo bio-psicosociales) y llegan con pocos recursos (psicológicos, emocionales, intelectuales, sociales, etc.) para interactuar entre sí. Sin embargo, conforme la exposición al programa incrementa, se reduce el estrés y aumentan los recursos de la diada para interactuar mejor entre sí, pero también movilizando su dinámica familiar. Qué característica de la dinámica familiar se moviliza primero es difícil de comprobar, posiblemente depende de cada tipo de familia, su historia y funcionalidad previas. No obstante, se puede teorizar que una de las primeras características beneficiadas por la participación en un programa de intervención sea la cohesión.

La salud de la familia, entendida como su capacidad de cumplir con las funciones de propiciar el desarrollo armónico de sus integrantes, afrontar constructivamente las crisis

en determinado contexto social, cultural y económico de su existencia (Louro, 2004), se ve impactada por el nacimiento de un niño de alto riesgo biológico.

Además, ciertas características de la salud familiar no podrán ser cambiadas (y otras al menos, no en lo inmediato) por los programas de intervención temprana y tienen que aprender a trabajar con ellas y desde ellas. Algunas de esas características son, por ejemplo, las descritas por Louro (2004):

- **El contexto socioeconómico y cultural:** entendido como la inserción sociocultural de la familia, situación económica y condiciones materiales de vida del hogar, religiosidad y valores ético-morales.
- **Composición del hogar:** estructura del núcleo familiar, número de integrantes, relaciones de parentesco, edad, sexo, etc.
- **Procesos críticos de la vida familiar:** vivencia de acontecimientos de diferente naturaleza que potencialmente afectan la salud en un determinado periodo.
- **Relaciones interfamiliares:** pautas o maneras de relacionarse entre sí, relaciones interpersonales e intrafamiliares (funcionamiento familiar).
- **Afrontamiento familiar:** capacidad que tiene la familia de movilizarse, tomar decisiones que actúan sobre los problemas y el modo en que se comporta frente a los procesos críticos.
- **Apoyo social:** conjunto de recursos de diversa naturaleza con los que pueden contar las familias en la vida cotidiana, especialmente en situaciones que exceden sus recursos y potencialidades.

La forma en que los padres satisfacen las necesidades del niño depende de diversos factores sociales. Soler et al. (2009) menciona como **externos o de la comunidad:**

- **Insalubridad.** Aumenta la frecuencia de enfermedades, déficit nutricional e inmunológico que puede afectar el crecimiento del cerebro y estructuras

musculoesqueléticas limitando el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras.

- **Aislamiento de comunidades y difícil acceso a servicios de salud y educación.** Aumenta el riesgo de desarrollar o agudizar otros problemas sanitarios por no disponer de información y acceso a las acciones preventivas de los servicios de salud (vacunas, apoyos nutricionales, etc.).
- **Estado socioeconómico bajo.** La pobreza en la comunidad disminuye el acceso a bienes y servicios, y provoca experiencias reducidas o poco variadas para el niño. Si el ingreso económico apenas es suficiente para subsistir y no existe búsqueda organizada de respuesta social, los referentes y expectativas sobre el desarrollo infantil se desplazan o reducen.
- **Desastres naturales, ecológicos y situaciones de guerra.** La prioridad se vuelve la protección física y el alimento, por lo que se restringen las oportunidades de experiencias significativas para el desarrollo, la disposición al juego y la desesperanza invade el ánimo de las familias.

Los factores sociales externos refieren a las características de la comunidad a la que pertenece la familia (condiciones económicas, sociales y características culturales) que influyen en el desarrollo del niño al promover o restringir la disposición de recursos, servicios, ambientes de juego, sensación de seguridad, relaciones diversas con la comunidad, además de generar pautas de interacción, comportamiento y crianza, así como contenidos socioculturales particulares. No obstante, cuando los padres proporcionan al niño un clima emocional positivo y estable, organizan adecuadamente las actividades del niño en la rutina diaria y proporcionan variedad de experiencias significativas, contribuyen a disminuir los efectos de un ambiente social empobrecido (Soler et al. 2009).

La entrada de un integrante al sistema familiar demanda un proceso de adaptación al nuevo integrante y un ajuste de los roles y actividades que ocurrían al interior de la familia. El nacimiento de un hijo no es la excepción y pone a prueba la capacidad de adaptación

del sistema familiar, así como su capacidad de proveer cuidados y educación, por lo que puede rebasar los recursos de manejo de la familia e incluso cambiar su estructura (por ejemplo, cuando ocurre el abandono de uno o ambos padres). Lo que sucede en la “intimidad familiar” es relevante y Soler et al. (2009) mencionan como **factores sociales internos o de la familia**:

- **Insuficiencia de recursos económicos.** Cuando no se cubren las necesidades básicas, se provocan tensiones al interior de la familia y los objetivos del bienestar son trasladados a la sobrevivencia. Las familias viven en zonas marginadas con viviendas precarias, reduciéndose las expectativas del desarrollo de sus individuos y su grupo en general.
- **Inestabilidad emocional y actitudes hostiles.** Los conflictos conyugales (especialmente cuando se acompañan de trastornos mentales, violencia intrafamiliar y desorganización en los cuidados y la atención del niño) impactan el comportamiento del menor. Además, si la madre es violentada se afecta su capacidad de proporcionar cuidados adecuados a su hijo.
- **Adicciones.** Originan un alto grado de desorganización familiar y los hijos son más proclives a desarrollar trastornos afectivos, no contar con experiencias enriquecedoras y a periodos prolongados de soledad.
- **Ausencia permanente de uno de los padres.** Por lo general conlleva mayor dedicación al trabajo y sentimientos de culpa por el menor tiempo dedicado al niño, e incluso necesidad de regresar a vivir con los abuelos.
- **Condiciones precarias, irresponsabilidad o improvisación en el cuidado del niño.** La falta de aseo, descuido en la preparación de alimentos y la falta de vigilancia o supervisión, pueden poner en riesgo su salud o seguridad. Cuando no se establecen rutinas suficientemente organizadas el niño no puede anticipar las actividades a lo largo del día dificultándose la regulación de los ciclos de alimentación, evacuación, sueño, actividad, afectándose la sensación de seguridad y el desarrollo cognoscitivo del niño. Además, si el niño cambia constantemente de cuidador no establece vínculos claros y el adulto no puede

reconocer y responder con suficiente claridad y congruencia las demandas del niño ni establecer límites a su conducta.

- **Sobreprotección de los miembros de la familia.** Cuando los cuidadores son muy permisivos con las conductas inapropiadas de los niños o se les continúa tratando como si fuesen más pequeños, los niños tienden a mostrar problemas de comportamiento, irritabilidad y temperamento difícil.
- **Desinterés de la familia hacia el niño o actitudes poco tolerantes y exigentes.** El rechazo hacia el niño expresado a través de desinterés o intolerancia es un riesgo para el desarrollo afectivo-emocional, disminuyendo su oportunidad de construir un sentido de identidad y pertenencia, una autoestima sólida y habilidades sociales. A su vez, en edades posteriores, los sentimientos de exclusión u rechazo darán lugar a dificultades en la interacción, comunicación y comportamiento.
- **No frecuentar a otros familiares o niños.** Cuando el niño convive de manera positiva con otros familiares que le valoran, aprende a regular sus señales afectivas, desarrolla habilidades sociales, aprende normas de convivencia y se siente motivado y gratificado ampliando su ajuste social.
- **Opiniones contradictorias en las creencias de cuidado.** La orientación y el apoyo en situaciones de estrés o cansancio que otros miembros de la familia dan a la madre son muy importantes para la interacción madre-hijo. Pero, cuando hay posturas contradictorias se generan conflictos que desalientan a los padres o cuidadores, les generan sentimientos de incompetencia e inseguridad y desorientan al niño sobre lo que se espera de él.

Parece ser, que por todo lo que envuelve y atraviesa al desarrollo infantil temprano, más que intervenciones puntuales se necesita intervenir durante el curso de la vida. Retomando el modelo ecológico transaccional de Bronfenbrenner, la diada se vuelve la unidad de trabajo o puerta de entrada para los introducir cambios al interior del **Microsistema** (la familia), que encuentra una fuente de apoyo y recursos en el **Mesosistema** (programa de intervención temprana). Por ello, las políticas en materia de

salud y protección a la infancia son vitales como parte del **Exosistema** de un país, y países como Estados Unidos tienen esto claro desde los años 60s, al invertir fuertes sumas de dinero en programas de atención temprana a la infancia con miras de asegurar su posición económica en un mundo globalizado, donde tener capital humano competitivo y no subdesarrollado a nivel mundial ha sido el objetivo. El sistema capitalista generador del **Macrosistema** acentúa las desigualdades sociales; los países subdesarrollados o en vías de desarrollo son los que menos invierten o pueden invertir en programas de intervención temprana. Además, si consideramos la atención a la salud antes, durante y después del parto (incluso desde la gestación), se concluye que desde las etapas más tempranas de la vida las diferencias y desigualdades en el desarrollo infantil temprano ya existen (figura 3.3).

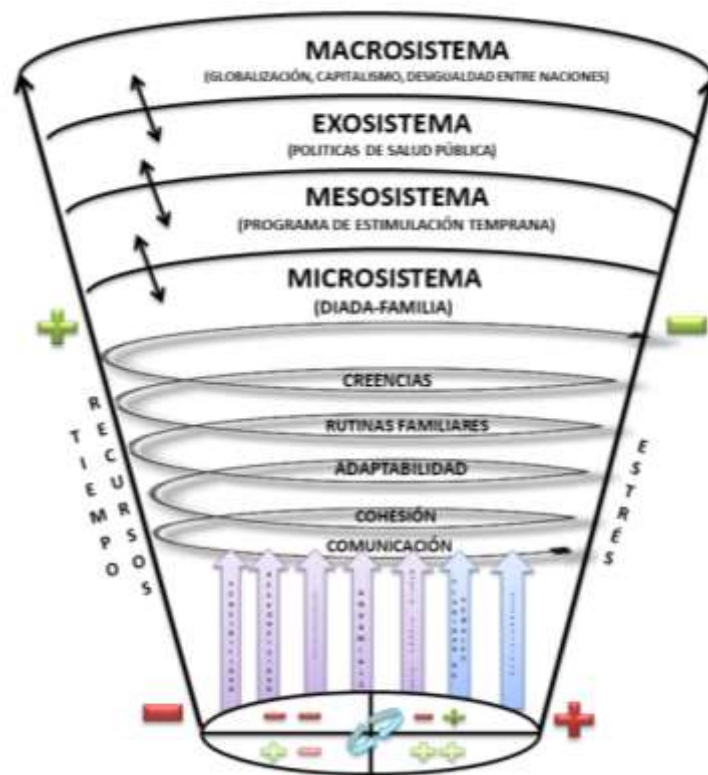


Figura 3.3 Modelo de Impacto de un Programa de Intervención Temprana sobre la Dinámica Familiar.

Una comparación de programas de intervención temprana multisectoriales integrados (implementados en Bangladesh, Chile, India y Sudáfrica) indica que estos surgieron por preocupaciones político-sociales sobre pobreza, inequidad y exclusión social, y que su

éxito se debe a que se basa en evidencia científica y económica, una visión comprensiva de servicios integrados, encontrarse establecidos como política de Estado, estar financiados y liderados por el gobierno y tener distintos escenarios de entrada (Richter et al., 2017).

Además, de estar anclados en un modelo socio-ecológico de la salud que enfatiza la atención de los determinantes sociales de la salud a través del curso de vida. No existe una sola ruta o camino para coordinar programas efectivos a gran escala; cada país debe decidir de acuerdo con su realidad y diversos contextos sociales, económicos, políticos y culturales. En algunos casos, los sectores pueden servir a niños y familias independientemente (bajo una estructura donde se comparten responsabilidades a nivel nacional y local) y en otros contextos un solo ministerio puede trabajar en coordinación con otros sectores (Pérez-Escamilla et al., 2017).

Pérez-Escamilla et al. (2017) reseñan como en México, en los últimos años han ocurrido importantes avances para la construcción de una política pública en materia de desarrollo infantil temprano en pro de cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030:

- Por primera vez, en el Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018 del Gobierno de la República, dentro la Meta Nacional México Incluyente, se planteó en el objetivo 2.1, estrategia 2.1.2 la línea de acción **promover acciones de desarrollo infantil temprano**. Así, el Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) desarrolló para PROSPERA el modelo Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (PRADI) durante el 2013, el cual incluye la detección y la atención oportunas de problemas en el desarrollo mediante la prueba Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI) diseñada y validada en México y recomendada para la evaluación del desarrollo en las unidades de primer nivel.
- El 4 de diciembre de 2014 el presidente de la república promulgó la “Ley General de las Niñas, Niños y Adolescentes”, donde se les reconoce como titulares de

derechos. Son el único sector de la población al que se le reconoce el Interés Superior y Derecho de Prioridad, además de “crear y regular la integración del Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA).

- En agosto del 2016, durante la Segunda Sesión Ordinaria del SIPINNA, se propuso “25 al 25: Objetivos Nacionales de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes” como un instrumento nacional de política pública para dar cumplimiento a la garantía de derechos, estableciendo dentro del dominio de supervivencia el objetivo No. 4 el desarrollo integral temprano. Además, se instruyó la creación de la Comisión Permanente de Desarrollo Infantil Temprano, que tendrá por objeto el desarrollo de la política pública para la primera infancia en el país, instalada a finales del 2016.

Sin embargo, pese los avances legislativos aún queda pendiente aterrizarlo en una política pública integral ¿Cuánto invierte México en la Primera Infancia? Pérez-Escamilla et al. (2017) señala:

- **2009:** El análisis realizado por Mexicanos Primero en 2014, a partir de datos publicados para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y publicado en el libro “Los Invisibles”, arrojó que el gasto público destinado al cuidado y educación de niños y niñas de 0 a 5 años de edad fue de aproximadamente el 0.6% del PIB. Así, México se encontró en el lugar 18 de los 39 países considerados en la comparación ligeramente por debajo del promedio del 0.7. Cabe mencionar que Letonia, Lituania, Australia y España presentaron una inversión similar.
- **2012:** el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el libro “Los Primeros Años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas”, estimó que México invirtió alrededor del 0.6% del PIB en su población menor de 5 años, y alrededor de 1.4% en la población entre 6 y 12 años, observándose como la inversión en la primera infancia fue solo la mitad de la que se hizo en la infancia tardía.

- **2013:** la UNESCO y la UNICEF, bajo un enfoque maximalista consideró no solo los gastos directos en primera infancia, sino también una gama de gastos indirectos (además de las inversiones realizadas desde la gestación y hasta los 8 años) estimó que México invirtió el 0.77% del PIB en la primera infancia. México invirtió 124,559.3 millones de pesos pero solo el 27.9% fue gasto específico en la primera infancia (34,751.76 millones). Este monto fue mucho menor que el destinado por el Gobierno Federal para subsidiar los precios de las tarifas eléctricas (43,114 millones) según el Proyecto de Egresos de la Federación 2017, aunque se sabe que los subsidios de esta naturaleza son altamente regresivos, al beneficiar mucho más a los deciles más ricos de la población.
- **2015:** en un reporte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, IPEE-UNESCO y la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura, comparado con otros países de América Latina, México invirtió menos de su PIB (0.8%) que Guatemala (0.9%), El Salvador y Paraguay (1%), Argentina (1.3%), Honduras (1.6%), Costa Rica (1.5%), Perú (1.6%).

En general, México ha sido un país que invierte relativamente poco en los niños (especialmente en la infancia temprana). Países como Honduras y Costa Rica han destinado el doble de su PIB (1.6% y 1.5% respectivamente). México invierte en sus niños una mínima parte de su gasto público total (GPT): solo el 4% mientras que países como Perú destinan hasta el 9.1% de su GPT en la primera infancia. Afortunadamente, desde el 2010 la inversión mexicana para la detección y atención oportunas de problemas del desarrollo en la población beneficiaria de PROSPERA (programa de Inclusión Social) ha aumentado gradualmente, registrándose un monto total de casi 600 millones de pesos (aproximadamente 30,000,000 USD) para la implementación de intervenciones e investigación enfocadas al desarrollo infantil temprano. Así, la inversión anual per cápita en el periodo 2012-2015 ascendió de 11.66 a 247 pesos mexicanos (0.61 a 12.99 USD), lo que se traduce en un mayor porcentaje de niños a quienes se evaluó y dio manejo para mejorar su nivel de desarrollo Pérez-Escamilla et al. (2017).

El proteger el desarrollo infantil temprano es un reto complejo para los gobiernos, que suelen recargar esta tarea en sus sistemas de salud, que a su vez requieren el cumplimiento de sus funciones esenciales (gobernanza, financiamiento, generación de recursos y provisión de servicios). Además, se requiere la coordinación para la acción intersectorial del **sector público, privado** y la **propia población** para la promoción del desarrollo infantil temprano con estrategias que permitan comunicación, confianza, comprensión y compromiso. Asimismo, la inclusión del desarrollo infantil temprano como un derecho humano, un bien público global y un componente de bienestar y equidad (justicia social), debe incorporarse en las políticas y programas para el desarrollo infantil el valor de la evidencia científica y su solidez como institución consolidada para ejercer su liderazgo. En México, los sectores principales (salud, social, educativo y privado) han fortalecido la atención al desarrollo infantil temprano a través de diversas instituciones, programas y estrategias (Pérez-Escamilla et al., 2017) (Figura 3.4).

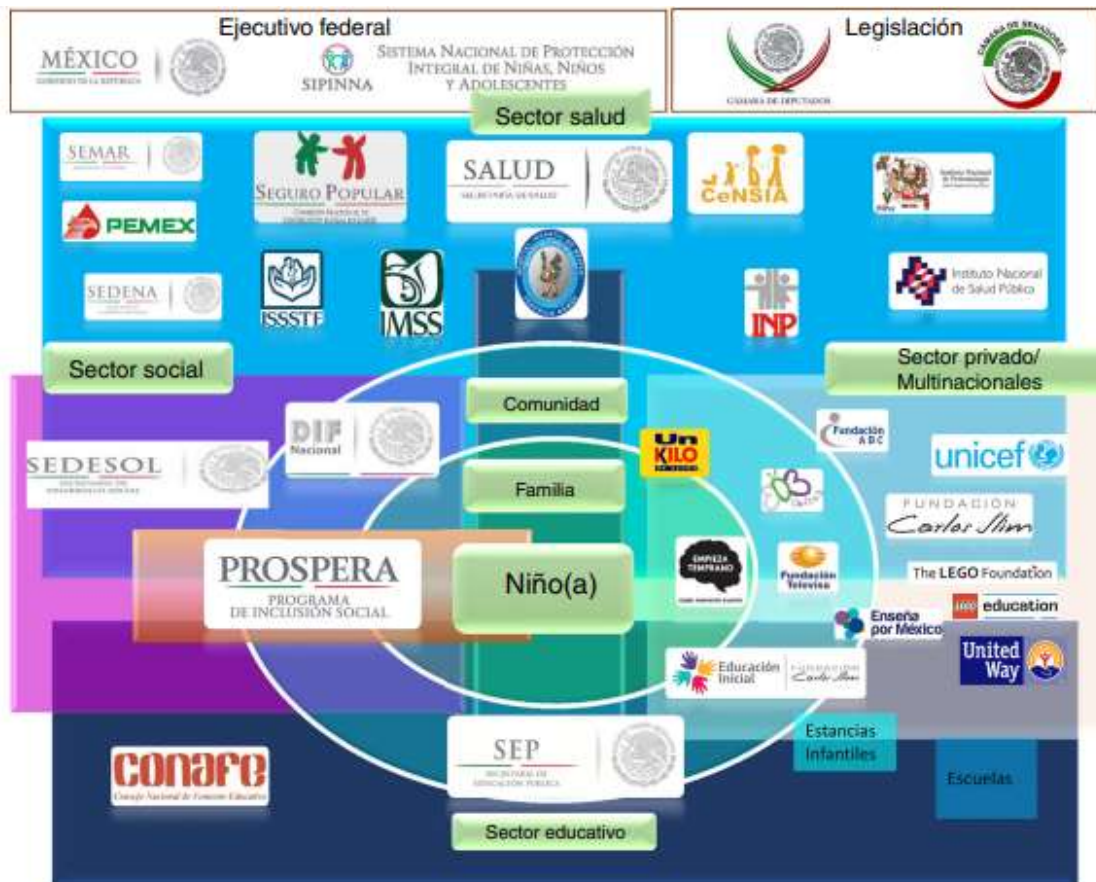


Figura 3.4 Actores del sector salud, social, educativo y privado, quienes han aportado distintos programas y estrategias para fortalecer la atención al desarrollo infantil temprano en México. Tomado de Pérez-Escamilla et al., (2017).

Por su parte, el **sector educativo** podría fortalecer su aportación al desarrollo infantil temprano en México desde las universidades fortaleciendo y actualizando las profesiones de más contacto con la infancia temprana. Los recursos humanos y su formación son el centro del Sistema de Salud y la mejora de los servicios que se prestan a la población. Hay que lograr una formación de recursos humanos orientada a la suficiencia y calidad de profesionales con el perfil necesario. Por ejemplo, en el 2015 PROSPERA contrató casi 400 psicólogos para la detección y atención oportuna de niños con alteraciones en su desarrollo y capacitó al personal de salud (médicos y enfermeras) en casi el 80% de las unidades médicas de la Secretaría de Salud.

La integración de las funciones de gobernanza, financiamiento y recursos humanos conforman las **bases para la transformación de servicios para el desarrollo infantil temprano**, para así transitar de un modelo de atención curativo, segmentado y con insuficiencia de personal de salud capacitado, hacia un modelo de Promoción y Atención del Desarrollo Infantil (PRADI) de PROSPERA Programa de Inclusión Social. La sostenibilidad de ese y cualquier modelo que incluya la familia y la comunidad en una participación multidisciplinaria con los servicios de salud centrada en el desarrollo infantil temprano, dependerá de la capacidad del Sistema de Salud para romper las barreras institucionales hacia una reforma real, dirigida a elevar la calidad de vida presente y futura de los niños y un retorno social transgeneracional (Gobierno de la República, 2018), así como una partida presupuestal específica que permita el acceso efectivo a toda la población menor de cinco años (Pérez-Escamilla et al., 2017).

Mientras que los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de la primera infancia mediante el escalamiento de políticas de gran alcance (tanto de corte universalista como focalizado), las organizaciones de la **sociedad civil** y el **sector privado** en colaboración tienen la posibilidad de diseñar e implementar intervenciones y programas innovadores que generen evidencia sobre medidas costo efectivas. Por ejemplo, Un Kilo de Ayuda en colaboración con Mexicanos Primero, el Centro de Desarrollo Infantil de Harvard está probando una intervención de carácter domiciliario orientada a mejorar las interacciones y las rutinas de cuidado infantil mediante la incorporación del juego dentro de las actividades cotidianas de la familia, una innovación dentro de su modelo integral, que desde el 2008 evalúa el crecimiento y desarrollo neurológico de alrededor de 50 000 niños a lo largo del país. Además, otras **medidas de tipo laboral** han demostrado ser claves para facilitar la habilidad de las familias de ofrecer un cuidado cariñoso y sensible a sus hijos incluyen licencias de maternidad adecuadas, licencias de trabajo para cuidar hijos u otros familiares enfermos, descansos durante jornada laboral para amamantar o extraerse leche, protección social

a través de programas de transferencia de ingresos condicionados (Pérez-Escamilla et al., 2017).

Por su parte, en relación al **Poder Federal y Legislativo**, el ejercicio democrático implica el cambio continuo de prioridades dentro del ejercicio del gobierno. Son las organizaciones quienes deben asegurar que la primera infancia y su desarrollo pleno no pierdan relevancia con el paso de las administraciones y las legislaturas. Por el contrario, las organizaciones deben asegurar que cada nueva administración adquiera un compromiso profundo y genuino con la primera infancia, no solamente por argumentos técnicos y económicos en favor de invertir y priorizar la primera infancia, sino también por un mandato ético y jurídico: la responsabilidad del Estado de garantizar el ejercicio pleno de los derechos de su población (Pérez-Escamilla et al., 2017).

Es cierto que los gobiernos de los países no pueden implementar ajustes en sus políticas internas al margen de su posición económico-productiva en el mundo y que la globalización impone presiones político-económicas en las relaciones entre países. Sin embargo, por esa misma globalización vale la pena apostar a la infancia temprana desde una visión de **Macrosistema**; la migración, la pobreza, las adicciones, la delincuencia son problemáticas que como humanidad nos interconectan y afectan. Pérez-Escamilla et al. (2017) refiere que a pesar de todo el conocimiento existente para desarrollar e implementar políticas y programas de intervención temprana a gran escala, dos terceras partes de los países del mundo aún no cuentan con un marco nacional multisectorial unificado y bien coordinado para proteger, promover y apoyar el desarrollo infantil, y como la inversión en desarrollo infantil temprano es la base fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que colectivamente buscan conseguir el crecimiento económico y el desarrollo nacional equitativo y sostenible en todos los países del mundo.

No invertir en la infancia temprana, pasa factura a nivel mundial y bajo una visión de humanidad, las infancias debería ser un tema que uniera como humanidad a todos los gobiernos. Richter et al. (2017) explica como un estudio de simulación de factibilidad de

programas intervención temprana, en función de costos con datos de 73 países sumamente pobres arrojó resultados muy alentadores. Incluir 6 visitas domiciliarias para promover la crianza y cuidado cariñoso de los niños de acuerdo con sus necesidades y 5 sesiones para prevenir la depresión materna agregarían a las inversiones en la salud y nutrición materno-infantil US\$0.20 per cápita/año en países de bajos ingresos y US\$0.70 per cápita/año en países de medianos ingresos. Si bien este gasto representaría agregar el 10% a las inversiones de programas de salud y nutrición materno-infantil, el costo de no actuar a pesar de la evidencia es enorme para la sociedad:

- Afecta el buen crecimiento y desarrollo durante la primera infancia, la habilidad de los niños de estar listos para aprender una vez que entran a la escuela, el rendimiento escolar, nivel cognitivo y bienestar general en la adolescencia y la edad adulta.
- Estudios prospectivos a largo plazo realizados en Guatemala y Jamaica mostraron que la falta de inversiones en salud, nutrición y cuidado sensible y cariñoso de los niños se traduce en una pérdida del 25% de los salarios en la edad adulta en relación con el promedio nacional y que el déficit en el desarrollo de habilidades se transfiere de una generación a otra.
- Lo datos de 11 países del África Subsahariana mostraron que no reducir la desnutrición crónica (talla baja para la edad) a una prevalencia de al menos el 15%, conlleva a una pérdida de entre el 3 y 12.7% del PIB. De igual manera, no ofrecer educación preescolar universal se asocia con una pérdida del 3.6% del PIB en Guatemala y del 4.1% en Nicaragua. Si se adiciona una pérdida del 1.4% del PIB en Guatemala y del 2.1% del PIB en Nicaragua debido a falta de inversión en programas de visitas domiciliarias para niños con retraso en el desarrollo, el costo nacional en términos de productividad por la falta de acciones para mejorar el DIT es realmente alarmante.

En síntesis, respecto a mejorar el desarrollo infantil temprano a nivel nacional desde el **Exosistema** para afectar positivamente al **Microsistema** (el seno familiar), se

recomiendan 6 acciones con fuerte participación de la sociedad civil: 1) expandir la voluntad política y financiamiento, 2) crear un entorno de políticas favorables basadas en evidencia, 3) construir capacidad con coordinación intersectorial, 4) asegurar una gobernanza justa y transparente de los programas y servicios, 5) aumentar apoyo a la investigación multidisciplinaria y 6) promover el desarrollo de líderes (Pérez-Escamilla et al., 2017).

Además, siguiendo la lógica del modelo ecológico transaccional de Bronfenbrenner, la afectación o intercambios entre sistemas son bidireccionales, corren en ambos sentidos (de lo macro a lo micro y viceversa). Así, el **Microsistema de la Diada-Familia también posibilita introducir cambios en los otros sistemas que tendrán que responder a sus necesidades**, tal vez con menos fuerza y rapidez pero también es posible. Por ejemplo, frecuentemente se comete el error conceptual de separar la razón de la emoción (Seidler, 2000), restándole importancia a los procesos afectivos de padres, madres y cuidadores en torno al desarrollo de sus hijos, privilegiando el discurso médico. Retomar, explorar e incidir de manera intencionada y no como efecto secundario en las percepciones y emociones de los cuidadores permitiría elevar la eficacia de los programas de intervención temprana, para ello deben existir sesiones de trabajo sobre las emociones con las que llegan los cuidadores al programa de intervención en relación a “ese niño con riesgo de discapacidad”.

Asimismo, Demarchi et al. (2015) señala cómo los roles son vitales en la dinámica familiar pues implican un estatus, ya que **dependiendo como se internalicen, comprendan y practiquen estos en el pequeño grupo familiar serán los efectos en el contexto social**. Los programas de intervención temprana aportan a la creación de “nuevas parentalidades” donde padres, madres y cualquier otro adulto a cargo de la crianza y promoción del desarrollo infantil, integre nuevas prácticas de atención a la infancia alejadas de los estereotipos de generó donde el cuidado infantil ha sido tarea exclusiva de las mujeres.

La maternidad es una construcción social resultado de un aprendizaje situado; el conocimiento sobre el cuidado infantil y las disposiciones psicológicas y emocionales para ser madre como parte del género femenino, no se deben a un “instinto materno” o sexo ya que *“La diferenciación de género...se fundamenta en el dimorfismo sexual que se deriva del propósito fundamental de la reproducción de la especie...el compromiso entre el determinismo biológico y el social no puede ser la base de una explicación de género...tampoco podemos ignorar el radical carácter cultural del concepto de género ni la presencia corporal... pero el género no se fija antes de la interacción social, sino que se construye a partir de ella”* (Connell, 2003, p. 83).

Los cuidadores, especialmente las madres experimentan una fuerte presión social para ser “expertas sobre el cuidado infantil” y parir hijos sanos porque históricamente se ha afirmado que “dar vida es una condición natural de lo femenino y de ser mujer”. A su vez, los padres que intenta participar más activamente de la crianza infantil encuentran barreras ya que la crianza infantil históricamente se ha feminizado. Sin embargo, los conocimientos sobre el correcto cuidado infantil deben ser accesibles a todas las personas en contacto con niños pequeños, ya que las disposiciones psicológicas (pensamientos, emociones, creencias, etc.) y las competencias para cuidar de los niños no son exclusivas de las mujeres, ni se agotan en el género femenino: *“Es un hecho ineludible a cualquier proyecto de cambio: para los hombres, como para las mujeres, el mundo formado por las prácticas que se reflejan en el cuerpo y se derivan del mismo ligadas al género son territorio de la política –la lucha de intereses en un contexto lleno de desigualdades-La práctica nunca se da en el vacío. La práctica tampoco actúa en el vacío. La práctica hace al mundo. Al actuar, convertimos las situaciones iniciales en situaciones nuevas. La práctica constituye y reconstituye estructuras”* (Connell, 2003, p. 99-101).

Si las prácticas sociales hacen al mundo, también deberían dar forma a las políticas públicas; la idea de que solo una persona puede cubrir todas las necesidades de cuidado de un menor siempre ha sido una ilusión. En realidad, son redes de personas

(generalmente mujeres de la familia o externas) que participan del cuidado y la crianza de los niños (y por ende del desarrollo infantil temprano). Considerando lo anterior, seguir en la perspectiva de evaluación de interacciones diádicas (cuidador principal-niño) puede resultar insuficiente para dar cuenta de la realidad y del cómo las familias se las ingenian para cuidar de los niños (redes de cuidado) e identificar otras necesidades de intervención de las poblaciones. Igualmente, la generación de instancias de cuidado infantil por parte del Estado es prioridad; cuando en las familias se concentran las labores de cuidado en un solo agente de acción se vulnera el desarrollo infantil, el bienestar del cuidador principal (generalmente la madre) y la salud familiar, gestándose contextos sociales donde el buen desarrollo infantil es menos probable.

Aunque las mujeres han aprendido que cuidar es una forma de demostrar su amor, preocupación e interés por quienes forman parte de su vida cotidiana, **las labores de cuidado son una tarea que puede y debe realizarse por todas las personas**. Dentro de un sistema familiar todos los integrantes (no solo los niños) experimentan la necesidad permanente y apremiante de recibir cuidado de forma simultánea. Por ello, es necesario dejar de asignar las labores de cuidado a una sola persona, generalmente a las mujeres (madres, abuelas, etc.), para pensar en la democratización de las labores de cuidado; una actividad humana que se puede realizar para el bienestar individual y colectivo, como parte de una **ética humana**. No obstante, en las relaciones cotidianas existen asimetrías de poder y jerarquías impuestas, que se traducen en que algunas personas puedan evadir la responsabilidad del cuidado, algo que Tronto en el 2013 denominó “irresponsabilidad privilegiada”, mientras que principalmente las mujeres dentro y fuera de los hogares, de forma remunerada o no, son las principales proveedoras de los cuidados, existiendo una producción social, histórica y cultural de las mujeres como “cuidadoras” (Lanestosa, 2021).

Lanestosa (2021) señala que **las necesidades del cuidado infantil no pueden ser resueltas únicamente con el trabajo al interior de los hogares y las redes al interior de las familias** (que puedan existir o no), sino que se requiere de la participación y

corresponsabilidad gubernamental y pública. El Estado, el mercado, las familias y las comunidades deben compartir responsabilidades, principalmente en un contexto en el que la esperanza de vida ha aumentado considerablemente (lo que conlleva el cuidado de personas de la tercera al interior de las familias) y buena parte de las mujeres además del trabajo no remunerado al interior de los hogares, tiene una participación activa en el mercado laboral. El cuidado infantil constituye hoy un reconocido problema público para el que se han desarrollado en diferentes lugares del mundo políticas públicas (políticas de cuidado), entre las que destacan las licencias (maternales y de paternidad) y los servicios de cuidado (guarderías y centros de cuidado con diferentes denominaciones), entre otros apoyos en los que existe la participación gubernamental de recursos públicos y privados. Por su parte en México:

- **1988-1994.** Pérez y Zamora (2001) reseñan como durante el sexenio del presidente Salinas de Gortari, se implementó el **Programa Casas de Cuidado Diario** (CCD) del Voluntariado Nacional (VN) ante creciente incorporación de mujeres al mercado laboral, apoyando la **organización comunitaria** para satisfacer la demanda de cuidado infantil de madres trabajadoras, equipando con mobiliario, material didáctico y juguetes la casa de una mujer de la comunidad (que recibía una capacitación inicial, por parte de personal especializado del VN) para el desempeño de su función como “Madre Cuidadora” y brindar el servicio de cuidado diario a un grupo de aprox. 12 niños, de 18 meses a 5 años de edad.
- **2007.** Cuando la Encuesta Nacional de Empleo 2004 arrojó que las mujeres ya eran el 41% de la población económicamente activa, pero que únicamente 35% contaban con seguridad social y acceso a servicios de cuidado (lo cual incrementaba la posibilidad de que dejaran solos a sus hijos), surgió el **Programa de Guarderías y Estancias Infantiles** (PGEI) para apoyar a madres trabajadoras, programa que 2 años después cambió su nombre a **Programa de Estancias Infantiles** (PEI) teniendo gran impacto a nivel nacional; permitió que mujeres en condición de pobreza y marginación tuvieran acceso a servicios de cuidado para

trabajar y estudiar, y que mujeres con ganas de autoemplearse con el apoyo de recursos públicos convirtieran sus casas en lugares de cuidado infantil (fue más factible presupuestalmente otorgar 70 mil pesos a cada una de esas mujeres, que invertir un millón de pesos por cada nueva estancia infantil). Así, mujeres de todo el país tuvieron la oportunidad de tener ingresos a partir de un trabajo que generalmente es poco valorado social y económicamente (el cuidado infantil) y se disminuyó la vulnerabilidad tanto de hogares en los que la jefatura de familia con niños entre 1 a 6 años de edad recaía en una Madre Trabajadora o Padre Solo, como de hogares en condiciones de pobreza o en riesgo de caer en ella de no contar con un segundo ingreso. Según datos de la Secretaría de Bienestar (2018) durante los doce años de implementación de este programa: se benefició a 1 825 394 madres y padres solos, se brindó atención a 2 174 415 infantes y se contó con 9566 estancias en operación que tenían cobertura nacional, tuvo presencia geográfica en 1 296 municipios de los cuales 42 están entre los 250 con menor Índice de Desarrollo Humano y 219 presentan un alto o muy alto grado de marginación según el Consejo Nacional de Población (CONAPO), además tuvo presencia en 543 municipios con población predominantemente indígena de acuerdo con el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI). Por todo lo anterior, el PEI fue considerado como un programa social exitoso, con un sistema de monitoreo eficiente y alto grado de satisfacción de su población beneficiaria (CONEVAL, 2018).

- **2014-2015.** Se creó la **Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes**, lo cual implicó un cambio de paradigma en la forma como el Estado protege y promueve los derechos de niñas, niños y adolescentes, reconociéndolos como titulares de derechos, en cumplimiento de lo dispuesto por la Convención de los Derechos del Niño, de la que México era parte desde 1990. Además, se publicó el Reglamento de la Ley General (integrado por 10 títulos y 111 artículos) que contiene: 1) medidas de protección y urgentes de protección especial que las autoridades de los tres órdenes de gobierno implementarán con la finalidad de

salvaguardar los derechos de las niñas, niños y adolescentes, 2) mecanismos de coordinación con distintas autoridades para lograr el cumplimiento de los objetivos que establece la Ley, 3) procedimientos y funciones que permiten el adecuado funcionamiento de las Procuradurías de Protección y de la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Integral y 4) procedimientos que particulares deben realizar para ejercer su derecho de adoptar alguna niña, niño o adolescente. Cabe destacar que el texto del Reglamento fue sujeto a amplias consultas con organizaciones de la sociedad civil, el Fondo para la Infancia de Naciones Unidas (UNICEF) y otros actores interesados (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2015).

- **2015.** En diciembre, el presidente Enrique Peña Nieto instauró formalmente el **Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes** (SIPINNA) como la instancia encargada de establecer instrumentos, políticas, procedimientos, servicios y acciones de protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, a fin de articular el quehacer público en torno a dichos derechos, en todos los niveles de gobierno. El SIPINNA se creó por mandato de la Ley General de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del 2014 a fin de que el Estado (en sus tres órdenes de gobierno) cumpla con su responsabilidad de garantizar la protección, prevención y restitución integrales de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes que hayan sido vulnerados (art 1. Fracción III, LGDNNA) y la **Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia** (ENAPI), la cual se propuso garantizar a niñas y niños menores de seis años el ejercicio efectivo de sus derechos a la supervivencia, desarrollo integral y prosperidad, educación, protección, participación y vida libre de violencia, atendiendo las brechas de desigualdad existentes entre estratos sociales, regiones geográficas y géneros, así como a la diversidad inherente a cada persona, ambos esfuerzos como parte de una política integral de primera infancia (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2015).
- **2019-2020.** Pese a que en las últimas evaluaciones se destacó la necesidad de contar con mayor cantidad de recursos públicos para atender la demanda de

servicios de cuidado infantil el presidente Andrés Manuel López Obrador anunció una modificación importante: la entrega directa de los recursos públicos a madres, padres solos o tutores para que decidieran cómo gestionarlos. Las estancias infantiles dejaron de recibir recursos públicos para su creación, operación, mejoramiento y capacitación a su personal (y otros apoyos que garantizaban su funcionamiento). En medio de un intenso debate público surgieron las reglas de operación para el ejercicio 2020 de un nuevo programa que sustituyó al PEI, el **Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños de Madres Trabajadoras (PABNNMT)**. Además del esquema de transferencias de recursos públicos, el nombre del nuevo programa permite advertir una mayor centralidad en los niños; aunque las madres trabajadoras que buscan empleo o estudian continuaron formando parte de la población objetivo, los recursos públicos ya no fueron destinados a ampliar, mejorar o sostener los servicios de cuidado que durante más de una década el PEI generó. Los argumentos que justificaron esta decisión gubernamental estaban centrados en elementos comunes para toda la gestión pública de programas sociales: la disminución de gasto público y la austeridad, la entrega de recursos públicos directamente a las personas beneficiarias sin que haya intermediarios como una forma de evitar actos de corrupción, y el rechazo a acciones e intervenciones consideradas por la actual administración como de corte neoliberal realizadas en sexenios anteriores. Los cambios al PEI se justificaron mediáticamente señalando inconsistencias (infantes que no asistían a las estancias, centros que ya no funcionaban y cambios de domicilio no registrados) y presuntas irregularidades en el manejo de los recursos públicos. Si bien la entrega directa de recursos es un cambio importante, se debió considerar que la población usuaria de las estancias infantiles en gran medida se caracterizó por vivir en condiciones de pobreza, precariedad y marginación, lo que derivaría en una tensión importante entre emplear los recursos otorgados por el PABNNMT para buscar la mejor alternativa de cuidado infantil, o bien utilizarlo en otras necesidades familiares apremiantes como alimentación, gastos de vivienda y subsistencia.

Actualmente en México se ha tenido un retroceso en materia de estancias y cuidado infantil. Se ha sugerido que las acciones tomadas en el actual sexenio pueden tener como resultado la (re)privatización del cuidado infantil en las familias, con un probable aumento en el desempleo femenino, porque al no contar con suficiente dinero para pagar una estancia infantil es probable que las mujeres desistan de participar en el mercado laboral, o bien decidan dejar a sus hijos a cargo de las abuelas como ha sugerido el gobierno mexicano. Es posible que una política de esta naturaleza derive en procesos de familiarización con una tendencia a incrementar el trabajo femenino no remunerado en los hogares, así como a invisibilizarlo (Lanestosa, 2021).

La Secretaría de Bienestar en el 2018, ya sabía que el 70% de los recursos recibidos para la operación de las estancias provenía del gobierno federal, 23% de cuotas de corresponsabilidad otorgados por las familias y el 7% restante de madres que no formaban parte del PEI, y que sin los subsidios otorgados con recursos públicos las estancias no podrían operar y cerrarían de forma inmediata. Así lo advirtió Save The Children México en el 2019, al indicar como en el periodo 2019-2020 a partir del surgimiento del PABNNMT las estancias infantiles en la Ciudad de México tuvieron una significativa reducción de la matrícula y para inicios del 2019, 50 de los centros que recibían el subsidio del Programa de Estancias Infantiles habían registrado una baja del 21% de la matrícula de niños, por lo que algunas estancias se vieron obligadas a despedir personal, turnar horarios o hacer pagos incompletos, además de solicitar despensas a las familias o reducir los servicios de alimentación. Dejar de percibir el subsidio o una disminución en la matrícula pone en riesgo la continuidad general de las niñas y niños en las estancias (y no solo de aquellos que se dieron de baja). Igualmente, Save The Children México advirtió que, de mantenimiento de esta tendencia podría suponer el cierre de las estancias, lo cual impactaría negativamente los derechos de la niñez y de las mujeres, a la vez que significaría el desmantelamiento de un tejido social que costó muchos años de construcción (Lanestosa, 2021).

Si bien en México el SIPINNA señaló el brindar protección a las infancias y a reconocerlas como titulares de derechos, destacando la importancia de que cuenten con un cuidado amoroso, cariñoso y sensible con un fuerte énfasis en las responsabilidades familiares, y propuso un “**Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible**” para el desarrollo de la primera infancia como parte de la **Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia** (ENAPI), que tiene como uno de sus principios el cuidado centrado en la familia, buscar mejorar las prácticas de crianza mediante el empoderamiento y ejercicio de ciudadanía de las familias y comunidades (a fin de que sean capaces de hacer valer sus propios derechos y exigir servicios de mayor calidad y cobertura) (Lanestosa, 2021), la decisión del actual gobierno de cambiar el PEI al PABNNMT no parece ser un acierto o al menos no se podrá afirmar lo contrario hasta explorar qué decisiones han tomado las madres que ahora reciben directamente los recursos públicos y/o las estrategias que han desplegado ante la imposibilidad de contar con el apoyo de servicios de cuidado).

Además, como señala Lanestosa (2021) no se ha propuesto de forma decisiva desfeminizar los cuidados y promover una amplia corresponsabilidad en la que distintos actores sociales participen en acciones que permitan mejorar las condiciones de vida de las mujeres, los niños y las familias, y como el cuidado infantil y otros tipos de cuidado, requiere el desarrollo de acciones integrales que consideren: 1) los servicios para cuidar, 2) el tiempo, 3) los costos que implican y 4) los actores que participan, ya que al centrar el cuidado únicamente en las familias, se corre el riesgo de mantener las desigualdades y las relaciones de poder que afectan de forma particular a las mujeres y continuar reproduciendo la idea de que el mejor cuidado está en manos de las mujeres al interior de los hogares. Bajo esta misma lógica, Ellingstaeter propone que el Estado debe regular las relaciones laborales entre el mercado y los miembros varones y mujeres de las familias, al comprender que el cuidado infantil (como otros cuidados) requiere de una amplia y compleja red de apoyos que pueden materializarse en permisos y tiempo para cuidar, incentivos para que diferentes integrantes de las familias considerando sus distintas configuraciones y transformaciones puedan involucrarse, así como de infraestructura, capacidad técnica y humana que permita que los cuidados salgan del

espacio privado, a fin de contribuir a reconocer la carga de trabajo y presión social que experimentan las mujeres, redistribuirla y apuntalar transformaciones sociales y culturales (Lanestosa, 2021).

A su vez, otro punto de desencuentro entre lo que se legisla y lo que sucede en la vida real de los mexicanos es el **Programa Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (PNPS) 2020-2024** que refiere cómo en el contexto nacional se cuenta con distintos Centros de Atención Infantil (CAI) dirigidos a la atención de los niños desde los 43 días de nacidos. Sin embargo, ser derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) determina en gran medida el acceso a los servicios de cuidado infantil (guarderías). Si bien hay alternativas para quienes no tienen un empleo o seguridad social, a menudo son insuficientes o poco accesibles considerando la cercanía con sus hogares, horarios de atención, costo y características de funcionamiento. Los centros de cuidado particulares tampoco constituyen una opción viable para todas las familias (principalmente las pobres) por los altos costos económicos (Lanestosa, 2021).

Cambiar el PEI al PABNNMT puede interpretarse como una forma de depositar mayormente en manos de la ciudadanía la responsabilidad del Estado de generar condiciones favorables para el acceso al trabajo digno que permita a las familias tener bienestar y no solo sobrevivir. Esta decisión política generó desempleo (tanto de las madres trabajadoras como aquellas que se habían empleado como cuidadoras), afectando a todas las familias (especialmente las monoparentales) al dar por hecho (a modo de cuasi-imposición) que las abuelas cuidarán a los niños del país sin reflexionar que tal vez algunas por sus condiciones de salud, económicas, geográficas o de fallecimiento no están en condiciones de ejercer labores de cuidado, anulando incluso su derecho a que puede no ser su voluntad comprometerse a una labor de esa magnitud (no es lo mismo cuidar durante unas pocas horas ocasionalmente a un nieto, que toda la jornada laboral más tiempos de traslados los 7 días de la semana o diario), lo que a su

vez puede afectar la calidad de vida de las personas de la tercera edad, ignorando el hecho de que hay abuelos que también necesitan trabajar.

Si a lo anterior sumamos los efectos de la pandemia por Covid-19 el panorama se recrudece: durante la pandemia se dejó de dar cobertura a la problemática que representa para las familias el cuidado infantil ante el cierre de todos los servicios de cuidado y escuelas. Las mujeres tuvieron que resolver necesidades de cuidado en un contexto aún más complejo por factores como el desempleo, el incremento de la violencia en el espacio privado, el aumento de la carga de trabajo no remunerado al interior de los hogares, el temor por su salud y las de sus familias, así como la incertidumbre del día a día. En el 2020, el Instituto Nacional de las Mujeres señaló que en México la suspensión de servicios de cuidados y clases hizo que 25.5 millones de personas en edad de ser cuidadas por una persona adulta se quedaran en sus hogares durante el confinamiento, y que en al menos un cuarto de los hogares del país hubiera una persona menor de seis años que necesitaba atención y cuidados. No obstante, la pandemia por Covid-19 permitió que los cuidados se conviertan en un tema y un problema público más visible y en la región latinoamericana se han desarrollado espacios de diálogo entre la academia, actores gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, colectivos y ciudadanía para debatir y reflexionar sobre los efectos de la pandemia en las tareas de cuidado. En México, actores políticos han reconocido el aumento de la carga de trabajo y la sobre-explotación de mujeres y niñas y la necesidad de contar con un **Sistema Nacional de Cuidados**, lo que puede representar una oportunidad para que el cuidado sea considerado como un derecho humano, tan importante como otros, que implica no sólo el derecho a ser cuidado, sino a contar con mejores condiciones en los hogares y en los servicios de cuidado para su realización (Lanestosa, 2021).

Bajo la lógica de los cuidados como un derecho, **los programas de intervención temprana representan una gran oportunidad para su ejercicio y el cambio social**: constituyen espacios de dialogo, resignificación y aprendizaje en torno a la maternidad y la crianza infantil, fomentando nuevas prácticas de maternidad y paternidad ya que

ambos (madres y padres), familiares y otros cuidadores son recibidos, acompañados y asesorados en la promoción del desarrollo infantil, la aceptación/manejo de emociones y pensamientos sobre la discapacidad infantil, límites en la crianza infantil y la familia, el duelo, expresión de afecto, entre otros temas, en congruencia con lo que Lanestosa (2021) señala como posicionar políticamente la necesidad de realizar transformaciones que tengan como principal objetivo acabar con la opresión, las relaciones de poder y las jerarquías construidas y naturalizadas. La desigualdad salarial y la maternidad como desventaja laboral pueden y deben modificarse, ya que atraviesan y afectan a todos los involucrados (mujeres, hombres, niños, familias).

De ese modo, además de empoderar a las madres, padres y cuidadores para la crianza de un niño con discapacidad o en riesgo de padecerla, los programas de intervención temprana pueden movilizar elementos de la dinámica familiar y reestructurar relaciones de poder creándose condiciones que mejoran: 1) la interacción cuidador-niño, 2) la convivencia entre géneros, 3) las condiciones de vida de mujeres y niños y 4) la práctica de nuevas masculinidades, para así romper patrones generacionales de machismo, violencia intrafamiliar, maltrato y subdesarrollo infantil, al ser espacios donde se pueda *“...buscar ideas diferentes de autocontrol que emanen de la familiaridad y las relaciones con nuestra vida emocional...esto ha contribuido a establecer los criterios según los cuales las mujeres aprenden a evaluar su propia experiencia e intentan afirmarse... Los grupos de concientización han contribuido a que las mujeres exploren el funcionamiento de estos procesos en su propia vida a medida que aprenden a no internalizar la culpa y la responsabilidad...”* (Seidler, 2000, p. 18).

Los programas de intervención temprana son compatibles con el **“Marco de Cuidado Cariñoso y Sensible”** para el desarrollo de la primera infancia como parte de la **Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia** (ENAPI) que tiene como uno de sus principios el cuidado centrado en la familia y mejorar las prácticas de crianza, con el **Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes** (SIPINNA) a fin de que el Estado (en sus tres órdenes de gobierno) cumpla con su

responsabilidad de garantizar la protección, prevención y restitución integrales de los derechos humanos de niñas, niños y adolescentes que hayan sido vulnerados y con la **Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia** (ENAPI), la cual se propone garantizar a niñas y niños menores de 6 años el ejercicio efectivo de sus derechos a la supervivencia, desarrollo integral y prosperidad, educación, protección, participación y vida libre de violencia, atendiendo las brechas de desigualdad existentes entre estratos sociales, regiones geográficas y géneros, así como a la diversidad inherente a cada persona.

Finalmente, después del cambio del PEI al PABNNMT y la pandemia, las familias siguen enfrentando el reto de la disminución de estancias infantiles, además del incremento de la monoparentalidad por el fallecimiento de padres y madres (o ambos) por COVID-19, así como de posibles integrantes de la red familiar de cuidado (abuelos, abuelas, tías, hermanas, etc.), necesidades que deberán ser tomadas en cuenta por los programas de intervención temprana que deben emanar, responder y ajustarse a las necesidades poblaciones siempre en cambio.

Por ello, si los programas de intervención temprana desean explotar su potencial como generadores de cambio social, deben ayudar a los padres, madres y cuidadores a distinguir desde “dónde construyen su discurso sobre la parentalidad, desarrollo infantil, sobre lo que sucede a sus niños, lo que implica cuidar de los niños, fortalezas, recursos potenciales, etc.” y reflexionar “desde dónde se relacionan con los niños de su familia”, lo cual es congruente con el SIPINNA que señala que la intervención con las familias deberá tomar en consideración la experiencia, la cultura, las necesidades e intereses de las familias (sipinna, 2020: 27, citado en Lanestosa 2021). Para ello, contextualizar, situar e historizar a los asistentes, para rescatar su experiencia de participación en un programa de intervención temprana puede ser muy útil para dar cuenta de las constantes que generan cambios o fomentan la “impermeabilidad” a los contenidos del programa en ciertos participantes. El profesional de la salud que participa de los programas de intervención temprana tiene un gran reto en sus manos: fortalecer sus conocimientos,

tener una práctica científicamente fundamentada y recuperar la confianza de padres, familiares y otros cuidadores demostrando que su trabajo está comprometido con los procesos de vigilancia y promoción del desarrollo integral del niño (Hernández, 2016), y con lo que sucede con las familias usuarias. En este sentido, las características sociodemográficas han sido muy descritas y exploradas sin embargo, la dinámica familiar antes, durante y después de los programa de intervención temprana no tanto, posiblemente por la complejidad que entraña este tipo de constructo, por lo cual se ha optado por incluirle de manera indirecta (tipificando a las familias según el número de integrantes, su ingreso económico, su región de procedencia, etc.) sin adentrarse en la funcionalidad del sistema familiar.

CAPÍTULO 4

DINÁMICA FAMILIAR, INTERACCIÓN CUIDADOR-NIÑO Y DESARROLLO INFANTIL EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA MODIFA-DIN.

El impacto que tiene la relación madre-hijo sobre el desarrollo infantil temprano es ampliamente reconocido y su estudio continúa aportando evidencia sobre su relevancia; desde etapas tempranas de la vida el cuidador primario, generalmente la madre, al mediar y facilitar los intercambios del niño con el medio funge como un organizador del desarrollo infantil (Muñoz-Ledo et al., 2002), por tal motivo diversas líneas de investigación, desde diferentes metodologías, han evaluado las interacciones tempranas cuidador-niño e identificado factores que obstaculizan y favorecen las interacciones diádicas y, en consecuencia, el desarrollo infantil temprano (esto se pudo observar en lo documentado en los capítulos 1 y 2).

Debido a lo anteriormente descrito los hallazgos, tanto de investigaciones clásicas como contemporáneas (Dunts, 1971; Tronick y Cohn, 1989; López, 1993; Sumner y Spietz, 1994; Guning et al., 2002; Muñoz-Ledo et al., 2002, 2003 y 2007; Mäntimaa et al., 2003; Guning et al., 2004; Cerezo et al., 2006; Trenado, 2008; Hernández, 2011; Olhaberry, 2012; Hernández et al., 2013; Olhaberry y Santelices, 2013; Ortiz et al., 2013; Aracena et al., 2013), han sido de utilidad para los programas de Intervención Temprana, dirigidos a evitar o disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil asociadas con discapacidad, poblaciones de alto riesgo biológico y psicosocial (como se evidencia en el capítulo 3). Todo lo anteriormente mostrado, nos permite ahora describir los referentes operativos de los cuales se desprende un programa de intervención temprana innovador.

4.1 Antecedentes del Programa de Intervención Temprana propuesto

En México, en el Centro de Investigación del Neurodesarrollo (**CIN**) del Instituto Nacional de Pediatría (**INP**) en colaboración con la **UAM-Xochimilco** (como parte de la Maestría en Rehabilitación Neurológica), a partir de estudios previos sobre la interacción

espontánea cuidador-niño en infantes con antecedentes de encefalopatía perinatal (Muñoz-Ledo, Sánchez, Méndez y Mandujano 2002, 2003), se logró identificar estilos de comportamiento interactivo asociados a estructuración de secuelas en el desarrollo al año de edad y sistemas diádicos con mejor o peor pronóstico según si: el cuidador es organizador/desorganizador y el niño tiene posibilidades de organizar sus intercambios o tiene grandes dificultades (Muñoz-Ledo et al., 2007). La caracterización de las competencias interactivas de cada miembro de la diada ha permitido detectar precozmente aquellas con mayor riesgo para el desarrollo por una inadecuada interacción cuidador-niño, diseñar intervenciones más adecuadas para poblaciones de alto riesgo biológico (Hernández, 2011; Hernández et al., 2013; Muñoz-Ledo et al., 2002, 2003 y 2007; Olhaberry, 2012) y efectuar el seguimiento de las posibilidades de transformación de sus competencias interactivas. Desde un modelo de **Cuidado Integral** (CI) en el CIN, se han creado desde instrumentos para la evaluación del neurodesarrollo en los primeros 2 años de vida (VANEDELA y EVANENE), hasta diversos libros y manuales dirigidos a profesionales y cuidadores de niños pequeños. Con respecto a materiales que contengan actividades para estimular el desarrollo infantil temprano, se ha:

- Generado un Sistema de Vigilancia y Promoción del Desarrollo Integral del Niño (**SIVIPRODIN**). Un conjunto de estrategias orientadas a favorecer el desarrollo del niño en los escenarios y actividades cotidianas de los niños, mediante el uso de Cartillas de Vigilancia (para los profesionales del 1er nivel de atención) y **Cartillas de Promoción** del desarrollo para ser utilizadas por los padres y cuidadores (ANEXOS 1 y 2). En un contexto de intervención comunitaria, el SIVIPRODIN se implementó por más de 3 años en el Centro de Salud TI “Lomas de San Lorenzo” en la delegación Iztapalapa, mediante “grupos de promoción del desarrollo y cuidado integral del niño”. Personal del CIN capacitó a personal del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), generando de dicha experiencia una “**Guía de actividades para grupos de promoción y estimulación del desarrollo en el**

SIVIPRODIN” para promotores de salud fácil, interactiva y replicable en otros centros de salud o instancias interesadas (Hernández, 2016).

- Implementado un **Programa de Intervención Temprana** (desde el primer mes de vida a los 6 años) retomando como ejes de intervención: 1) la mejora de las interacciones cuidador-niño, 2) la enseñanza de habilidades parentales para vigilar y promover el desarrollo infantil en escenarios cotidianos y 3) la capacidad de reorganización del sistema nervioso central por la plasticidad cerebral en los primeros 2 años de vida. Considerando el desarrollo infantil como un proceso orientado a favorecer la capacidad adaptativa del niño y su capacidad de interacción con el entorno (Sánchez, et al., 2009), desde un marco constructivista ha impartido sesiones de intervención grupal a diadas cuidador-niño, generando una **“Guía de actividades del programa de cuidado integral para niños de 0-2 años de edad”** como una propuesta que apoye a los coordinadores de grupos de intervención temprana. Cabe señalar que la autora de la guía mencionó la construcción de ciudadanía desde los primeros 2 años de vida; aclarando que el trabajo que se realiza en las actividades no es lo más relevante, sino las competencias que en el niño y su cuidador se quieren desarrollar para transitar por dominios de la vida como el autocuidado, autonomía e identidad, que permitan al niño irse conformando como un individuo totalmente incluido en su familia, comunidad y sociedad, llegando a ser ciudadano que aprende, reconoce y sigue las reglas en momentos tempranos de la infancia y que más tarde respetará las leyes de su país, consiguiendo una ciudadanía tranquila y feliz (García, 2015).
- Propuesto una **“Guía de intervención temprana para niños de 0 a 2 años con antecedentes de asfixia perinatal, dirigida al personal de salud del segundo nivel de atención”**. Esta guía para la atención temprana de niños con riesgo de daño neurológico pretende ser una herramienta que permita: 1) conocer la anatomía funcional del cerebro, organización, relación entre áreas y niveles y 2) la naturaleza intrínseca de las respuestas generadas y cómo éstas, siguiendo un

programa de trabajo y estimulación secuencial, son capaces de establecer cambios estables en la organización cerebral que permitan la adquisición de funciones no desarrolladas o la maduración de las mismas. De ese modo la guía brinda la signología del daño neurológico (por alteraciones para resolver pruebas del desarrollo, presencia de signos neurológicos, genéticos o musculoesqueléticos) y la atención necesaria para poder impactar de manera positiva en su desarrollo, e incluso a través de la detección temprana de retrasos o alteraciones, identificar trastornos orgánicos que tienen sus primeras manifestaciones en el desarrollo del niño (Sandoval, 2017).

El modelo de Cuidado Integral, como otros programas de intervención temprana (Cerezo et al., 2011; Gómez y Santelices, 2008; Kemppinen et al., 2006; Page et al., 2010; Perea et al., 2010; Santelices et al., 2015; Shin et al., 2008), ha buscado incidir en la calidad de las interacciones diádicas estimulando la sensibilidad parental, el fortalecimiento de las representaciones parentales y brindando apoyo social, con la intención de fomentar en los cuidadores mejores estilos de crianza, una mayor comprensión y visualización de las características y necesidades únicas de los niños impactando además de la interacción, el bienestar y tipo de apego observado en el niño y en consecuencia el desarrollo infantil temprano. Asimismo, como otros programas (De Falco et al., 2014; Gertler et al., 2014), retoma la interacción cuidador-niño como eje de intervención para favorecer el desarrollo infantil en las acciones cotidianas de cuidado y crianza, atenuando el impacto de factores de riesgo biológicos del niño (por ejemplo, retraso del crecimiento, prematurez) y factores de riesgo maternos de tipo psicosocial (por ejemplo, nivel educativo bajo, pobreza, maternidad adolescente o añosa, maternidad en soltería), logrando las diadas participantes diferenciarse positivamente de diadas similares que no asisten a un programa (Rivera et al., 2014). Además, en congruencia con lo reportado por la literatura (Bornnier, 2008), se ha observado que las diadas más beneficiadas son las pertenecientes a las poblaciones más vulnerables o con factores de riesgo múltiples, permitiéndoles después de un tiempo mejorar sus resultados e incluso arrojar resultados similares a los obtenidos por diadas de poblaciones de bajo riesgo (Rivera et al., 2014).

Desde hace más de 26 años el modelo de Cuidado Integral fue desarrollado y ha sido implementado en el INP y otros espacios institucionales (Centro de Salud de Tlaltizapán Morelos, Centro de Salud TI de Iztapalapa), pero su actualización y enriquecimiento continuará, a partir de las diversas experiencias de implementación que se generen en diferentes espacios institucionales y poblaciones.

Justificación y Planteamiento del problema

El sistema nervioso en los primeros años de vida es especialmente sensible a diversos mecanismos perturbadores que retrasan, interfieren o modifican su desarrollo. Los niños con alto riesgo biológico muestran grandes dificultades para iniciar y sostener interacciones con su medio por alteraciones sensoriales, actividad refleja, tono muscular, postura, movimiento, automatismos, reducción de la variabilidad de sus respuestas conductuales, así como expresiones tempranas del daño neurológico o signos de alarma (irritabilidad, hipoactividad, hiperactividad) que generalmente desbordan las capacidades de manejo, tolerancia y contención de los cuidadores provocando asimetrías y desincronización de las interacciones diádicas, limitando su potencial reorganizador del desarrollo infantil (Armstrong et al., 2012; Muñoz-Ledo et al., 2003 y 2007; Sánchez et al., 2009).

Afortunadamente, los programas de intervención temprana mejoran las interacciones cuidador-niño, promueven el desarrollo infantil, evitan o disminuyen las alteraciones del desarrollo en poblaciones de alto riesgo biológico y psicosocial (Campos-Castelló, 2013; Osorio et al., 2010; Page et al., 2010; Young, 1996), y constituyen una intervención menos costosa (Sánchez, et al., 2009). Incluso se señalan beneficios macro sociales al contribuir a la disminución de la deserción y fracaso escolar, alcanzar mayores niveles educativos, disminución de la delincuencia y desempleo, e incluso la disminución de los niveles de pobreza al registrarse que los niños que participaron en programas de intervención temprana alcanzaron mayores ingresos en su vida adulta por empleos mejor pagados,

afirmandose que dichos programas contribuyen a disminuir la desigualdad social a lo largo de la vida, especialmente en países subdesarrollados ya que en estos se invierte menos en salud, educación y apoyo parental para la crianza (Bonnier, 2008; Heckman, 2011; Gertler et al., 2014).

Desde una mirada económica, los programas de intervención temprana también han ganado notoriedad y en países de primer mundo son altamente valorados; ya sea desde una visión moralista (por el imperativo de la justicia social y un movimiento social de causa noble) o desde una visión económica (por el imperativo económico de la productividad) forman parte de la aplicación de políticas justas y económicamente eficientes, que reducen la desigualdad social existente (incluso antes del nacimiento) y palian los efectos de las condiciones adversas para la parentalidad y la crianza infantil que las familias enfrentan (por jornadas laborales muy largas, familias monoparentales y reconstruidas, falta de red de apoyo familiar, empleos mal pagados, necesidad de ingreso dual, etc.). Además de permitir el acceso igualitario de las familias a recursos que les permitan desarrollar el potencial de sus niños combatiendo así la inequidad educativa parental e infantil, los programas de intervención temprana ofrecen beneficios económicos al generar un capital humano más capaz y competitivo en la economía global y evita tener humanos “subdesarrollados” que a futuro se vuelven una carga económica para sus países, al ser una fuerza laboral de menor calidad generadora de problemas sociales costosos (por necesidad de educación especial, alta tasa de criminalidad, drogadicción, etc.), evitándose pérdidas económicas e incremento del gasto público del país. Desde una mirada económica, los programas de intervención temprana son la mejor manera de invertir recursos limitados para crear capital humano más productivo, y si bien por un tiempo los países hacen un pago doble para prevenir (a través de la intervención temprana) y resarcir los efectos de la desigualdad social, en definitiva, la educación en la infancia temprana es la inversión más sabia que un país puede hacer (Heckman, 2011).

Actualmente, los programas más exitosos son aquellos que se aplican desde los primeros 2 años de vida, tiempo en que el cerebro alcanza el 70 % de su arquitectura definitiva, es

muy sensible a los estímulos del medio y la neuroplasticidad es más probable (Heckman, 2011; Muñoz-Ledo et al., 2002; Muñoz-Ledo et al., 2003; Muñoz-Ledo et al., 2007) y que retoman como ejes de intervención la calidad de las interacciones cuidador-niño y la estimulación temprana en el hogar para la promoción del desarrollo infantil en habilidades:

- **Cognitivas:** por asociarse a mayor escolaridad, mayor salario, menor participación en delitos y en general a una mejor salud y éxito general en la vida adulta (Heckman, 2011).
- **Socioemocionales:** por asociarse al desarrollo del carácter y la personalidad, la atención, autocontrol, perseverancia, sociabilidad, autoestima y un comportamiento progresista (Baker-Henningham y López, 2013; Bonnier, 2008; Gertler et al., 2014; Gómez et al., 2008; Heckman, 2011; Muñoz-Ledo et al., 2013).

Específicamente la estimulación temprana, permite tanto la promoción como el seguimiento del desarrollo infantil, además de la detección de alteraciones del desarrollo. No es solo “jugar por jugar”, la estimulación temprana en una intervención profesional mediante una secuencia de sesiones, con ejercicios o actividades previamente diseñadas basadas en: 1) pautas del desarrollo infantil, 2) conductas esperadas, 3) características más importantes por etapa, 4) periodos críticos y sensibles, 5) especificidad de procesos (Arango et al., 2000; Walker, 2011). Se aplican según la edad en meses y grado de desarrollo alcanzado, ya que no pretenden forzar a los niños a lograr metas que no están preparados para cumplir (Hernández, 2016). Sin embargo, por desconocerse cuándo inician las alteraciones cognitivas en los bebés (Bonnier, 2008), se opta por un inicio precoz incluso desde el nacimiento con fines preventivos (Campos-Castelló, 2013; Osorio et al., 2010; Page et al., 2010; Young, 1996), con la problemática de que las conductas de los niños antes de los 9 meses pueden ser muy sutiles y alrededor de los 24 meses es muy común la deserción de los participantes en los programas de estimulación temprana.

En los países desarrollados se ha invertido en materia de atención temprana a la infancia desde los años 60s y actualmente se identifica a la intervención temprana como un factor que origina capital humano productivo y competitivo a nivel mundial, y como una inversión inteligente en materia de políticas de salud pública (Heckman, 2011). Sin embargo, en países en vías de desarrollo (donde se concentran 200 millones de niños en riesgo), el efecto de estos programas es todavía desconocido (Gertler et al., 2014), pese que se ha reportado como pueden atenuar el impacto sobre el desarrollo infantil de variables como la prematurez, el bajo nivel educativo del cuidador, pobreza, maternidad adolescente o añosa, maternidad en soltería (De Falco et al., 2014; Gertler, 2014; Rivera et al., 2014) y que las poblaciones más beneficiadas son las más vulnerables o con factores de riesgo múltiples (Bonnier, 2008; Rivera et al., 2014).

Cabe señalar que, si bien se afirma el efecto positivo de los programas de intervención temprana a corto y mediano plazo, determinar sus efectos a largo plazo no es fácil. Así como existen estudios que reportan un efecto de los programas de intervención temprana de 5, 8, 10 y hasta 20 años después de su aplicación (Bonnier, 2008; Feldman et al., 2014; Gertler et al., 2014; Gómez et al., 2008; Heckman, 2011; Muñoz-Ledo et al., 2013; Weber y Adueta, 2004), también existen estudios con resultados poco concluyentes, atribuyéndose dicha situación a limitaciones por errores metodológicos frecuentes en este tipo de investigaciones como: demasiada heterogeneidad de la muestra, grupos de estudio pequeños, inexistencia de grupos controles y la utilización de pruebas estadísticas en solo un 59% de los estudios, lo que genera medidas poco confiables de los efectos de los programas (Bonnier, 2008).

La medición de la efectividad de un programa de intervención se ve limitada por los cambios inherentes al desarrollo infantil temprano y sus procesos heterocrónicos que pueden ser muy rápidos, tanto para la formación y maduración de estructuras como para la adquisición de habilidades. Asimismo, las estrategias utilizadas no son descritas, especialmente durante los primeros 2 años de vida, tiempo en que el cerebro alcanza el 70% de su arquitectura definitiva y es muy sensible a los estímulos del medio y es más

probable la neuroplasticidad (Muñoz-Ledo et al., 2002; Muñoz-Ledo et al., 2003; Muñoz-Ledo et al., 2007; Heckman, 2011). Si bien, diversos autores han afirmado el valor de la intervención temprana, otros consideran que las controversias relacionadas han sido parcialmente resueltas (Weber y Udaeta, 2004).

Se ha intentado medir y demostrar el efecto de variables protectoras a muy largo plazo, perdiendo de vista otras variables que intervienen en el desarrollo infantil temprano (Walker et al., 2011). Para conocer el efecto de un programa de intervención temprana se aconseja tomar en cuenta las variables intervinientes y su efecto acumulativo (Bonnier, 2008; Morelato, 2011; Walker et al., 2011). Asimismo, se deben considerar los factores protectores y de riesgo según edad del niño y los periodos críticos/sensibles del desarrollo ya que su efecto (por ejemplo, asistir a un programa de intervención) dependerá de la edad del niño, considerando que una asociación entre variables presente a cierta edad puede no permanecer en edades posteriores; por ejemplo, el crecimiento físico y el desarrollo estuvieron relacionados hasta los 24 meses, pero no a los 36 meses (Walker et al., 2011).

Además, valdría la pena retomar indicadores culturales (tipo de familia, edad del cuidador, tipo de cuidador, orden de nacimiento, sexo, nivel educativo) y no solo indicadores económicos (nivel socioeconómico). Asimismo, otro tipo de indicador funcional, por ejemplo la Dinámica Familiar ha sido reducido a la variable “tipo de familia” (aunque estructura no es igual a funcionamiento) y si bien los programas de intervención no han sido diseñados con la intención de modificar la Dinámica Familiar existe un potencial no explorado; ya que se ha sugerido que lo aprendido por las madres en estos programas, posteriormente es aplicado a lo largo del desarrollo de todos sus hijos y que incluso la mentalidad de las familias cambia por participar en estos programas buscando permanentemente mejores oportunidades de vida para sus hijos (Heckman, 2011). Para los países en vías de desarrollo es importante contar con programas más efectivos y específicos para un mejor uso de recursos (que suelen ser limitados) y alcanzar un equilibrio entre eficacia y eficiencia, especialmente durante los primeros 2 años de vida

por el impacto que se ha demostrado tiene esta etapa para el desarrollo cerebral, el desarrollo infantil posterior para disminuir la desigualdad social al inicio y a lo largo de la vida (Gertler et al., 2014).

De todo lo anterior, surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los efectos de un programa de intervención temprana sobre la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil en los primeros 2 años de vida?

Objetivo General

Examinar los efectos del programa de intervención temprana MODIFA-DIN sobre la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil de lactantes con un rango de edad de 4-24 meses.

Objetivos Particulares

Preexposición al programa

1. Medir la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil de lactantes con un rango de edad de 4-24 meses, a su llegada al programa MODIFA-DIN.
2. Analizar la Dinámica Familiar y sus posibles relaciones con la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil de lactantes con un rango de edad de 4-24 meses, a su llegada al programa MODIFA-DIN.

Post-exposición al programa

3. Medir el efecto de un programa de intervención temprana sobre la Dinámica Familiar de lactantes con un rango de 4-24 meses de edad.
4. Medir el efecto de un programa de intervención temprana sobre la Interacción Cuidador-Niño de lactantes con un rango de 4-24 meses de edad.
5. Medir el efecto de un programa de intervención temprana sobre el Desarrollo Infantil de lactantes con un rango de 4-24 meses de edad.

6. Analizar el efecto del programa de intervención temprana en la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil en niños con un rango de 4-24 meses de edad.
7. Analizar la Dinámica Familiar y sus posibles relaciones con la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil, de lactantes con un rango de edad de 4-24 meses, después de ser expuestos al programa MODIFA-DIN.

Hipótesis de Investigación

Hi₁: El programa de intervención temprana MODIFA-DIN incrementa la funcionalidad de la Dinámica Familiar, en familias con lactantes de 4 a 24 meses de edad

Hi₂: El programa de intervención temprana MODIFA-DIN, afecta positivamente la Interacción Cuidador-Niño en lactantes de 4 a 24 meses de edad

Hi₃: El programa de intervención temprana MODIFA-DIN promueve el Desarrollo Infantil en lactantes de 4 a 24 meses de edad

Ho: El programa de intervención temprana MODIFA-DIN no afecta la Dinámica Familiar, ni la Interacción Cuidador-Niño, ni el Desarrollo Infantil, en lactantes de 4 a 24 meses de edad

Variables. La variable independiente fue el programa de Intervención Temprana MODIFA-DIN, mientras que las variables dependientes o de salida fueron tres: 1) la Interacción Cuidador-Niño, 2) el Desarrollo Infantil y 3) la Dinámica Familiar, comose puede apreciar en la Figura 4.1.

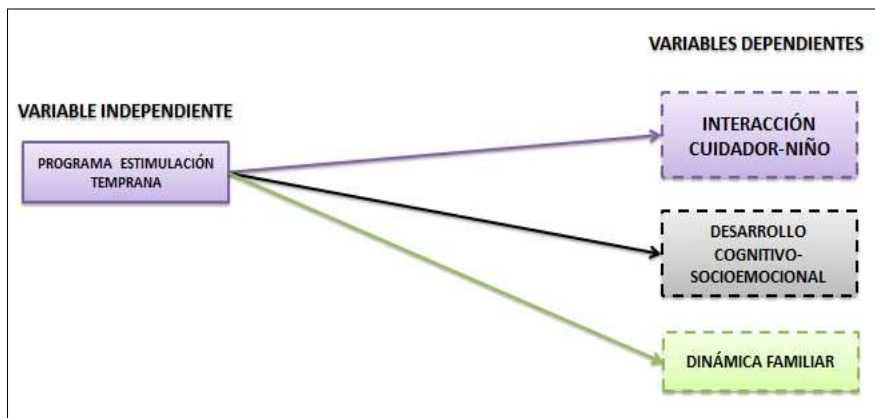


Figura 4.1 Modelo Teórico del Proyecto de Investigación

Tipo de Estudio. Longitudinal, de series cronológicas.

4.2 Aplicación del programa.

Acceso a la Población de estudio. Se contactó con el Dr. Rolando Rivera, jefe del Centro de Investigación del Neurodesarrollo (CIN), del Instituto Nacional de Pediatría (INP), para conversar con él sobre la posibilidad de realizar una investigación de los efectos de un programa de intervención temprana sobre el desarrollo infantil, la interacción cuidador-niño y la dinámica familiar. El jefe del CIN aceptó participar y facilitar los medios materiales y de acceso a la población de estudio para llevar a buen término la investigación. Sin embargo, dada la contingencia sanitaria por la epidemia de COVID-19, se optó por trabajar en otro centro de intervención en el que también participa el CIN: el Centro Xilotl.

Población. Diadas cuidador-niño, del Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil "XILOTL", inaugurado en junio del 2021 en la alcaldía de Tlalpan en la Ciudad de México, como resultado de un esfuerzo conjunto de la Alcaldía de Tlalpan y la UAM-Xochimilco. Personal del Instituto Nacional de Pediatría, la UAM-Xochimilco y el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro colaboran para dar atención a la población infantil y sus cuidadores. Así, la presente investigación se integró al trabajo del Centro Xilotl, para dar atención a la población de estudio.

Escenario. Área de Diagnóstico y área de Intervención (Lactantes 1), del Centro de Promoción y Atención al Desarrollo Infantil “Xilotl”.

Criterios de Inclusión

- Evaluación del desarrollo infantil con resultado global de “Riesgo”, “Rezago” o “Normal” pero con algún área alterada.
- Evaluación de la dinámica familiar y/o la interacción cuidador-niño.
- Edad cronológica de los lactantes menor a 24 meses.

Criterios de Exclusión

- Portadores de síndromes genéticos o condiciones médicas que al combinarse, aumentan la severidad del caso, por lo que el riesgo biológico no se pudiera considerar “controlado”
- Diferentes cuidadores en las sesiones de evaluación e intervención.

Tipo de Muestreo. No probabilístico por conveniencia.

Instrumentos

1. **Evaluación de la Dinámica Familiar.** Se utilizaron 2 instrumentos, el primero fue el **APGAR Familiar** (Anexo 3) diseñado en 1978 por Smilkstein (en la Universidad de Washington) Médico de Familia que propuso la aplicación de esta prueba como un instrumento que ayudara a los equipos de Atención Primaria para aproximarse al análisis de la función familiar, basándose en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos. Mediante 5 reactivos tipo Likert evalúan la percepción del funcionamiento familiar en Adaptación, Participación o Cooperación, Gradiente de Recursos, Afectividad y Recursos o Capacidad Resolutiva, evidenciando la forma en que una persona percibe el

funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción será importante en contextos donde no es común que los usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares y no se cuenta con profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando se detectan durante las consultas (Suarez y Alcalá, 2014). El segundo instrumento fue la **Escala de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares** (ERI) (Anexo 4) que considera las “relaciones intrafamiliares” como las interconexiones que se dan entre los integrantes de cada familia, por lo que evalúa 3 dimensiones: 1) **Unión y Apoyo**, como la tendencia de la familia de realizar actividades en conjunto, de convivir y de apoyarse mutuamente (se asocia con un sentido de solidaridad y de pertenencia con el sistema familiar), 2) **Dificultades**, se refiere a los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados ya sea por el individuo o por la sociedad como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles (de ahí que esta dimensión también pueda identificar el grado de percepción de “conflicto” dentro de una familia) y 3) **Expresión**, o posibilidad de comunicar verbalmente las emociones, ideas y acontecimientos de los miembros de la familia dentro de un ambiente de respeto. Cabe mencionar que se utilizó una versión intermedia de 37 reactivos tipo Likert seleccionados *ex professo* para este estudio. (Rivera y Andrade, 1999).

- **Instrucciones.** Tanto el APGAR Familiar como el ERI, son instrumentos autoadministrados, de manera que se les entrega en forma personal a modo de cuestionario y se les pide a los cuidadores que tachen la celda que más representa lo que sucede en sus familias (excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplica el test) (Rivera y Andrade, 1999; Suarez y Alcalá, 2014).
- **Calificación.** Para calificar el **Apgar Familiar**, cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos (0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3: Casi siempre, 4: Siempre), los cuales se sumaran para obtener un puntaje total que se interpreta como Normal (17-20 puntos), Disfunción leve (16-

13 puntos), Disfunción moderada (12-10 puntos) y Disfunción severa (menor o igual a 9 puntos) (Suarez y Alcalá, 2014). Para calificar el **ERI** se siguen 4 pasos: 1) identificar los reactivos de cada dimensión, 2) sumar el total de reactivos que integran cada dimensión, 3) sacar el promedio de la dimensión (dividir el total entre el número de reactivos) y 4) se obtiene el puntaje final de la dimensión. Si bien existe una propuesta de interpretación para la versión larga del instrumento (56 reactivos), hasta el momento no existe un punto de corte que pueda utilizarse de manera general en todos los grupos, por lo que se recomienda identificar el punto de corte por cada grupo poblacional específico dividiendo a los participantes entre quienes se ubican dentro del grupo con puntajes altos (el 25% más alto) y quienes se ubican en el grupo con puntajes bajos (el 25% más bajo) (ver figura 1).

GRUPO CON PUNTAJES BAJOS	GRUPO CON PUNTAJES INTERMEDIOS	GRUPO CON PUNTAJES ALTOS
Se obtiene identificando aquellos casos cuya puntuación total corresponda al 25% inferior.	En este grupo se encuentran las personas cuyos puntajes se encuentran entre el 26% y el 74% del total.	Corresponde a las personas cuyos puntajes se ubican en el 25% superior del total.

Figura 4.2 Calificación sugerida por Rivera y Andrade (2010) para las puntuaciones del IRE.

- **Propiedades Psicométricas.** La validación inicial del **APGAR Familiar** mostró un índice de correlación de 0.80 con el instrumento Pless-Satterwhite Family Function Index y en múltiples investigaciones, se reportan índices de correlación que oscilan entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades (Suarez y Alcalá, 2014). Del instrumento **ERI**, se reporta una **confiabilidad** de 0.90, 0.94 y 0.92 para sus 3 dimensiones respectivamente de la versión intermedia. Además, se ha obtenido evidencia de su **Validez Clínica** al comparar el ambiente familiar y encontrar diferencias estadísticamente significativas entre personas que han y que no han intentado suicidarse (Rivera-Heredia, 2000, Rivera-Heredia y Andrade, 2006); cuando hay o no violencia en la familia (Rivera-Heredia, 1999); entre diferentes grados del consumo de drogas (Córdova, Andrade y Rodríguez-Kuri, 2006), entre mujeres con y sin cáncer de mama (Gamboa, 2008) y con mujeres adolescentes

con conductas alimentarias de riesgo y sin conductas alimentarias de riesgo (Pintor, 2009). Respecto a la **Validez concurrente**, se han realizado análisis de correlación entre los puntajes de diferentes dimensiones del ERI con otras escalas de ambiente emocional o de apoyo familiar que evalúan dimensiones semejantes (Almanza, 2007; Delgadillo, 2008).

- **Otras propiedades.** El **APGAR Familiar**, se ha utilizado como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias observándose que es de gran utilidad y de fácil aplicación, particularmente cuando el especialista está dispuesto a realizarlo en todos sus pacientes. Respecto al **ERI**, algunas variables con las que se han relacionado las dimensiones del instrumento son: 1) Variables demográficas (sexo, edad, escolaridad, ocupación, edad de los padres, escolaridad de los padres), 2) Variables clínicas (recursos, resiliencia, sintomatología depresiva, adicciones, intento suicida, cáncer y otro tipo de enfermedades) y 3) Variables educativas (rendimiento académico, estilo de aprendizaje, plantel educativo, turno) por lo que se recomienda su uso como un apoyo al diagnóstico tanto para el tratamiento individual como el de pareja o familia, para monitorear la evolución del mismo, así como para evaluar los cambios ocurridos en el ambiente familiar al término del tratamiento (Rivera y Andrade, 2010).

2. Evaluación de la Interacción Cuidador-Niño. Se utilizó el Nursing Child Assessment Satellite Training: NCAST (Anexo 5). Creado por Kathryn Barnard en 1989 en la Universidad de Washington (U.S.A.) para evaluar la interacción diádica en infantes de los 0-3 años bajo un modelo que propone que ambos miembros de la diada son responsables del establecimiento continuo y positivo del proceso interactivo; el niño proporcionando señales claras y respondiendo de manera oportuna al cuidador el cual a su vez responde a sus señales, alivia su angustia y proporciona oportunidades de

desarrollo/aprendizaje, generándose así un proceso donde ambos miembros de la diada se retroalimentan mutuamente, dicha influencia recíproca es denominada contingencia. Barnard consideró la interacción diádica como un indicador de la presencia o no de riesgo psicosocial para alteraciones en el desarrollo temprano (Sumner y Spietz, 1994; Horowitz et al., 2005). El NCAST-Teaching evalúa la interacción diádica durante una situación de enseñanza de una tarea apropiada para la edad del niño, pero aún no dominada, en infantes de 0-36 meses de edad. Consta de 73 reactivos binarios, distribuidos en 6 subescalas; 4 para la conducta del cuidador y 2 para la conducta del niño.

- **Instrucciones.** De una lista de actividades del manual del instrumento, se pide a los padres que seleccionen una tarea para enseñar al niño según su edad en meses. El tiempo de aplicación es variable, ya que es establecido por la madre (Sumner y Spietz, 1994).
- **Calificación.** En el formato de aplicación/evaluación, los comportamientos que se producen se puntúan como 1 y los que no como 0, a lo largo de sus 6 subescalas. Además, considera ítems de contingencia para valorar la efectividad del proceso de interacción efectiva entre ambos miembros de la diada. NCAST arroja 4 categorías diagnósticas que sugieren dificultad interactiva diádica, ante sumatorias cuidador-niño menores de: a) 43, para niños de 1-6 meses de edad, b) 46, para infantes de 9-12 meses de edad, c) 52, para niños de 13-24 meses de edad y d) 53, para infantes de 25-36 meses de edad (Sumner y Spietz, 1994).
- **Propiedades Psicométricas.** La **Validez de Contenido** se trabajó mediante ítems motores de la escala de desarrollo infantil de Bayley I. Cuando la escala Bayley I fue descontinuada en 1992, los ítems fueron debidamente modificados. La **Validez de Criterio**, fue realizada mediante la validez concurrente y predictiva obteniéndose correlaciones: a) moderadas para las subescalas de los padres y la puntuación total del cuidador y fuertes para las subescalas de promoción del

desarrollo socioemocional y cognitivo, con el inventario HOME y b) correlaciones de 0.28 y 0.26 para las subescalas motora y cognitiva respectivamente, con el puntaje total del cuidador a los 3 meses, en un estudio de intervención con diadas con múltiples riesgos (madres con educación baja, medicación riesgosa prenatal, etc.) con la escala Bayley I. Respecto a la Validez predictiva, las puntuaciones de NCAST-Feeding correlacionaron significativamente con Bayley ($R= 0.67$) a los 20 meses. Además, las puntuaciones de 1 y 4 meses del NCAST correlacionaron predictivamente a los 36 meses con el lenguaje expresivo ($R_s= 0.71$ y 0.76 respectivamente). La **Validez de Constructo**, fue realizada mediante la validez discriminativa reportándose un poder discriminante del NCAST para: 1) diadas con madres consumidoras de drogas (que a los 1, 4, 6 meses, obtenían puntuaciones totales del cuidador a la baja, mientras que los puntajes totales de los niños incrementaban y 2) diadas con madres abusadoras y no abusadoras (encontrándose que difieren significativamente en 5 de las 6 subescalas y solo la subescala de respuesta a la angustia no discriminó entre ambos grupos) (Sumner y Spietz, 1994). Referente a la **Consistencia Interna** por poblaciones, se han reportado alfas de Cronbach de 0.87, 0.90 y 0.88 para muestras de raza o etnias blancas, negras e hispanas respectivamente. Asimismo, se reporta una consistencia interna por puntajes totales del Cuidador, el Niño y la Diada según poblaciones de 0.89 y 0.87 para la escala paterna en afroamericanos e hispanos respectivamente, 0.83 para la escala infantil en afroamericanos e hispanos y 0.90 y 0.88 para la escala diádica en afroamericanos e hispanos respectivamente (Horowitz et al., 2005).

- **Otras Propiedades.** Ampliamente utilizado en la práctica clínica y la investigación a través de la edad, grupos étnicos y raciales, numerosos estudios han demostrado su poder discriminante y de hipótesis, así como su capacidad para detectar problemas asociados con el funcionamiento social y cognitivo adverso posteriores, por lo que se le considera un *estándar de oro* en medición de la interacción cuidador-niño.

3. Evaluación del Desarrollo Infantil. Se utilizó la Prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil (EDI), creada por Schnaas, Perroni y Olivas en México, como un instrumento de tamizaje para niños menores de 5 años retomando 5 ejes de evaluación: **1) Factores de Riesgo Biológicos** (cualquier situación conocida que ha vivido o vive un niño, la cual puede predisponer a retraso en el desarrollo, por ejemplo, asistencia a dos o menos consultas prenatales, presencia de sangrados, infecciones de vías urinarias o cervicovaginitis, presión alta y enfermedades sistémicas durante el embarazo, gestación menor a 34 semanas, peso del niño al nacer de 1500g o menos, retardo en la respiración y circular de cordón durante el parto, hospitalización en la unidad cuidados intensivos neonatales antes del primer mes de vida con duración mayor a cuatro días, madre menor a 16 años al momento el parto), **2) Señales de Alerta** (conjunto de signos o síntomas que en ausencia de otra alteración pueden sugerir una desviación del patrón normal de desarrollo, por lo que se requiere un seguimiento más cercano del desarrollo del niño), **3) Áreas del Desarrollo** (conjunto de habilidades relacionadas con varias funciones cerebrales, en la que el infante va mostrando un progreso o evolución a lo largo del tiempo agrupadas en motor fino, motor grueso, lenguaje, social y conocimiento), **4) Exploración Neurológica** (conjunto de preguntas, observaciones y maniobras con el fin de valorar a grosso modo la integridad y madurez del sistema nervioso como son ¿Presenta alteración en la movilidad de alguna parte del cuerpo? ¿Presenta alteración o asimetría en la movilidad de ojos o expresión facial? ¿Presenta perímetro cefálico por arriba o debajo de 2 desviaciones estándar para su edad? y **5) Señales de Alarma** (Expresión clínica de un probable retraso o desviación del patrón normal de desarrollo, signos que no son evidencia absoluta de un retraso neurológico o del desarrollo, sino que indican que es necesaria una valoración más profunda del niño) (Secretaría de Salud, 2013).

- **Evaluación.** En niños nacidos antes de las 37 semanas y menores de 2 años de edad se debe realizar primero el cálculo de edad corregida para aplicar la prueba que corresponda a ésta y NO a la de la edad cronológica. Mediante dos tipos de

ítems: 1) preguntas dirigidas (interrogando al cuidador) y 2) observación del niño (observando la conducta del infante) evalúa la motricidad fina, motricidad gruesa, lenguaje, el área social y el conocimiento, con dos opciones de respuesta por ítem SI (lo hace o lo tiene) y NO (no lo hace o no lo tiene) asignando un código de color verde (para las respuestas SI) y amarillo (para las respuestas NO) (Secretaría de Salud, 2013).

- **Calificación.** Al finalizar la aplicación de la prueba EDI, según los resultados obtenidos en los cinco ejes de la prueba el desarrollo del niño puede ser clasificado como: 1) Desarrollo Normal o Verde (cumple hitos y habilidades esperadas para su edad en todas las áreas y no presenta ninguna señal de alarma o datos anormales en la exploración neurológica), 2) Rezago en el Desarrollo o Amarillo (NO cumple todos los hitos y habilidades para su edad, pero no presenta un retraso considerable porque ha logrado los hitos de la edad anterior) y 3) Riesgo de Retraso en el Desarrollo o Rojo (NO cumple adecuadamente con los hitos del desarrollo y habilidades para su edad, y presenta un retraso considerable porque no ha logrado los hitos del grupo anterior; o presenta señales de alarma o tiene una exploración neurológica claramente anormal) (Secretaría de Salud, 2013).
- **Otras propiedades:** su tercera versión, ha desplazado el uso de otros instrumentos para evaluar el desarrollo infantil en poblaciones de alto y bajo riesgo biológico (Weiss et al., 2010), por lo que se considera un instrumento de actualidad y vigente en la clínica y la investigación.

Procedimiento

PASO 1. Diseño del Programa de Intervención Temprana. Se analizaron las actividades de estimulación temprana empleadas en el CIN (García, 2015; Hernández, 2016; Sandoval, 2017) así como otros manuales (Arango et al., 2000) e instrumentos de prevención o evaluación, por ejemplo, las Cartillas de Vigilancia y Promoción del

Desarrollo (ANEXOS 1 y 2), la prueba EDI y la prueba VANEDELA para analizar su descripción, instrucciones, materiales y habilidades fomentadas/evaluadas. A partir de su análisis: a) se identificaron habilidades estimuladas que no eran señaladas por los manuales y se especificaron en las cartas descriptivas, b) se modificaron algunas actividades para generar nuevas, c) se identificaron y seleccionaron aquellas actividades imprescindibles para promover el desarrollo infantil en todas sus áreas analizando la jerarquía de las actividades para corroborar la secuencia de aplicación propuesta para cada rango de edad y d) se identificaron actividades que permitían generar un programa de intervención temprana enfocado al desarrollo cognitivo y socioemocional (ANEXOS 6 y 7). Cabe señalar que todas las actividades fueron seleccionadas considerando su adaptabilidad a las características del sistema familiar de la diada (Dinámica Familiar, estructura, recursos económicos). De ese modo, se generó un programa que considera la monitorización de la Dinámica Familiar como un requisito para la promoción del desarrollo infantil temprano: el programa “Monitoreo de la Dinámica Familiar para el Desarrollo Integral del Niño (**MODIFA-DIN**).

PASO 2. Diseño de Instrumentos de Registro: Bases de Datos. Debido a que se han detectado 3 errores metodológicos frecuentes en investigaciones sobre el efecto de los programas de estimulación temprana: 1) El uso de pruebas estadísticas solo en el 59% de los estudios (Bonnier, 2008), 2) no se ha considerado el efecto de algunos factores de riesgo y protectores en ciertas edades del niño (Walker, 2011) y 3) no considerar otras variables que intervienen y sus efectos acumulativos (Bonnier, 2008; Morelato, 2011; Walker, 2011), en esta investigación fue importante el registro de las variables de interés (especialmente de variables moderadoras) como prerrequisito del análisis estadístico y así cumplir el objetivo general de la investigación, se elaboraron Bases de Datos en Excel; que permitieron el registro pormenorizado de variables de interés: variables del cuidador (tipo de cuidador, edad, nivel educativo, etc.), del entorno familiar (tipo de familia, ingreso socioeconómico, etc.), del lactante (edad en meses, sexo, orden al nacimiento, etc.), pre-prueba (evaluaciones de desarrollo infantil, interacción cuidador-niño, dinámica familiar)

y resultados post-prueba (evaluaciones de desarrollo infantil, interacción cuidador-niño, dinámica familiar).

PASO 3. Evaluaciones antes de la intervención. Las diadas fueron evaluadas en: 1) Dinámica Familiar, 2) Interacción Cuidador-Niño y 3) Desarrollo Infantil antes de su exposición al programa. Las condiciones sanitarias y de prevención del COVID-19 se cuidaron a la entrada del centro y durante las evaluaciones (toma de temperatura, uso de cubrebocas, gel antibacterial, desinfección de espacios y materiales antes de cada evaluación, espacios ventilados, sana distancia). Además, cada menor solo fue acompañado por 2 personas máximo y en caso de presentar algún síntoma de enfermedad respiratoria se reagendó la cita de evaluación. La anamnesis y la evaluación del Desarrollo Infantil se realizaron en el área de Diagnóstico, mientras que las evaluaciones de la Dinámica familiar y la Interacción Cuidador-Niño se realizaron en el área de Intervención “Lactantes 1”. Los cuidadores del niño firmaron dos consentimientos informados (uno del área de evaluación y otro del área de intervención) para aceptar: 1) la evaluación del desarrollo infantil, 2) ser videograbados como parte de la evaluación de la Interacción Cuidador-Niño, 3) ser evaluados en su Dinámica Familiar y 4) ser integrados a un programa de intervención temprana en caso de ser necesario.

PASO 4. Conformación de Grupos de Intervención. Aquellos lactantes con al menos un área del desarrollo en “Rezago”, “Riesgo” o que salieron bajos en su evaluación neurológica fueron integrados al programa de intervención temprana. Se organizaron las diadas en 6 rangos de edad: 1) 3-8 meses, 2) 8-12 meses, 3) 12-18 meses, 4) 18-24 meses y 5) más de 24 meses. Para fines operativos, las condiciones sanitarias y de prevención del COVID-19 se cuidaron organizando grupos de intervención de 5 diadas cuidador-niño para tener un máximo de 12 personas en sesión (5 cuidadores, 5 niños o niñas, un coordinador de sesión y un auxiliar). De ese modo, se trabajó con máximo 5 diadas cuidador-niño por sesión de intervención.

PASO 5. Exposición al Programa de Intervención Temprana MODIFA-DIN. Cada sesión duró 60 minutos y constó de 5-6 actividades con intervalos de tiempo en los que se comentará con los cuidadores por qué es importante la actividad y cómo realizarla en casa, tomando en cuenta las características del sistema familiar de la diada (Dinámica Familiar, estructura, recursos económicos, lugar de residencia). Las actividades fueron acordes a la edad en meses de los niños, de complejidad creciente, pero planteando un reto alcanzable. Al final de la sesión se anotó en sus carnets la fecha de su próxima sesión y se tomó asistencia. Todos los materiales de sesión fueron desinfectados antes y después de cada sesión. Las condiciones sanitarias y de prevención del COVID-19 se cuidaron durante la aplicación del programa de intervención (toma de temperatura, uso de cubrebocas, gel antibacterial, desinfección de espacios y materiales antes de cada sesión, espacios ventilados, sana distancia). Cada menor solo fue acompañado por 2 personas máximo y en caso de presentar algún síntoma de enfermedad respiratoria se reagendó la sesión o en su defecto se daba en modalidad virtual (sincrónica o asincrónica) por medio de grupos de WhatsApp en los que se compartían la descripción de las actividades, videos demostrativos o se realizaban videollamadas. De ese modo, las diadas fueron expuestas a una sesión cada 15 días, hasta completar su módulo de intervención (6 sesiones).

PASO 6. Evaluaciones después de la intervención. Al completar el módulo de intervención, las diadas fueron evaluadas en: 1) dinámica familiar, 2) interacción cuidador-niño y 3) desarrollo infantil después de su exposición al programa. Las condiciones sanitarias y de prevención del COVID-19 durante las evaluaciones (toma de temperatura, uso de cubrebocas, gel antibacterial, desinfección de espacios y materiales antes de cada evaluación, espacios ventilados, sana distancia). Además, cada menor solo fue acompañado por 2 personas máximo y en caso de presentar algún síntoma de enfermedad respiratoria se reagendó la cita de evaluación. La evaluación del Desarrollo Infantil se realizó en el área de diagnóstico, mientras que las evaluaciones de la Dinámica familiar y la Interacción Cuidador-Niño se realizaron en el área de intervención.

Consideraciones Éticas

Esta investigación se inscribe en la **DECLARACIÓN DE HELSINKI**, en los lineamientos y principios establecidos en la **LEY GENERAL DE SALUD** en materia de investigación para la salud y en el **REGLAMENTO** de la Ley General de Salud en MATERIA DE Investigación para la Salud (Artículos 3, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 36, 38, 113, 117). El estudio no implicó procedimientos que pongan en riesgo la salud, vida o cuidado del niño, su madre o cuidador principal. La información obtenida de los sujetos de investigación, así como el material audiovisual fue tratado con confidencialidad y para uso exclusivo de los fines del estudio y de acuerdo con los procedimientos establecidos en los protocolos de investigación aprobados por la Comisión de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Pediatría (la evaluación de las interacciones madre-hijo forman parte del seguimiento del neurodesarrollo). Las madres se encontraban integradas a un programa de estimulación sistemática.

Así, a partir de procurar los aspectos teóricos-metodológicos descritos anteriormente, se generó una propuesta de programa de intervención temprana que, si bien retoma los anteriores manuales utilizados en el CIN y otros materiales de estimulación temprana, tiene la particularidad de monitorear la Dinámica Familiar y procurar sensibilidad a los aspectos del sistema familiar de las diadas (estructura, recursos económicos, lugar de residencia). A continuación, se exponen los resultados obtenidos durante la aplicación del programa MODIFA-DIN.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA MODIFA-DIN

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS versión 21, tanto para la descripción estadística de la muestra como para los análisis de correlación/asociación (r de Pearson, Modelo de Regresión Lineal simple, r_s de Spearman, X^2 , Tau_b de Kendall, V de Cramer, r_b puntual). A continuación, se presentan los resultados de la investigación en dos momentos: preprueba y posprueba.

5.1 Preprueba

En este apartado se describen en primer lugar las características de la muestra en tres secciones: cuidadores, lactantes, familias y posteriormente, se presentan los resultados obtenidos por las diadas, sin haber sido asignadas ni expuestas a algún tipo de intervención (pre-exposición al programa), en la evaluación de la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil.

Descripción de la Muestra de Estudio

Cuidadores. La muestra total al inicio del estudio estuvo conformada por 47 diadas cuidador-lactante, siendo el cuidador más frecuente la madre (89.36%). En la edad de los cuidadores se encontró una moda de 26 años, mediana de 29, media de 32 y desviación estándar de 10.46, con una edad mínima de 19 y una máxima de 62 años, siendo el rango de edad más frecuente el de 20-29 años (48.63%). La mayoría de los cuidadores reportó haber estudiado hasta la secundaria (44.68%) y dedicarse al hogar o trabajo no remunerado (53.19%), por lo que cuidaban a los lactantes “tiempo completo” (82.97%). Además, la mayoría reportó que el embarazo de los lactantes fue planeado (55.31%) y el estado de ánimo materno durante el embarazo fue muy bueno o bueno (29.78% y 27.65% respectivamente). Estas y otras características de los cuidadores se describen a detalle en la tabla 5.1.

Tabla 5.1 Características de los cuidadores.

		Frecuencias	Porcentaje
Tipo de Cuidador	Madre	42	89.36
	Abuela	3	6.38
	Padre	2	4.35
	Total	47	100
Edad por rangos	15-19	1	2.12
	20-24	11	23.40
	25-29	11	23.40
	30-34	7	14.89
	35-39	7	14.89
	40-44	2	4.25
	45-49	2	4.25
	50-54	4	8.51
Más de 60	1	2.12	
Nivel de estudios	Primaria	1	2.12
	Secundaria	21	44.68
	Medio superior	8	17.02
	Superior	13	27.65
	Maestría	1	2.12
	Sin dato	3	6.38
Ocupación	Hogar	25	53.19
	Profesionista	3	6.38
	Comerciante informal	3	6.38
	Empleada doméstica	2	4.25
	Empleada	5	10.63
	Desempleada	1	2.12
	Sin dato	6	12.76
Tipo de trabajo	No Remunerado	28	59.57
	Remunerado	13	27.65
	Sin dato	6	12.76
Tiempo destinado al cuidado	Tiempo completo	39	82.97
	6-8 horas	3	6.38
	9-12 horas	3	6.38
	Sin dato	2	4.25
Embarazo planeado	Si	26	55.31
	No	18	40.09
	Sin dato	3	6.38
Estado de ánimo materno durante el embarazo	Muy bueno	14	31.81
	Bueno	13	29.54
	Regular	12	27.27
	Malo	1	2.27
	Muy malo	2	4.54
	No se sabe	3	6.38

Lactantes. La muestra estuvo conformada por hijos únicos y no únicos (48.93% y 51.06% respectivamente), organizados en 5 rangos de edad: a) 3-8 meses (25.53%), b) 8-12 meses (17.02%), c) 12-18 meses (21.27%), d) 18-24 meses (21.27%) y e) más de 24 meses (14.89%). El sexo que predominó fue el masculino (61.70%) , siendo en su mayoría neonatos a término (76.59%), sin condiciones patológicas al nacimiento (72.34%), que recibieron mínimo 3 meses lactancia materna (78.72%) como se puede visualizar en la tabla 5.2.

Tabla 5.2 Características de los lactantes.

		Frecuencias	Porcentaje
Sexo	Femenino	18	38.29
	Masculino	29	61.70
	Total	47	100
SDG al nacimiento	Femenino	5	10.63
	Masculino	4	8.51
	Total de prematuros (menos de 37 SDG)	9	19.14
	Femenino	13	27.65
	Masculino	23	48.93
	Total a término (38-40 SDG)	36	76.59
	Sin dato	2	4.25
Condición patológica al nacimiento	Si	13	27.65
	No	34	73.34
Lactancia	Si (mínimo 3 meses)	37	78.72
	No	9	19.14
Hermanos	Sin hermanos	23	48.93
	Con hermanos	24	51.06

Asimismo, en la tabla 5.3 se describe la muestra de lactantes por rangos de edad y sexo, apreciándose que la muestra estuvo en su mayoría conformada por lactantes varones (en 3 de los 5 rangos de edad).

Tabla 5.3 Edad en meses y sexo de los lactantes por rangos.

		Frecuencias	Porcentaje
3-8	Femenino	6	
	Masculino	6	
	Total	12	25.53%
8-12	Femenino	5	
	Masculino	3	
	Total	8	17.02%
12-18	Femenino	3	
	Masculino	7	
	Total	10	21.27%
18-24	Femenino	4	
	Masculino	6	
	Total	10	21.27%
Más de 24	Femenino	0	
	Masculino	7	
	Total	7	14.89%

Familias. Las diadas participantes en su mayoría provenían de familias nucleares y extensas (51.06% y 31.91%, respectivamente) y de colonias con niveles de marginación social muy alta (73.91%), en las que el cuidado a la embarazada fue común al interior de las familias (89.36%) y la violencia reportada hacia la madre o los lactantes fue poco frecuente (12.76%). Los otros tipos de estructura familiar, niveles de marginación y

presencia/ausencia de violencia en las otras familias de la muestra también se describen en la tabla 5.4.

Tabla 5.4 Características del entorno familiar.

		Frecuencias	Porcentaje
Tipo de familia	Nuclear	24	51.06
	Extensa	15	31.91
	Monoparental	3	6.38
	Sin dato	5	10.63
	Total	47	100
Nivel de marginación	Muy alta	34	73.91
	Alta	1	2.12
	Media	1	2.12
	Baja	2	4.25
	Muy baja	8	17.39
	Sin dato	1	2.17
Familias que cuidaron de la embarazada	Si	42	91.30
	No	4	8.51
	Sin dato	1	2.12
Violencia a la madre	No	41	87.23
	Psicológica de la pareja	2	4.25
	Económica de la pareja	2	4.25
	Económica y abandono de la pareja	1	2.12
	Física de la pareja	1	2.12
Violencia al infante	No	40	85.10
	Abandono paterno	1	2.12
	Abandono paterno y económica	1	2.12
	Presenciar peleas parentales	2	4.25
	Maltrato de ambos padres	1	2.12
	Abandono materno	1	2.12

Referente a las actividades que las familias reportaron realizar con los lactantes por día, la mayoría de las familias indicaron jugar más de 120 minutos con los lactantes (53.19%), solo exponerlos de 0-10 minutos al televisor (48.93%) y 5 minutos al celular (63.82%) como se puede apreciar en la tabla 5.5.

Tabla 5.5 Estrategias utilizadas por las familias para el cuidado y entretenimiento de los lactantes.

		Frecuencias	Porcentaje
Tiempo destinado al juego con el lactante	30 minutos	7	14.89
	60 minutos	8	17.02
	120 minutos	3	6.38
	Más de 120 minutos	25	53.19
	Sin dato	4	8.51
Tiempo de exposición del lactante a la TV	0-10 minutos	23	48.93
	15-60 minutos	13	27.65
	más de 1 hora	8	17.02
Tiempo de exposición del lactante al celular	0-5 minutos	30	63.82
	10-30 minutos	10	21.27
	1-3 horas	5	10.63
	Sin dato	3	6.38

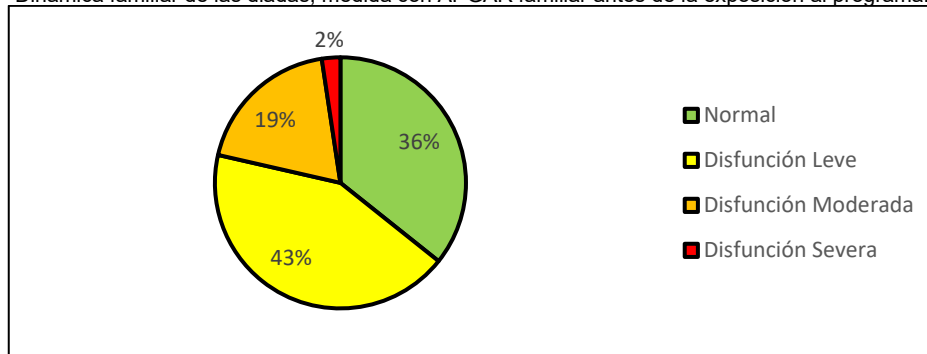
Resultados obtenidos por las diadas en la evaluación de la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil, antes de la aplicación del programa de intervención temprana

Dinámica Familiar

Al evaluar a 41 diadas, el instrumento APGAR familiar se encontró que un 36% presentaron funcionamiento normal, sin embargo, como se puede observar en la figura 5.6, al sumar los porcentajes de disfunción existía hasta un 64% de disfunción en las familias de las diadas.

Figura 5.1

Dinámica familiar de las diadas, medida con APGAR familiar antes de la exposición al programa.



Al medir la dinámica familiar con ERI, se observó una tendencia de respuestas dicotomizadas en las dimensiones de “Unión y Apoyo” y “Expresión”, mientras que en la dimensión de “Dificultades” se observaron respuestas menos polarizadas de los cuidadores, como se puede apreciar en la tabla 5.7.

Tabla 5.6 Porcentajes de respuestas por reactivos de la Escala de Relaciones Intrafamiliares (ERI).

DIMENSIÓN	INDICADOR	TOTALMENTE DESACUERDO	EN DESACUERDO	NEUTRAL	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
UNIÓN Y APOYO	5. Los miembros de mi familia acostumbran hacer cosas juntos.	0%	5%	8%	33%	55%
	10. Somos una familia cariñosa.	3%	5%	15%	23%	55%
	15. En nuestra familia hay un sentimiento de unión.	0%	8%	10%	35%	48%
	30. Los miembros de la familia en verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	8%	10%	3%	30%	50%
	35. Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras.	3%	13%	8%	23%	55%
	40. Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.	3%	13%	23%	30%	33%
	50. La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores.	10%	13%	25%	28%	25%
EXPRESIÓN	55. Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.	0%	5%	15%	43%	38%
	11. Mi familia me escucha.	0%	10%	15%	35%	40%
	13. En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5%	5%	13%	30%	48%
	16. En mi familia, yo me siento libre de expresar mis emociones.	0%	10%	15%	38%	38%
	18. Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en la mente.	0%	8%	25%	25%	43%
	21. Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes.	0%	3%	23%	23%	53%
	26. Nosotros somos francos unos con otros.	10%	0%	13%	48%	30%
	28. En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	13%	20%	15%	23%	30%
	33. En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	0%	18%	18%	30%	35%
	41. En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.	0%	8%	13%	30%	50%
	43. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.	0%	10%	28%	28%	35%
DIFÍCULTADES	48. Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y mantener la paz.	0%	8%	8%	48%	38%
	51. La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.	8%	3%	30%	23%	38%
	4. Hay muchos malos sentimientos en la familia.	43%	20%	20%	18%	0%
	7. Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.	38%	25%	15%	18%	5%
	9. Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.	25%	40%	10%	18%	8%
	12. Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	23%	25%	20%	20%	13%
	14. En mi familia nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	40%	30%	13%	13%	5%
	17. La atmosfera de mi familia usualmente es desagradable.	38%	30%	18%	13%	3%
	19. Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.	48%	15%	20%	13%	5%
	24. Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	33%	28%	25%	8%	8%
	27. Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	30%	15%	18%	35%	3%
	32. Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	35%	33%	13%	13%	8%
	34. Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.	33%	25%	28%	15%	0%
	44. El tomar decisiones es un problema en nuestra familia.	20%	35%	15%	18%	13%
47. En nuestra familia cuando alguien se queja, otro se molesta.	28%	30%	10%	25%	8%	
49. Nuestras decisiones no son propias, sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.	33%	25%	28%	15%	0%	
54. Peleamos mucho en nuestra familia.	40%	25%	10%	25%	0%	
56. Las tareas en nuestra familia no están lo suficientemente bien distribuidas.	20%	25%	15%	25%	15%	

Asimismo, se verificó la distribución normal de los puntajes totales de APGAR y ERI, observando que ambos instrumentos arrojaron puntajes con distribución normal (Shapiro-Wilk $p=0.89$ y $p=.294$, respectivamente).

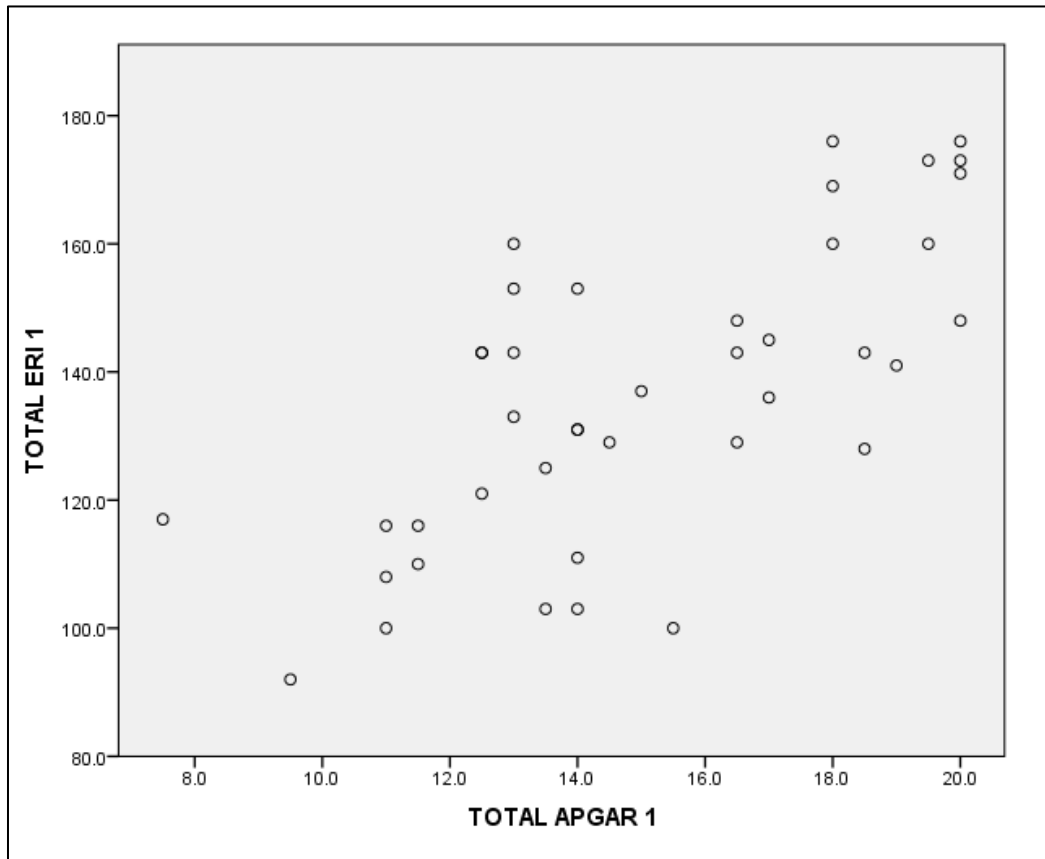
Relación entre los Instrumentos de Dinámica Familiar: APGAR y ERI. La correlación entre los puntajes totales de APGAR y ERI fue positiva y estadísticamente significativa ($r=0.70$, $p<.0001$, $r^2=0.49$, $1-\beta=.99$). Además, el valor r al cuadrado sugiere que el 49% de la variación de en los puntajes de ERI, pueden deberse a los puntajes en APGAR. En la tabla de contingencia 5.8 se observa que: 1) familias con APGAR Familiar normal se ubicaron en los cuartiles medios y altos de ERI (100%), 2) familias con grados de disfunción leve predominaron en el cuartil medio de ERI (70%) y 3) familias con disfunción moderada tendieron a ubicarse en el cuartil bajo de ERI (62%).

Tabla 5.7 Tabla de Contingencia de los puntajes de dinámica familiar: APGAR y ERI.

		CUARTILES ERI			Total
		Bajo	Medio	Alto	
APGAR FAMILIAR	Normal	0	6	8	14
	Disfunción Leve	4	12	1	17
	Disfunción Moderada	5	3	0	8
	Disfunción Severa	1	1	0	2
Total		10	22	9	41

La prueba ANOVA indicó diferencias significativas entre los tipos de disfunción familiar medidos con APGAR Familiar y los cuartiles de ERI ($F= 28.669$, $p<.0001$ y $Beta=.651$), por lo cual se procedió a realizar un modelo de regresión lineal para la variable Dinámica Familiar con los puntajes totales directos de APGAR (como variable independiente) y ERI (como variable dependiente) que mostró valores estadísticamente significativos tanto para la variable constante ($t= 4.863$, $p<.0001$) como para la dependiente ($t=6.146$, $p<.0001$). Así, en la figura 5.9 es posible apreciar una relación positiva entre ambas variables; a mayores puntajes en APGAR mayores puntajes en ERI.

Figura 5.2 Regresión lineal de los puntajes arrojados por los instrumentos de dinámica familiar: APGAR y ERI.



Relación entre los Instrumentos de Dinámica Familiar: APGAR y Dimensiones de ERI. Se hallaron correlaciones positivas estadísticamente significativas entre APGAR y las dimensiones de ERI “Unión-Apoyo” ($r=.586$, $p<.0001$), “Expresión” ($r=.594$, $p<.0001$) y “Dificultades” ($r=.480$, $p<.001$).

Correlaciones al Interior del Instrumento ERI. Las correlaciones fueron positivas y estadísticamente significativas entre las dimensiones: “Expresión” y “Unión-Apoyo” ($r=.865$, $p<.0001$), “Unión-Apoyo” y “Dificultades” ($r=.490$, $p<.001$) y “Expresión” y “Dificultades” ($r=.501$, $p<.001$). También se exploró con el ANOVA si las familias eran marcadamente distintas en su APGAR, según las dimensiones de ERI, encontrándose que en “Unión y Apoyo”, “Expresión” y “Dificultades” solamente las familias en cuartiles Altos son significativamente distintas ($p<.001$).

Relación entre las estrategias de entretenimiento/cuidado del lactante (exposición al celular, la televisión y tiempo de juego) como parte de las actividades habituales de la familia. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre los tiempos de exposición al celular y la televisión ($r_s = .664$, $p = .0001$), una tendencia negativa entre los tiempos de exposición al celular *versus* el tiempo de juego pero sin significancia estadística ($r_s = -.036$, $p = .833$) y tampoco se observó relación entre el tiempo de juego y el de exposición a la televisión ($r_s = .042$, $p = .804$).

Relación entre las estrategias de entretenimiento/cuidado del lactante (exposición al celular, la televisión y tiempo de juego) y la Dinámica Familiar medida con ERI. Se observó una tendencia negativa entre los tiempos de exposición al celular, pero sin significancia estadística con las dimensiones de “Unión-Apoyo” ($r_s = -.053$, $p = .753$), “Expresión” ($r_s = -.113$, $p = .501$) y “Dificultades” ($r_s = -.284$, $p = .084$). Asimismo, una tendencia negativa se observó entre los tiempos de exposición a la televisión, pero sin significancia estadística con las dimensiones de “Expresión” ($r_s = -.051$, $p = .762$) y “Dificultades” ($r_s = -.170$, $p = .306$).

Interacción Cuidador-Niño

En 37 diadas, el instrumento NCAST mostró que un 48.65% de las diadas tenían dificultades interactivas. En conjunto, las diadas obtuvieron una media de 49.6, mediana de 49, desviación estándar de 11 y un rango de 29 a 68, mientras que la puntuación global de los cuidadores tuvo una media de 33.14, mediana de 33, desviación estándar de 9 y un rango de 18 a 47. Así, los valores obtenidos representan una puntuación de 6 y 7 puntos por debajo de la media de las puntuaciones de la diada y del cuidador respectivamente. En la tabla 5.8, se observa que la mayor frecuencia de puntuaciones en el rango de alteración, se presentaron en el total del cuidador (54.05%) y la menor en el total del niño (10.81%). Las subescalas en la que más fallos concentraron los cuidadores fueron “Respuesta a la Angustia” (40.54%), “Fomento al Crecimiento

Cognitivo” y “Sensibilidad a las Señales” (37.84%) seguidas de “Fomento al Crecimiento Socioemocional” (24.32%), mientras que las dos subescalas del niño presentaron alteración ambas en un 18.9%. $\leq \geq$

Tabla 5.8 Porcentaje de alteración en la interacción diádica, según valores normativos para población Hispana (Global $<-1ds/>=-1DS$)

SUBESCALAS DEL CUIDADOR		% Normal	% Alteración
1.	Sensibilidad	62,16%	37,84%
2.	Respuesta a la angustia del niño	59,46%	40,54%
3.	Promoción del crecimiento socioemocional	75,68%	24,32%
4.	Fomento al desarrollo cognitivo	62,16%	37,84%
TOTAL DEL CUIDADOR		45,95%	54,05%
SUBESCALAS DEL INFANTE			
1.	Claridad de las señales	81,08%	18,92%
2.	Responsividad al cuidador	81,08%	18,92%
TOTAL, DEL INFANTE		89,19%	10,81%
TOTAL, DE LA DIADA		51,35%	48,65%

Además, se verificó la distribución normal de los puntajes totales de NCAST, observando que los datos siguen un comportamiento normal, tanto con Kolmogorov-Smirnov ($p=.200$) y con Shapiro-Wilk ($p=.482$). Cabe señalar que con 28 diadas, no se encontró correlación entre la Interacción Cuidador-Niño y la edad de los cuidadores en Sensibilidad ($r=.318$, $p=.100$), Respuesta a la angustia del niño ($r=.182$, $p=.354$), Fomento al Desarrollo Cognitivo ($r=.085$, $p=.668$) ni Fomento al Desarrollo Socioemocional ($r=.089$, $p=.654$). Tampoco se encontró asociación entre la Interacción Cuidador-Niño y el nivel de estudios de los cuidadores en Sensibilidad ($r_b=.031$, $p=.876$), Respuesta a la angustia del niño ($r_b=.100$, $p=.614$), Fomento al Desarrollo Cognitivo ($r_b=.031$, $p=.874$) ni Fomento al Desarrollo Socioemocional ($r_b=.209$, $p=.286$).

Relación entre Interacción Cuidador-Niño y Dinámica Familiar (APGAR). Con 24 diadas en la tabla 5.9, se observa que los resultados parecían tener una relación entre sí; 10 diadas con disfunción familiar también presentaban dificultades interactivas detectadas por el instrumento NCAST.

Tabla 5.9 Tabla de contingencia entre Interacción cuidador-niño y dinámica familiar.

		NCAST		
		Dificultad Interactiva	Normal	Total
APGAR FAMILIAR	Normal	4	4	8
	Disfunción Leve	4	4	8
	Disfunción Moderada	5	2	7
	Disfunción Severa	1	0	1
Total		14	10	24

Relación entre Interacción Cuidador-Niño y Dinámica Familiar (APGAR). Con 24 diadas no se detectó correlación entre las variables ($r=.000$, $p=.990$) ni asociación ($X^2=.343$, $p=.558$).

Relación entre Interacción Cuidador-Niño y Dinámica Familiar (ERI). Con 23 diadas se observa en la tabla 5.10, que los resultados entre interacción cuidador-niño y dinámica familiar parecían tener relación entre sí; 13 familias ubicadas en los cuartiles bajos y medios de ERI coincidieron con la dificultad interactiva detectada por NCAST.

Tabla 5.10 Tabla de contingencia entre Interacción cuidador-niño y Dinámica Familiar (ERI).

		NCAST		
		Dificultad Interactiva	Normal	Total
ERI	Bajo	5	2	7
	Medio	8	5	13
	Alto	1	2	3
Total		14	9	23

Sin embargo, la correlación entre Interacción Cuidador-Niño y Dinámica Familiar fue positiva débil sin significancia estadística ($r=.139$, $p=.527$).

Relación entre Interacción Cuidador-Niño y dimensiones de la Dinámica Familiar (ERI). Con 23 diadas en la tabla 5.11, se observa que más diadas con dificultad interactiva se concentraron en cuartiles bajos y medios de las dimensiones “Expresión”, “Dificultades” y “Unión y Apoyo”.

Tabla 5.11 Tabla de contingencia entre Interacción cuidador-niño y Dinámica Familiar (ERI).

DIMENSIONES	ERI		NCAST		Total
	CUARTILES		Perturbación	Normal	
"Expresión"	Bajo		4	3	7
	Medio		9	5	14
	Alto		1	1	2
Total			14	9	23
"Dificultades"	Bajo		4	1	5
	Medio		9	6	15
	Alto		1	2	3
Total			14	9	23
"Unión y Apoyo"	Bajo		6	4	10
	Medio		7	3	10
	Alto		1	2	3
Total			14	9	23

La correlación entre los puntajes totales fue positiva débil sin significancia estadística ($r=0.14$, $p=.521$). Sin embargo, se detectó correlación entre la dimensión de la Dinámica Familiar "Dificultades" y la subescala del cuidador "Respuesta a la Angustia del Niño" ($r=0.46$, $p=.027$, $1-\beta=.66$)

Desarrollo Infantil

En la tabla 5.14, se observa como de una muestra de 44 lactantes, el 9% obtuvo un resultado de "Normal" (en color verde), mientras que el 20.50% obtuvo un resultado de "Rezago" (en color amarillo) y un 70.50% de "Riesgo de retraso" (en color rojo), ya que el 50% de lactantes presentaron señales de alarma, alerta o factor de riesgo biológico (perímetro cefálico mayor o menor para la edad). Al analizar los resultados de desarrollo infantil por áreas, Motricidad Gruesa y Lenguaje concentraron los porcentajes más altos de "Rezago" (27% y 52% respectivamente).

Tabla 5.12

Resultado global y por áreas del desarrollo en una muestra de 44 lactantes, en la prueba EDI.

CLASIFICACIÓN	Motricidad Gruesa		Motricidad Fina		Lenguaje		Social Emocional		Global	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	31	71%	34	77%	15	34%	34	77%	4	9%
Rezago	12	27%	10	23%	23	52%	6	14%	9	20.5%
Riesgo de retraso	1	2%	0	0%	6	14%	4	9%	31	70.5%

Al analizar los resultados del tamizaje del desarrollo infantil por áreas y edades de los lactantes, en la tabla 5.13 se observa que el porcentaje de “Rezago” en Motricidad Gruesa se distribuyó de manera similar en los distintos rangos de edad. Respecto al “Rezago” en Lenguaje se compone mayormente de lactantes de 12 a 24 meses. Respecto a Motricidad Fina, el “Rezago” se observó con más frecuencia en lactantes de 3 a 8 meses, mientras que en el área Social el “Rezago” predominó en lactantes de 3 a 8 meses.

Tabla 5.13 Resultados del desarrollo por áreas según rangos de edad de los lactantes.

	Clasificación	3-8	8-12	12-18	18-24	Más de 24	Total	Porcentaje
		meses	meses	meses	meses	meses		
Motricidad Gruesa	Normal	6	6	7	7	5	31	71%
	Rezago	3	2	3	2	2	12	27%
	Riesgo de retraso	0	0	0	1	0	1	2%
	Total	9	8	10	10	7	44	100%
Motricidad Fina	Normal	5	7	8	9	5	34	77%
	Rezago	4	1	2	1	2	10	23%
	Riesgo de retraso	0	0	0	0	0	0	0%
	Total	9	8	10	10	7	44	100%
Lenguaje	Normal	4	4	2	3	2	15	34%
	Rezago	3	4	7	6	3	23	52%
	Riesgo de retraso	2	0	1	1	2	6	14%
	Total	9	8	10	10	7	44	100%
Social	Normal	4	6	9	10	5	34	77%
	Rezago	5	0	1	0	0	6	14%
	Riesgo de retraso	0	2	0	0	2	4	9%
	Total	9	8	10	10	7	44	100%

Al analizar los resultados del desarrollo por áreas del instrumento EDI, según sexo de los lactantes, en la tabla 5.14 se puede apreciar como más lactantes masculinos cayeron en la categoría de “Rezago”, sin embargo, dado que la muestra no tiene un tamaño equilibrado por edad y sexo, son necesarios otras formas de análisis.

Tabla 5.14 Resultados de evaluación del desarrollo infantil según sexo de los lactantes.

	Clasificación	Femenino	Masculino	Total	Porcentaje
Motricidad Gruesa	Normal	13	18	31	71%
	Rezago	4	8	12	27%
	Riesgo de retraso	0	1	1	2%
	Total	17	27	44	100%
Motricidad Fina	Normal	15	19	34	77%
	Rezago	2	8	10	23%
	Riesgo de retraso	0	0	0	0%
	Total	17	27	44	100%
Lenguaje	Normal	8	7	15	34%
	Rezago	7	16	23	52%
	Riesgo de retraso	2	4	6	14%
	Total	17	27	44	100%
Social	Normal	14	20	34	77%
	Rezago	2	4	6	14%
	Riesgo de retraso	1	3	4	9%
	Total	17	27	44	100%

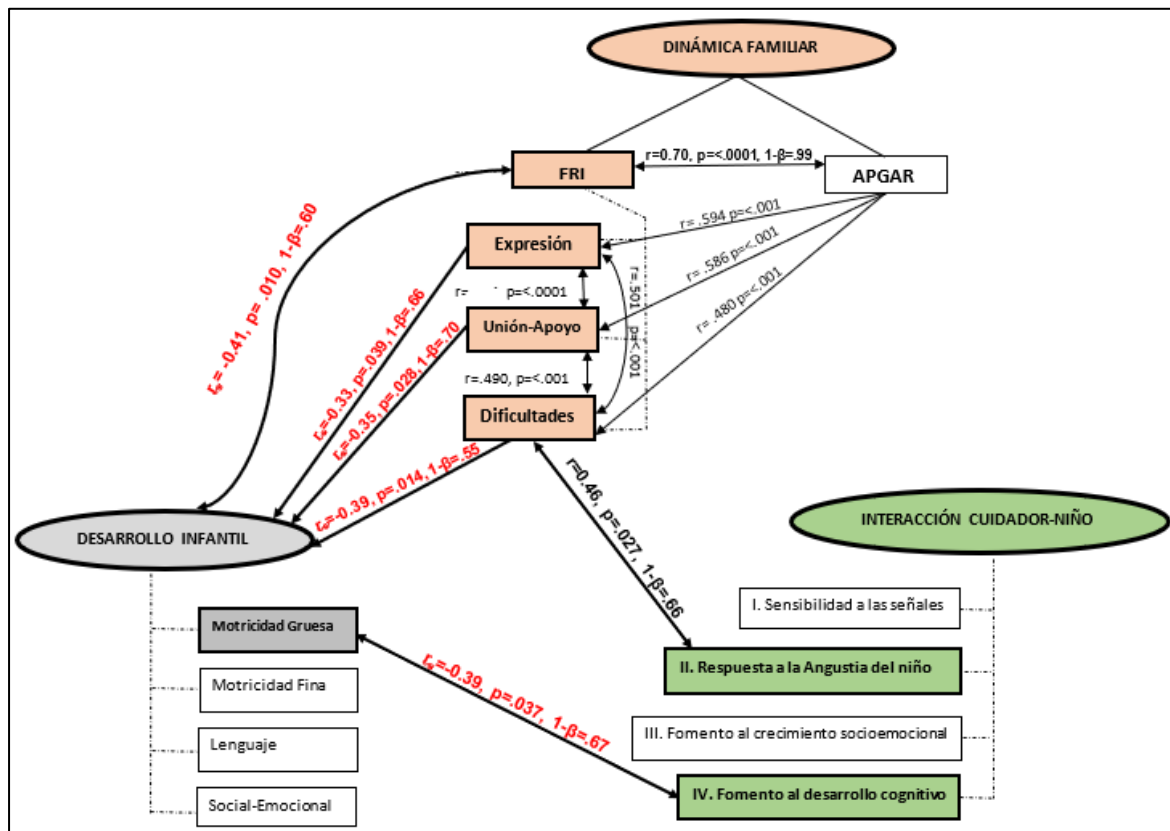
Relación entre Desarrollo Infantil y Dinámica Familiar (APGAR). En 40 diadas, al analizar si el resultado global de desarrollo (normal, rezago, riesgo de retraso) difería según el APGAR Familiar, no se encontraron con la prueba ANOVA diferencias significativas ($F=2.92$, $p=.095$) y tampoco hubo correlación ($r_s = -0.22$, $p=.170$) ni asociación con las áreas del desarrollo ($X^2=2.66$, $p=.102$, Tau_b de Kendall= 1.185, $p=.159$).

Relación entre Desarrollo Infantil y Dinámica Familiar (ERI). Con 38 diadas, se confirmó correlación entre el resultado global del desarrollo y puntajes totales de ERI ($r_s = -0.41$, $p = .010$, $1-\beta=.60$) y correlaciones negativas estadísticamente significativas con “Unión-Apoyo” ($r_s=-0.35$, $p=.028$, $1-\beta=.70$), “Expresión” ($r_s=-0.33$, $p=.039$, $1-\beta=.66$) y “Dificultades” ($r_s=-0.39$, $p=.014$, $1-\beta=.55$).

Relación entre Desarrollo Infantil y actividades de entretenimiento/cuidado que las familias realizan con los lactantes (exposición al celular, televisión y tiempo de juego). Se observaron tendencias negativas entre el tiempo de juego y la motricidad fina, pero sin significancia estadística ($r_s = -.111$, $p=.514$) y el tiempo de exposición al celular y el lenguaje ($r_s = -.062$, $p=.714$).

Figura 5.4

Diagrama de correlaciones estadísticamente significativas entre las variables dependientes durante la fase de preprueba.



Finalmente, a partir de los resultados obtenidos en la evaluación del Desarrollo Infantil, el 91% de las diadas fueron integradas a los grupos de intervención temprana; 20.50% por un resultado de “Rezago” (amarillo) y 70.50% por un resultado de “Riesgo de retraso” (rojo) ya que el 50% de los lactantes presentaron señales de alarma, alerta o factor de riesgo biológico (perímetro cefálico mayor o menor para la edad). A continuación, se presentan los resultados de las diadas después de su exposición al programa de intervención temprana.

5.2 Posprueba

Respecto a las diadas que permanecieron en el programa hasta completar su módulo de intervención en la tabla 5.15 se muestran sus características; en su mayoría, el cuidador

era la madre, con un nivel educativo de Licenciatura, dedicadas al hogar y que por lo tanto cuidaban “tiempo completo” a sus hijos.

Tabla 5.15

Características de los cuidadores que permanecieron en el programa de intervención temprana hasta completar el módulo.

		Frecuencias	Porcentaje
Tipo de Cuidador	Madre	8	80%
	Abuela	1	10%
	Padre	1	10%
	Total	10	100%
Edad por rangos	20-24	2	20%
	25-29	2	20%
	30-34	2	20%
	35-39	1	10%
	50-54	2	20%
Nivel de estudios	Secundaria	2	20%
	Licenciatura	8	80%
Ocupación	Hogar	8	80%
	Empleada	1	10%
	Profesionista	1	10%
Tipo de trabajo	No Remunerado	8	80%
	Remunerado	2	20%
Tiempo destinado al cuidado	Tiempo completo	7	70%
	6-8 horas	2	20%
	9-12 horas	1	10%
Embarazo planeado	Si	5	50%
	No	5	50%
Estado de ánimo materno durante el embarazo	Muy bueno	3	30%
	Bueno	3	30%
	Regular	4	40%

Además, como se puede apreciar en la tabla 5.16 los lactantes que terminaron su módulo de intervención fueron 5 femeninos y 5 masculinos que, en su mayoría, tenían un rango de edad de 8 a 18 meses de edad.

Tabla 5.16

Edad en meses y sexo de los lactantes, que completaron el módulo de intervención temprana.

		Frecuencias	Porcentaje
8-12	Femenino	2	20%
	Masculino	2	20%
	Total	4	40%
12-18	Femenino	2	20%
	Masculino	3	30%
	Total	5	50%
18-24	Femenino	1	10%
	Masculino	0	0
	Total	1	10%

Asimismo, en la tabla 5.17 se observa que la mayoría eran lactantes nacidos a término, sin condiciones patológicas al nacimiento, que recibieron lactancia materna mínimo 3 meses y que tenían hermanos al momento del estudio

Tabla 5.17 Características de los lactantes, que completaron el módulo de intervención temprana

Sexo	Mujer Hombre Total	Frecuencias	Porcentaje
		5 5 10	50% 50% 100%
SDG al nacimiento	Femenino	1	10%
	Masculino	2	20%
	Total de prematuros (menos de 37 SDG)	3	30%
	Femenino	4	40%
	Masculino	3	30%
	Total a término (38-40 SDG)	7	70%
Condición patológica al nacimiento	Si	3	30%
	No	7	70%
Lactancia	Si (mínimo 3 meses)	9	90%
	No	1	10%
Hermanos	Sin hermanos	4	40%
	Con hermanos	6	60%

Además, las diadas que completaron su módulo de intervención, en su mayoría provenían de familias nucleares, con un nivel de marginación baja, en las que el cuidado tanto al niño como a la madre durante el embarazo fue algo común desde la etapa prenatal y posteriormente en la etapa postnatal, sin reportes de violencia hacia la madre o al lactante, como se puede apreciar en la tabla 5.18.

Tabla 5.18 Características del entorno familiar, de las diadas que completaron el módulo de intervención.

Tipo de familia	Nuclear Extensa Total	Frecuencias	Porcentaje
		9 1 10	90% 10% 100%
Nivel de marginación	Media	1	10%
	Baja	5	50%
	Muy baja	.4	40%
Familias que cuidaron de la embarazada	Si	7	70%
	No	3	30%
Violencia a la madre	No	9	90%
	Psicológica de la pareja	1	10%
Violencia al infante	No	9	90%
	Presenciar peleas parentales	1	10%

Debido a que sólo 10 lactantes completaron el programa de intervención temprana para su rango de edad, se procedió a realizar pruebas no paramétricas, para determinar la existencia de diferencias significativas en las 3 variables de salida (Dinámica Familiar, Interacción Cuidador-Niño, Desarrollo Infantil) en sus puntajes antes y después del programa de intervención temprana MODIFA-DIN.

Comparación de la Dinámica Familiar

Con la prueba Wilcoxon para muestras relacionadas, tanto con los datos de APGAR y ERI, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=.643$ y $p=.241$ respectivamente). Por ello, se exploró la diferencia entre la Dinámica Familiar antes y después del programa de intervención, pero considerando los puntajes obtenidos en las dimensiones de ERI. Con la prueba de Friedman se obtuvo un valor de $Q=31.839$, $p<.0001$, por lo cual las diferencias en la Dinámica Familiar por áreas que la componen son estadísticamente significativas, observándose incrementos en los rangos promedio de las dimensiones de “Unión y Apoyo” (de 1.95 a 5.60) y “Expresión” (de 4.15 a 4.55) y una disminución en el área de “Dificultades” (de 5.60 a 2.70). Las características del lactante, el cuidador y los resultados obtenidos en las evaluaciones de Dinámica Familiar de los 10 casos, se pueden apreciar en la tabla 5.19, con 3 posibilidades de evolución de la Dinámica Familiar: **evolución mala** (en color rojo, cuando la disfunción familiar se mantiene en severa o empeora), **evolución regular** (en color amarillo, cuando la disfunción familiar se mantiene en moderada) y **buena evolución** (en color verde, cuando la disfunción familiar disminuye o el funcionamiento familiar se mantiene normal).

Tabla 5.19. Características del lactante, cuidador y resultados de las evaluaciones de Dinámica Familiar, por casos antes y después de su exposición al programa.

CARACTERÍSTICAS DEL LACTANTE			CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR					DINÁMICA FAMILIAR: APGAR FAMILIAR			DINÁMICA FAMILIAR: CUARTILES ERI		
N° Caso	Sexo	Rango de Edad	Cuidador principal	Edad	Escolaridad	Ocupación	Margina-ción	Pre	Pos	Evolución	Pre	Pos	Evolución
**1	M	8-12	Abuela	35	licenciatura	Empleada	Alta	Normal	Normal	buena	Medio	Normal	buena
*2	F	8-12	Madre	20	secundaria	Hogar	Alta	Leve	Leve	buena	Medio	Bajo	Mala
3	F	8-12	Madre	32	licenciatura	Hogar	Baja	Leve	Mod	mala	Bajo	Normal	Buena
*4	M	8-12	Madre	51	licenciatura	Hogar	Baja	Normal	Normal	buena	Medio	Medio	Regular
5	F	13-18	Madre	26	secundaria	Hogar	Alta	Mod	Mod	regular	Bajo	Bajo	Mala
*6	M	13-18	Madre	30	licenciatura	Hogar	Media	Leve	Normal	buena	Medio	Bajo	Mala
*7	F	13-18	Madre	52	licenciatura	Hogar	Baja	Mod	Leve	buena	Medio	Medio	Regular
*8	M	13-18	Madre	52	licenciatura	Hogar	Baja	Mod	Leve	buena	Medio	Medio	Regular
*9	M	13-18	Madre	22	licenciatura	Hogar	Alta	Normal	Normal	buena	Normal	Medio	Mala
**10	F	18-24	Padre	29	licenciatura	Profesional	Alta	Leve	Normal	buena	Medio	Normal	Buena

Dónde:
* casos en los que el APGAR Familiar mejoró después del programa MODIFA-DIN
**casos en los que el APGAR Familiar y los puntajes en ERI mejoraron después del programa MODIFA-DIN.
El color rojo indica características del cuidador que son factores de riesgo.
El color verde indica características del cuidador que son factores protectores.

Dónde:
“leve” y “Mod” es grado de disfuncionalidad.
“Mod” es disfuncionalidad moderada.
En APGAR FAMILIAR:
El color verde indican una Dinámica Familiar Normal.
El color amarillo indica una disfunción familiar leve.
El color naranja indica una disfunción familiar moderada.
El color rojo indica una disfunción familiar severa.
En ERI:
El color verde indica los cuartiles altos.
El color amarillo indica los cuartiles medios.
El color rojo indica los cuartiles bajos.

Comparación en la Interacción Cuidador-Niño

Con la prueba Wilcoxon para muestras relacionadas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el total de la diada ($p=.021$) y el total del cuidador ($p=.035$). Cabe mencionar que de las 6 subescalas del instrumento NCAST, solamente la subescala IV. Fomento al desarrollo cognitivo mostró diferencias estadísticamente significativas ($p=.013$) antes y después de la exposición al programa. Las características del lactante, el cuidador y los resultados obtenidos en las evaluaciones de Interacción Cuidador-Niño de los 10 casos, se pueden apreciar en la tabla 5.20, con 2 posibilidades de evolución de la Interacción Cuidador-Niño: **evolución buena** (en color verde, los puntajes en NCAST aumentaron) y **evolución mala** (en color rojo, los puntajes en NCAST bajaron).

Tabla 5.20. Características del lactante, cuidador y resultados de las evaluaciones de Interacción Cuidador-Niño, por casos antes y después de su exposición al programa.

CARACTERÍSTICAS DEL LACTANTE								CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR					INTERACCIÓN CUIDADOR-NIÑO		
N° Caso	Sexo	Rango de Edad	Orden al nacimiento	Hermanos	SDG nacimiento	APGAR	Perímetro Cefálico	Cuidador principal	Edad	Escolaridad	Ocupación	Marginación	Pre	Pos	Evolución
*1	M	8-12	1	0	40	9	Normal	Abuela	35	licenciatura	Empleada	Alta	Dificultad (33)	Dificultad (47)	Mala
*2	F	8-12	2	1	38	8	Anormal	Madre	20	secundaria	Hogar	Alta	Normal (62)	Normal (68)	Buena
*3	F	8-12	2	1	38	10	Normal	Madre	32	licenciatura	Hogar	Baja	Normal (59)	Normal (66)	Buena
*4	M	8-12	1	0	39	9	Anormal	Madre	51	licenciatura	Hogar	Baja	Dificultad (46)	Dificultad (57)	Mala
5	F	13-18	1	0	38	9	Anormal	Madre	26	secundaria	Hogar	Alta	Dificultad (39)	Sin dato	Sin dato
*6	M	13-18	2	1	39	9	Normal	Madre	30	licenciatura	Hogar	Media	Normal (53)	Normal (59)	Buena
7	F	13-18	2	2	32	9	Normal	Madre	52	licenciatura	Hogar	Baja	Normal (60)	Normal (57)	Buena
8	M	13-18	3	2	32	9	Normal	Madre	52	licenciatura	Hogar	Baja	Normal (66)	Normal (61)	Buena
*9	M	13-18	1	0	32	9	Normal	Madre	22	licenciatura	Hogar	Alta	Dificultad (40)	Normal (59)	Buena
*10	F	18-24	1	1	41	8	Normal	Padre	29	licenciatura	Profesional	Alta	Dificultad (43)	Normal (66)	Buena

Dónde:

"Anormal" en Perímetro cefálico indica riesgo de Macrocefalia

* casos en los puntajes de NCAST mejoraron después del programa MODIFA-DIN.

El color rojo indica características del lactante o cuidador que son factores de riesgo.

El color verde indica características del cuidador que son factores protectores.

En Interacción Cuidador-Niño:

El color verde indica la interacción normal.

El color rojo indica la dificultad interactiva.

Comparación en el Desarrollo Infantil

Para un análisis de todas las áreas del desarrollo infantil, se utilizó el instrumento "Escalas Diagnósticas del Desarrollo" del CIN. En la prueba de Friedman se obtuvo un valor de $Q=29.881$, $p < .0001$, que indica diferencias significativas en desarrollo infantil antes y después de la exposición al programa, observándose incrementos en los rangos promedio de Cognición (de 5.60 a 6.80), Lenguaje Receptivo (de 6 a 6.40), Lenguaje Expresivo (de 6.55 a 7.55), Motricidad (de 3.95 a 4.80) y Personal-Social (de 3.60 a 3.75).

Sin embargo, no todos los cambios fueron para una mejoría, en la tabla 5.21 se muestran en color rojo los casos que de "Normal" pasaron a "Retraso" o aumentó el grado de

retraso (de Moderado pasaron a Severo), mientras que en color verde se muestran los casos de “Retraso” que pasaron a “Normal” o disminuyó el grado de retraso.

Tabla 5.21 Frecuencia de resultados del Desarrollo por área, antes y después del programa de MODIFA-DIN.

	COGNICIÓN		LENGUAJE RECEPTIVO		LENGUAJE COMPRENSIVO		MOTRICIDAD		PERSONAL-SOCIAL	
	Preprueba	Pos-prueba	Preprueba	Pos-prueba	Preprueba	Pos-prueba	Preprueba	Pos-prueba	Preprueba	Pos-Prueba
Normal	5	3	5	4	4	4	7	6	9	8
Retraso Leve	3	1	1	2	1	0	3	2	1	2
Retraso Moderado	0	5	2	2	3	0	0	2	0	0
Retraso Severo	2	1	2	2	2	6	0	0	0	0
TOTAL	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Nota: las celdas de color rojo indican movilidad de los datos en sentido negativo (de normal a retraso, o aumento del grado de retraso) y las celdas de color verde indican movilidad de los datos en sentido positivo (de retraso a normal, o disminución del grado de retraso).

Además, las características del lactante y los resultados obtenidos en las evaluaciones del Desarrollo Infantil, se pueden apreciar en la tabla 5.22.

Tabla 5.22 Características del lactante y resultados de las evaluaciones de Desarrollo Infantil por casos, antes y después de su exposición al programa.

CARACTERÍSTICAS DEL LACTANTE						DESARROLLO INFANTIL														
N° Caso	Sexo	Rango de Edad	SDG al nacer	APGAR	Perímetro Cefálico	C		Evolución	LR		Evolución	LE		Evolución	M		Evolución	PS		Evolución
						Pre	Pos		Pre	Pos		Pre	Pos		Pre	Pos				
*1	M	8-12	40	9	Normal	leve	severo	Mala	normal	mod	Mala	normal	severo	Mala	leve	leve	Buena	leve	*normal	Buena
**2	F	8-12	38	8	Anormal	normal	normal	Buena	leve	*normal	Buena	mod	*normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena
*3	F	8-12	38	10	Normal	normal	leve	Mala	normal	*normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena
*4	M	8-12	39	9	Anormal	leve	mod	Mala	severo	*leve	Buena	mod	severo	Mala	normal	leve	Mala	normal	normal	Buena
5	F	13-18	38	9	Anormal	normal	mod	Mala	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena
*6	M	13-18	39	9	Normal	severo	mod	Buena	severo	severo	Mala	severo	severo	Mala	leve	*normal	Buena	normal	leve	Mala
**7	F	13-18	32	9	Normal	leve	*normal	Buena	mod	*leve	Buena	mod	severo	Mala	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena
*8	M	13-18	32	9	Normal	severo	*mod	Buena	mod	severo	Mala	severo	severo	Mala	leve	mod	Mala	normal	normal	Buena
9	M	13-18	32	9	Normal	normal	mod	Mala	normal	mod	Mala	leve	severo	Mala	normal	mod	Mala	normal	leve	Mala
10	F	18-24	41	8	Normal	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena
Dónde: “Anormal” en Perímetro cefálico indica riesgo de Macrocefalia * casos en que los puntajes de Desarrollo Infantil mejoraron en al menos un área, después del programa MODIFA-DIN. ** casos en que los puntajes de Desarrollo Infantil mejoraron en dos áreas, después del programa MODIFA-DIN El color rojo indica características del lactante que son factores de riesgo.						Dónde: “leve” “mod” y “severo” refiere al grado de retraso “mod” refiere a moderado. “C” es cognición, “LR” lenguaje receptivo, “LE” lenguaje expresivo, “M” motricidad y “PS” personal-social. El color verde indica un resultado normal en alguna área del desarrollo infantil. El color amarillo indica un retraso leve en alguna área del desarrollo infantil. El color naranja indica un retraso moderado en alguna área del desarrollo infantil. El color rojo indica un retraso severo en alguna área del desarrollo infantil.														

Además, las características del cuidador y los resultados obtenidos en las evaluaciones del Desarrollo pueden apreciar en la tabla 5.23.

Tabla 5.23. Características del lactante, cuidador y resultados de las evaluaciones de Desarrollo Infantil por casos, antes y después de su exposición al programa.

CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR					DESARROLLO INFANTIL														
N° Caso	Cuidador principal	Escolaridad	Ocupación	Marginación	C		Evolución	LR		Evolución	LE		Evolución	M		Evolución	PS		Evolución
					Pre	Pos		Pre	Pos		Pre	Pos		Pre	Pos		Pre	Pos	
*1	A	z	Empleada	Alta	leve	severo	Mala	normal	mod	Mala	normal	severo	Mala	leve	leve	Buena	leve	*normal	Buena
**2	M	secundaria	Hogar	Alta	normal	normal	Buena	leve	*normal	Buena	mod	*normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena
*3	M	licenciatura	Hogar	Baja	normal	leve	Mala	normal	*normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena
*4	M	licenciatura	Hogar	Baja	leve	mod	Mala	severo	*leve	Buena	mod	severo	Mala	normal	leve	Mala	normal	normal	Buena
5	M	secundaria	Hogar	Alta	normal	mod	Mala	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena
*6	M	licenciatura	Hogar	Media	severo	mod	Buena	severo	severo	Mala	severo	severo	Mala	leve	*normal	Buena	normal	leve	Mala
**7	M	licenciatura	Hogar	Baja	leve	*normal	Buena	mod	*leve	Buena	mod	severo	Mala	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena
*8	M	licenciatura	Hogar	Baja	severo	*mod	Buena	mod	severo	Mala	severo	severo	Mala	leve	mod	Mala	normal	normal	Buena
9	M	licenciatura	Hogar	Alta	normal	mod	Mala	normal	mod	Mala	leve	severo	Mala	normal	mod	Mala	normal	leve	Mala
10	P	licenciatura	Profesional	Alta	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena	normal	normal	Buena

Dónde:
 * casos en que los puntajes de Desarrollo Infantil mejoraron en al menos un área, después del programa MODIFA-DIN.
 ** casos en que los puntajes de Desarrollo Infantil mejoraron en dos áreas, después del programa MODIFA-DIN
 El color rojo indica características del cuidador que son factores de riesgo.
 El color verde indica características del cuidador que son factores protectores.

Dónde:
 “leve” “mod” y “severo” refiere al grado de retraso
 “mod” refiere a moderado.
 “C” es cognición, “LR” lenguaje receptivo, “LE” lenguaje expresivo, “M” motricidad y “PS” personal-social.
 El color verde indica un resultado normal en alguna área del desarrollo infantil.
 El color amarillo indica un retraso leve en alguna área del desarrollo infantil.
 El color naranja indica un retraso moderado en alguna área del desarrollo infantil.
 El color rojo indica un retraso severo en alguna área del desarrollo infantil.

Cabe señalar, que las diadas que completaron su módulo de intervención, reportaron jugar con el lactante más de 120 minutos al día, exponerlo máximo 10 minutos al televisor y sólo 5 minutos al celular, como se muestra en la tabla 5.24.

Tabla 5.24

Estrategias utilizadas por las familias para entretenimiento/cuidado de los lactantes, en las diadas que terminaron su módulo de intervención.

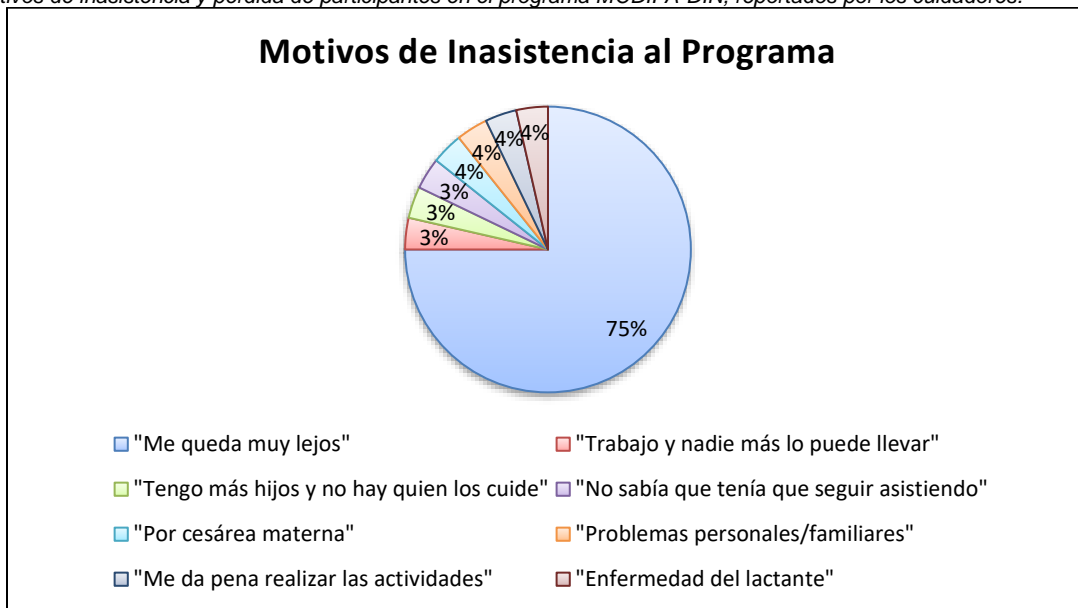
		Frecuencias	Porcentaje
Tiempo destinado al juego con el lactante	30 minutos	2	20%
	60 minutos	1	10%
	Más de 120 minutos	7	70%
Tiempo de exposición del lactante a la TV	0-10 minutos	5	50%
	15-60 minutos	4	40%
	más de 1 hora	1	10%
Tiempo de exposición del lactante al celular	0-5 minutos	7	70%
	10-30 minutos	2	20%
	1-3 horas	1	10%

Sin embargo, al analizar la relación entre el tiempo de exposición al celular con el desarrollo infantil no se encontró asociación con cognición ($r_s=.292$, $p=.413$), lenguaje receptivo ($r_s=-.023$, $p=.949$), lenguaje Expresivo ($r_s=.132$, $p=.717$), motricidad ($r_s=.204$,

p=.572) ni personal-social ($r_s=-.323$, $p=.363$). Igualmente, tampoco se encontró asociación entre el tiempo de exposición a la televisión con cognición ($r_s=.217$, $p=.546$), lenguaje receptivo ($r_s=.140$, $p=.700$), lenguaje expresivo ($r_s=.079$, $p=.829$), motricidad ($r_s=-.213$, $p=.555$) ni personal-social ($r_s=.192$, $p=.594$). Tampoco el tiempo de juego tuvo asociación estadísticamente significativa con cognición ($r_s=.527$, $p=.118$), lenguaje receptivo ($r_s=.515$, $p=.128$), lenguaje expresivo ($r_s=.439$, $p=.204$), motricidad ($r_s=.238$, $p=.508$) ni personal-social ($r_s=.323$, $p=.363$), pero se observó una asociación negativa con el tiempo de exposición al celular ($r_s=-.087$, $p=.811$) y a la televisión ($r_s=-.375$, $p=.286$) aunque ambas sin significancia estadística).

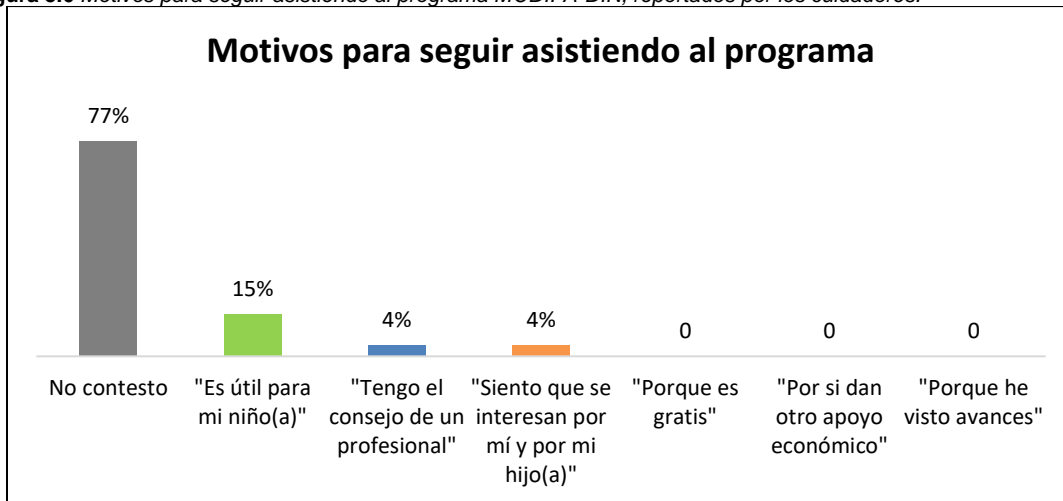
Al inicio del programa el 100% de cuidadores manifestaron estar interesados en seguir asistiendo al programa y que, consideraban poder realizar las actividades sugeridas en intervención *“3-4 veces por semana según la actividad”, “4-5 veces por semana”* o simplemente *“el tiempo que se pueda”*. Sin embargo, ante la pérdida de participantes durante la investigación, se implementó una encuesta a los cuidadores para conocer las razones de sus inasistencias al programa. Sus respuestas se muestran en la figura 5.5, observándose que, aunque consideraban útil el programa, uno de los principales obstáculos para seguir asistiendo era el tiempo de trayecto de sus casas al Centro “Xilotl” que podía ser de hasta 4 horas (dos para llegar al centro y dos de regreso a sus casas) por solo una hora de intervención.

Figura 5.5
 Motivos de inasistencia y pérdida de participantes en el programa MODIFA-DIN, reportados por los cuidadores.



Además, entre las razones que los cuidadores reportaron para seguir asistiendo al programa estuvo la percepción de que el programa era útil para su hijo(a), saber que se obtiene el consejo de un profesional y sentir que se interesaban por ellas y sus hijos, como se puede notar en la figura 5.6.

Figura 5.6 Motivos para seguir asistiendo al programa MODIFA-DIN, reportados por los cuidadores.



Asociaciones entre Dinámica Familiar, Interacción Cuidador y Desarrollo Infantil, después de la exposición al programa MODIFA-DIN

Dado que antes de la exposición al programa MODIFA-DIN se encontraron correlaciones entre las variables de Dinámica Familiar, Interacción Cuidador-Niño y Desarrollo Infantil, se consideró pertinente analizar la relación entre variables se conservaba después del programa MODIFA-DIN o se observaba algún cambio que pudiera atribuirse a la exposición al programa. Sin embargo, dado que solo 10 diadas completaron el módulo de intervención al que fueron asignadas y el nivel de medición de las variables, solo fue posible analizar la relación entre Dinámica Familiar con el Desarrollo Infantil, observándose una asociación estadísticamente significativa entre la Dinámica Familiar medida con APGAR Familiar y lenguaje expresivo ($r_s = -.781$, $p = .013$).

A partir de los resultados obtenidos por las diadas antes y después de su exposición al programa de intervención temprana, a continuación se presenta la discusión de los hallazgos.

5.3 Discusión de los resultados de la implementación del programa MODIFA-DIN

Dado que las diadas fueron evaluadas antes y después de su exposición al programa MODIFA-DIN, la discusión de los resultados se organiza en dos secciones: preprueba y posprueba.

5.3.1 Discusión de los resultados Preprueba

Dinámica Familiar

Respecto a la **evaluación de la Dinámica Familiar**, los instrumentos APGAR y ERI resultaron útiles tanto para tamizar como para evaluar a más detalle algunas dimensiones de la dinámica familiar. Los puntajes obtenidos por ambos instrumentos fueron

congruentes entre sí, observándose una correlación lineal positiva alta ($r=.701$, $p<.0001$), lo cual concuerda con lo reportado por Suarez y Alcalá (2014) al señalar que las investigaciones reportan índices de correlación del instrumento APGAR Familiar entre 0.71 y 0.83. Para esta investigación el APGAR Familiar sirvió como una primera aproximación para identificar las familias con disfunciones familiares con el propósito de darles seguimiento/orientación y su aplicación fue compatible con algunas de las recomendaciones hechas por Suarez y Alcalá (2014) para su uso: a) en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias, b) cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado del paciente (en este caso los lactantes), c) cuando algún integrante atraviesa una crisis del diario vivir (en este caso los cuidadores), d) cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados (las diadas con baja adherencia al programa o lactantes con bajo desarrollo pese a su exposición al programa MODIFA-DIN), e) aplicarlo junto con otros instrumentos de evaluación familiar (en este caso con ERI, encontrando una buena correspondencia entre ambos instrumentos ya que un valor $r^2=.492$ sugiere que el 49% de la variación en los puntajes de ERI, puede deberse a los puntajes en APGAR Familiar y según los cuartiles de ERI, las medias de APGAR difirieron significativamente, observándose posibilidades predictivas entre ambos instrumentos según el modelo de regresión lineal “a mayor APGAR mayores puntajes en ERI”). Definitivamente, dado que la funcionalidad familiar repercute en la salud de todos sus integrantes, el uso de instrumentos de fácil aplicación pero que proporcionen a los profesionales de la salud una idea global del grado de funcionalidad familiar es indispensable, especialmente en intervenciones que son de larga duración, como lo son los programas de intervención temprana.

Respecto a la **evaluación de la Dinámica Familiar por dimensiones**, APGAR Familiar correlacionó mejor con las dimensiones de “Expresión” y “Unión-Apoyo” ($r=.594$, $p<.0001$ y $r=.586$, $p<.0001$, respectivamente) que con “Dificultades” ($r=.488$, $p=.001$), posiblemente porque APGAR Familiar se enfoca a explorar “lo que funciona bien” dentro de la dinámica familiar. Al interior del instrumento ERI las dimensiones con una correlación más alta entre sí fueron “**Unión-Apoyo**” y “**Expresión**” ($r=.865$, $p=. <0001$),

posiblemente porque la dimensión “Unión-Apoyo” evalúa la tendencia familiar a realizar actividades en conjunto, convivir, apoyarse mutuamente, bajo un sentido de solidaridad, pertenencia o cohesión, lo cual puede incrementar la comunicación en general, ya que el hecho de pasar tiempos juntos conlleva el intercambio de emociones, ideas, acontecimientos, etc. La relación entre las dimensiones de “**Dificultades**” y “**Unión-Apoyo**” ($r=.490$, $p<.001$) puede deberse a que la cohesión, como un sentido de pertenencia puede impulsar a los miembros de la familia a solidarizarse, ayudar y enfrentar en familia los retos cotidianos, aunque “*no siempre se tenga claro cómo hacerlo*”. Finalmente, que las dimensiones de “**Dificultades**” y “**Expresión**” correlacionaran ($r=.501$, $p<.001$) puede deberse a que en estas familias en su mayoría sí expresan las necesidades y se habla de los problemas, aunque no necesariamente esto se traduzca en un mejor manejo de los conflictos e inclusive, puedan generarse nuevos conflictos o acrecentar los existentes, ya que la comunicación puede no ser asertiva al interior de la familia. Cabe señalar, que pese a las bondades de los instrumentos APGAR Familiar y ERI, al explorar si las familias eran marcadamente distintas en su APGAR según las dimensiones de ERI, se encontró que solamente las familias en cuartiles Altos son significativamente distintas ($p<.001$) lo cual puede deberse a un aspecto metodológico; los ítems que se utilizaron para aplicar una versión intermedia del instrumento ERI no son los de la versión intermedia original propuesta por sus creadores, en cambio, se seleccionaron ítems que se consideró discriminaban de manera más efectiva y dicotómica a las familias porque exploraban aspectos sensibles de la dinámica interna de la familia.

Con referencia a la **funcionalidad de la Dinámica Familiar** en las familias de este estudio (en su mayoría nucleares, de colonias con altos niveles de marginación y educación básica), la disfunción familiar fue algo común (64%) siendo la disfunción moderada la más frecuente (43%), lo cual indica que la pobreza impacta negativamente la dinámica familiar, no por la pobreza por sí misma, sino por todo lo que la circunda (carencias económicas y/o afectivas, alcoholismo, adicciones, falta de tiempo para convivir, pocas oportunidades de atención a la salud física y mental, etc.), lo cual coincide

con lo expresado por Soler et al. (2009) quienes indican que la insuficiencia de recursos económicos y el no cubrir las necesidades básicas provoca tensiones al interior de la familia, por lo cual los objetivos del bienestar son trasladados a la sobrevivencia. La necesidad es la falta de algo y las familias preocupadas por cubrir necesidades básicas (alimento, alojamiento, vestido, etc.) están atrapadas en la inmediatez y no conciben o aspiran a aspectos más complejos del desarrollo infantil, del desarrollo humano y de las relaciones que sostienen. Lo que se encontró en este estudio, es congruente también con lo reportado por Elizalde et al. (2006) quienes señalan que las necesidades superiores no son tan poderosas como las necesidades fisiológicas, y pueden dañarse o perder su orientación más fácilmente que las básicas, por lo que requieren de un gran apoyo de influencias exteriores. y como las necesidades básicas son más potentes y tienen prevalencia sobre las superiores, solo una vez satisfechas se manifiestan las necesidades superiores y las personas se motivan para satisfacerlas. Mejorar el funcionamiento familiar y construir un ambiente de respeto, confianza, aceptación del desacuerdo y las diferencias, son necesidades superiores.

Interacción Cuidador-Niño

Referente a la **Interacción Cuidador-Niño**, la perturbación interactiva fue algo frecuente (64%) a expensas tanto de subescalas del cuidador, como del lactante. Respecto a los lactantes, la “Responsividad al cuidador” y la “Claridad de las señales” ya estaban afectadas en un 18.92% de los infantes lo cual puede ser resultado en gran medida, de las interacciones que los cuidadores habían sostenido con ellos, ya que en su mayoría se trataba de lactantes nacidos a término y de bajo riesgo biológico. Además, que en los cuidadores sus subescalas más bajas fueran “Respuesta a la angustia del niño” y “Sensibilidad a las señales” refleja varias cosas de los cuidadores: 1) no eran habilidosos para calmar a los lactantes (lo cual se asocia a un apego inseguro evitativo o ambivalente) y 2) no detectaban-interpretaban-respondían oportunamente a las señales de los niños (lo cual puede provocar la baja responsividad de los lactantes que no buscaran interactuar con ellos).

Si bien la evaluación de la interacción cuidador-niño retoma las conductas observables del niño y del cuidador (especialmente la contingencia), el vínculo emocional entre los dos actúa de fondo (tipo de apego), ya Ainsworth y Bell (1982) explicaban que los niños con apego seguro buscan interactuar con su cuidador y este responde conforme a sus requerimientos, por lo que incluso en situaciones poco familiares y con gente desconocida no se distorsiona el equilibrio entre apego-exploración y ocupan a su cuidador como una “base segura” para explorar el medio; por el contrario, el niño con apego inseguro interpretará cualquier situación nueva o poco familiar como amenazante, estará centrado en su madre, atenderá menos a otras personas del medio, explorará menos y presumiblemente aprenderá menos. Asimismo, el metaanálisis de Lafuente (2000) reporta un consenso sobre que los hijos de madres sensibles que suministran un trato adecuado (son cariñosas, aceptan, comprenden y entienden las necesidades del niño de modo consistente, respetan su individualidad, logran un buen equilibrio entre control y autonomía, dosifican adecuadamente la estimulación con juguetes, objetos y actividades apropiados a su edad) desarrollan un apego seguro y generalmente son niños más inteligentes con mejor rendimiento en tareas intelectuales (obtienen mejores cocientes intelectuales en el segundo y tercer año de vida), que aquellos niños que desarrollaron un apego ansioso. Incluso, aunque la mayoría de los cuidadores reportó dedicarse al hogar o trabajo no remunerado (53.19%) y cuidar a los lactantes “tiempo completo” (82.97%), gracias al *home office* o llevarlo al puesto donde laboraban como comerciantes informales, el acompañar al niño “*todo el día*” no implica mostrarse afectuosos, responsivo y disponible para él (elemento esencial del apego seguro) y aunque la mayoría de las familias indicaron jugar más de 120 minutos con los lactantes (53.19%) habría que preguntarse: **¿Qué entienden por “jugar”?** por ejemplo, no basta con poner juguetes al alcance del lactante si alguien más no le propone como usarlos.

A la posibilidad de un apego inseguro construido entre el cuidador y el lactante, hay que sumar la falta de habilidad de los cuidadores para “enseñar”. En la subescala “Fomento al desarrollo cognitivo” los cuidadores también salieron bajos (concentrándose en esta, la mayoría de los ítems de contingencia fueron fallidos por parte del cuidador). Lo anterior

refleja que habilidades parentales, que se han reportado altamente deseables en cuidadores de niños tan pequeños, como focalizar la atención del niño (Klein y Linhares, 2006), la regulación verbal externa y el modelado durante tareas de resolución de problemas (Vargas y Arán, 2014), no fueron algo común en estos cuidadores. Desafortunadamente, focalizar la atención de los lactantes (especialmente, por medio de gestos y descripciones verbales simultáneas) y regular verbalmente y modelar actividades fueron habilidades muy poco frecuentes en esta muestra de cuidadores; en cambio, *“jugar con todo, pero no jugar con nada”* (sacar todos los juguetes rápidamente y no prolongar el tiempo de juego) fue algo característico. Además, en contraposición a Rodríguez (2006) que reportó asociaciones significativas entre el nivel educativo materno y el vínculo madre-hijo, sugiriendo que madres con mayor nivel educativo muy probablemente puedan adaptarse mejor a las necesidades de sus bebés y brindarles un mejor cuidado, logrando una mejor calidad vincular madre-hijo; en la muestra de esta investigación el nivel de estudios de los cuidadores o su edad no se relacionó con el tipo de Interacción Cuidador-Niño. Es posible que, como señala Rivera (2009) en general, las familias cada vez están más carentes de nociones y conocimientos relativos a la crianza, cuidado de los niños y parámetros sobre lo que es un desarrollo normal, en este caso las dificultades para interactuar con los lactantes no hicieron distinciones por edad o nivel educativo de los cuidadores. Ya Rivera y Sánchez (2009) reflexionaban cómo las fortalezas sociales se dilatan en el mundo global, los medios masivos de comunicación invaden y distorsionan los objetivos de la convivencia y la crianza, se enajenan los principios humanos básicos del bienestar, solidaridad y ciudadanía, las familias se dispersan en enormes masas urbanas y la convivencia familiar y comunitaria no es de consejos, ni de enseñanzas, ni de transmisión de un legado, por lo cual los jóvenes padres y el resto de la familia desconocen si cuentan o no con las competencias para proporcionar a sus hijos los cuidados y atenciones necesarios para forjarlos como personas felices, constructivas, con capacidad de aportar a su familia y a la comunidad. Así, el estilo interactivo observado en la mayoría de los cuidadores se parece a las descripciones de “madres desorganizadoras” hechas por Muñoz-Ledo et al., (2002, 2003), constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo infantil temprano, coincidiendo

con Alvarado (2009) que señala como aspectos ambientales pueden asociarse con mayor probabilidad a enfermedades o alteraciones del desarrollo, atribuyéndoles cierta causalidad, de la misma manera Morelato (2011) indica que los factores de riesgo para el desarrollo infantil son un factor de vulnerabilidad.

Desarrollo Infantil

Respecto al **Desarrollo Infantil**, que en esta muestra las áreas de **Motricidad Gruesa** (especialmente, en lactantes de 3-8, 12-18 y 18-24 meses) y **Lenguaje** (especialmente, en lactantes de los 12-24 meses) concentraran los porcentajes más altos de “Rezago” (27% y 52% respectivamente), puede deberse a la situación de aislamiento que han experimentado los infantes; la motricidad gruesa relacionada a cambios posturales (sedente, bipedestación) y desplazamientos (marcha asistida, marcha independiente, carrera) requieren de espacios para el ejercicio del movimiento y la supervisión de un cuidador que promueva la adquisición de dichas conductas. Por su parte, el desarrollo del lenguaje requiere un cuidador que vea al lactante como un “interlocutor válido” desde etapas muy tempranas, un ser con intenciones comunicativas, aunque no pueda expresarse todavía con un lenguaje social. Metodológicamente, el uso del instrumento EDI en la fase de preprueba conllevó la limitante de no evaluar la cognición en edades tan tempranas, pero dado que el 52% de los lactantes ya presentaba “Rezago” en el área del Lenguaje es razonable inferir que el área de Cognición también tendría “Rezago”. Page et al., (2010) en un estudio longitudinal con 6377 diadas madre-hijo con niños de 8 a 12 meses de edad, encontraron que la sensibilidad materna y aún más la **estimulación verbal** predijeron el desarrollo cognitivo, sugiriendo que la estimulación verbal provee estructuras de pensamiento en etapas tempranas de la vida.

Aunque la mayoría de los cuidadores reportaron dedicarse al hogar o trabajo no remunerado y cuidar a los lactantes “tiempo completo”, el acompañar al niño “*todo el día*” tampoco implica necesariamente la realización de actividades que favorezcan su desarrollo; aun si la mayoría de las familias indicaron jugar más de 120 minutos con los lactantes (53.19%), solo exponerlos de 0-10 minutos al televisor (48.93%) y 5 minutos al

celular (63.82%). Crianza, cuidado y promoción del desarrollo, aunque todas son necesidades de los infantes, no son lo mismo y no necesariamente se dan a la par. El juego es la situación más natural de estimulación y aprendizaje para los niños, sin embargo **¿A qué juegan las familias con niños tan pequeños?** Posiblemente, no todos los juegos tienen potencial educativo al basarse en conductas ya dominadas por los niños que no plantean un reto alcanzable que favorezca el arribo a nuevos niveles de desarrollo. Además, **¿Qué es cuidar de un niño tan pequeño?** Probablemente, la idea de “cuidado” este centrada en la sobrevivencia y seguridad del niño y no precisamente en procurar su mejor desarrollo (mejor adquisición de habilidades). Considerando lo anterior, que el 75% de los lactantes de la muestra ya presentaran un “Riesgo de retraso para el desarrollo” al momento del estudio no resulta raro. Como todas las áreas del desarrollo están interrelacionadas, se sabe que, por ejemplo, un retraso en el lenguaje puede llevar a un retraso en la socialización en edades posteriores; sin embargo, en esta muestra lactantes de 12 y 14 meses, ya mostraban retrasos en el área **Social**, lo cual puede ser explicado por el contexto de pandemia; Soler et al. (2009) advertían que **no frecuentar a otros familiares o niños** limita el desarrollo infantil; cuando un niño convive de manera positiva con otros familiares que le valoran, aprende a regular sus señales afectivas, desarrolla habilidades sociales, aprende normas de convivencia y se siente motivado y gratificado ampliando su ajuste social

¿Cuáles serán las secuelas que observaremos en el desarrollo infantil de la infancia mexicana, por el aislamiento por COVID-19? y ¿Por cuánto tiempo persistirán? Las investigaciones futuras lo reportarán. El confinamiento por COVID-19 fue un factor de riesgo psicosocial para el desarrollo infantil, entonces tal vez como parte del panorama postpandemia los programas de intervención temprana debieron ganar notoriedad en pro de resarcir algunos efectos nocivos de la pandemia al interior de las familias y sobre el desarrollo infantil, lamentablemente no ocurrió así. ¿Será que tendremos más niños y futuros adultos “subdesarrollados” de los que habitualmente se tienen en un país subdesarrollado como México? Todo lo que se haga después de los 6 años será una intervención tardía, costosa y menos efectiva, esta afirmación la apoyamos en la voz de

los expertos; la intervención temprana constituye una intervención menos costosa (Sánchez, et al., 2009), también el premio nobel de economía Heckman (2011) señala que la intervención temprana genera capital humano más capaz y competitivo en la economía global y evita tener humanos “subdesarrollados” que a futuro se vuelven una carga económica para sus países, al ser una fuerza laboral de menor calidad generadora de problemas sociales costosos (por necesidad de educación especial, alta tasa de criminalidad, drogadicción, etc.), evitándose pérdidas económicas y el incremento del gasto público del país. Además, Bonnier (2008) y Gertler et al. (2014) también coinciden con los beneficios macro sociales de la intervención temprana al contribuir a la disminución de la deserción y fracaso escolar, al alcanzar mayores niveles educativos, disminución de la delincuencia y desempleo, e incluso la disminución de los niveles de pobreza al registrarse que los niños que participan en estos programas alcanzan mayores ingresos en su vida adulta por empleos mejor pagados, afirmando que dichos programas contribuyen a disminuir la desigualdad social a lo largo de la vida, especialmente en países subdesarrollados en los que se invierte menos en salud, educación y apoyo parental para la crianza.

¿Qué nos depara el futuro a los servicios educativos, salud y rehabilitación después de la pandemia? Sabemos que en los primeros 2 años de vida, la organización, desarrollo y funcionamiento cerebral es altamente sensible a las primeras acciones parentales relacionadas con los cuidados básicos, la estimulación y los buenos tratos, que los estímulos recibidos tempranamente en el entorno familiar-social tienen un rol activo en la configuración cerebral y su funcionamiento (por procesos de neurogénesis, modulación de muerte neuronal, mielinización, estabilización sináptica, reorientación axonal-dentrítica y reclutamiento de proyecciones transitorias), y también, que los **ambientes tóxicos como fuentes de estrés (en este caso por pandemia)** se relacionan con anomalías cerebrales estructurales y funcionales (principalmente del hipocampo, lóbulo frontal, amígdala, sistema mesolímbico, receptores de dopamina y sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical) como fuente de déficits cognitivos, afectivos, hiper-respuesta al estrés, pobre control de impulsos, afrontamiento desadaptativo y dificultad

para experimentar placer compensando con tabaquismo, alcoholismo y drogadicción en etapas posteriores de la vida (Young, 1996; Bonnier, 2008; Pechtel & Pizzagalli, 2011; Vargas y Arán 2014; Walker et al., 2011). Las investigaciones en México nos darán las respuestas, no sólo de nuestras problemáticas poblacionales postpandemia, sino también del cómo fue su manejo, desde políticas de salud pública que reconozcan el problema y lo atiendan, ya que como apuntó Heckman (2011) desde una visión moralista (por el imperativo de la justicia social y un movimiento social de causa noble) o desde una visión económica (por el imperativo económico de la productividad), la aplicación de políticas justas y económicamente eficientes son aquellas que reducen la desigualdad social existente (incluso antes del nacimiento) y alivian los efectos de las condiciones adversas para la parentalidad y la crianza infantil que las familias enfrentan (por jornadas laborales muy largas, familias monoparentales y reconstruidas, falta de una red de apoyo familiar, empleos mal pagados, necesidad de ingreso dual, etc.).

En este estudio en la fase de prepueba, los porcentajes de “Rezago” y “Riesgo de retraso” observados en las áreas de Motricidad Gruesa y Lenguaje, dado que pensamiento y lenguaje están íntimamente relacionados (el lenguaje es pensamiento internalizado) pueden relacionarse a lo expuesto por Muñoz-Ledo et al. (2013) que reportaron cómo el retraso motor puede acarrear retraso cognitivo, ya que la organización inicial de la conducta motora es crítica porque sin ella, el niño no podrá adaptarse a las variaciones medio-ambientales y mostrará dificultades en la capacidad de establecer relaciones de intercambio, sustrato de los primeros esquemas cognitivos y, por ende, de toda organización intelectual. Afortunadamente, tanto los lactantes con un resultado global de “Rezago” (20.5%) como de “Riesgo de retraso” (70.5%) fueron integrados a un programa de intervención temprana, aunque por desconocerse cuándo inician las alteraciones cognitivas en los bebés (Bonnier, 2008); coincidimos con lo señalado por múltiples autores: lo mejor siempre será un inicio precoz incluso desde el nacimiento con fines preventivos (Young, 1996; Osorio et al. 2010; Page et al. 2010, Campos-Castelló, 2013) Así, los cuidadores aprenderán que desde los primeros meses de vida de un niño para impulsar su desarrollo es importante: 1) involucrarse y variar la estimulación 2)

aumentar la estimulación total provista, 3) aumentar la respuesta emocional (acariciando y acercándose) y verbal (vocalizando espontáneamente) para reforzar las acciones positivas del niño y no restringir ni castigar innecesariamente al niño, aceptando sus conductas de exploración y proporcionando apoyo y límites necesarios para un mejor desempeño en motricidad gruesa (equilibrio y locomoción) y motricidad fina (agarre e integración visomotora) en niños de 6 a 30 meses (Osorio et al., 2010).

Análisis de las relaciones entre Dinámica Familiar, Interacción Cuidador-Niño y Desarrollo Infantil

Relación entre Dinámica Familiar e Interacción Cuidador-Niño. Las asociaciones no significativas con “Unión-Apoyo” ($r = -.041$, $p = .853$) y “Dificultades” ($r = .286$, $p = .186$) plantean la posibilidad de que ciertos elementos de la dinámica familiar no correlacionaron debido a otras variables intervinientes y/o moderadoras: por ejemplo, la dimensión “**Unión-Apoyo**” puede traducirse en una interacción del niño con diferentes integrantes de la familia para cubrir sus necesidades físicas básicas (alimento, consuelo, protección, higiene, etc.) sin que forzosamente mejore la calidad de las interacciones con algún cuidador en específico; entre más integrantes de la familia, más cuidadores secundarios o alternativos se pueden generar pero la calidad de las interacciones cuidador-niño se diluirá en la amplia red de apoyo. Lo anterior es compatible con lo señalado por Soler et al. (21009), quienes advertían que si un niño cambia constantemente de cuidador no establece vínculos claros, ni el adulto puede reconocer y responder con suficiente claridad y congruencia a las demandas del niño, ni establecer límites en su conducta; una amplia red de apoyo requiere la organización para el cuidador del niño, porque cuando no se establecen rutinas suficientemente organizadas, el niño no puede anticipar las actividades a lo largo del día, dificultándose la regulación de los ciclos de alimentación, evacuación, sueño, actividad, afectándose la sensación de seguridad e incluso su desarrollo cognoscitivo. La desorganización en los cuidados y atención del niño impactan negativamente su comportamiento y definitivamente la improvisación no debe ser la constante en la crianza de un menor.

Por otra parte, respecto a la dimensión de “**Dificultades**”, es posible que, pese a los conflictos percibidos al interior de sus familias, **los cuidadores sean resilientes al interactuar con sus niños** bajo un sentido de “protección a los más pequeños”, algo factible en estas familias que, pese a la condición de marginalidad, en su mayoría no eran violentas y procuraron cuidado a los menores incluso antes de nacer al cuidar de las mujeres embarazadas. Asimismo, la exaltación de la maternidad como un espacio de realización femenina puede coadyuvar a que algunas madres pese a las dificultades de la Dinámica Familiar encuentren en la interacción con sus hijos un espacio donde todo debe estar bien ya que el *“amor de madre es lo más importante y está por encima de todo”*, y la maternidad es proteger pese a lo que este alrededor de los hijos y de ellas ya que *“el amor de una madre lo puede todo”*, frases que algunas madres comentaron durante las evaluaciones y que reflejan en parte su percepción de la maternidad, lo cual concuerda con lo observado en otros estudios de Dinámica Familiar donde, la mayoría de las mujeres valoran la maternidad en forma positiva, les otorgan a sus hijos e hijas una gratificación emocional, al suponer que refuerza la relación matrimonial y son fuente de compañía (Torres et al., 2008). González en 1994 encontró que la maternidad representa una fuente de poder de las mujeres, porque le da sentido a sus vidas, las enaltece frente a la sociedad y les autoriza a ejercer control e influencia sobre los hijos, hijas y otros (Torres et al., 200). Si bien la forma de construir identidad como mujer ha cambiado, en este estudio encontramos que ideas tradicionales sobre la maternidad siguen presentes en sectores poblacionales de economía y niveles educativos bajos, pero ¿Cuánto tiempo puede la Dinámica Familiar disfuncional no afectar las interacciones tempranas entre madre-hijo y limitar su potencial organizador del desarrollo? ya que se ha reportado que la calidad de las interacciones cuidador-niño suele ser más baja en familias pobres (Olhaberry y Santelices, 2013). Además, la no correlación entre la variable global de Interacción Cuidador-Niño con las dimensiones de la Dinámica Familiar plantea la posibilidad de que los cuidadores al momento del estudio no explotaban su convivencia familiar como un espacio de resiliencia, por ejemplo, la dimensión “Expresión” conlleva comunicar verbalmente las emociones, ideas y necesidades, al

menos a algún miembro de la familia, lo cual puede ser un factor que proteja a los cuidadores primarios al ser fuente de alivio: *“sentirse escuchado, es ya contar con alguien, aunque sea para desahogarse”*. El expresar sentimientos, necesidades, tristezas y ser escuchado, es parte de la resiliencia (en especial durante momentos de grandes dificultades como puede ser una pandemia).

De la variable Interacción Cuidador-Niño, solamente la subescala **“Respuesta a la angustia del niño”** se relacionó con la dimensión de **“Dificultades”** de la Dinámica Familiar, lo cual plantea dos situaciones que pueden suceder al mismo tiempo: 1) “a más dificultades familiares, más respuesta a la angustia del niño” (lo que apoyaría el supuesto de cuidadores resilientes al interactuar con los lactantes) y 2) “responder a la angustia del niño se suma a las dificultades familiares”. Además, la **no correlación entre la Interacción Cuidador-Niño con la edad o con nivel educativo de los cuidadores** conlleva a cuestionarse ¿Desde qué características los cuidadores eran resilientes al interactuar con los lactantes si no era su edad, nivel educativo, económico o la Dinámica Familiar ¿Qué hacía resilientes a los cuidadores? Metodológicamente no se consideró la variable de **Resiliencia** y por lo tanto no fue medida o explorada, ya que fue un afortunado hallazgo durante la realización de esta investigación. Asimismo, la no correlación entre Interacción Cuidador-Niño y nivel educativo del cuidador plantea un panorama esperanzador: si no podemos incrementar el nivel educativo de las madres y cuidadores ¿A qué otras características susceptibles de cambio podemos apostar si queremos promover el desarrollo infantil temprano? ¿Es posible que el nivel educativo de los cuidadores no sea tan decisivo como se ha planteado? Bernier et al. (2010) ya indicaban, en un estudio longitudinal sobre la calidad de las interacciones madre-hijo y el desarrollo cognitivo con 80 diadas madre-hijo canadienses, que la **sensibilidad materna**, el **apoyo materno cuando es necesario** y especialmente la **autonomía otorgada al niño** predicen el funcionamiento ejecutivo de los niños a los 18 y 26 meses (específicamente la memoria de trabajo, la inhibición, la flexibilidad cognitiva y la postergación de la gratificación), independientemente de la educación materna. Que el nivel educativo de

los cuidadores no sea tan decisivo, sería muy esperanzador para trabajar con poblaciones de bajos recursos en las cuales esa variable no podría cambiar.

Relación entre la Dinámica familiar y el Desarrollo Infantil, encontrar asociación negativa desde el puntaje global de la Dinámica Familiar con el instrumento ERI ($r_s = -0.41$, $p = .010$; Tau b de Kendall = -2.500 , $p = .012$), específicamente con mayor fuerza con la dimensión de **“Dificultades”** ($r_s = -0.39$, $p = .014$; Tau b de Kendall = $-.385$, $p = .011$) permite sugerir que el cuidado de niños tan pequeños plantea retos que junto con las “Dificultades” de la vida cotidiana, afectan el desarrollo: “a más dificultades, menor desarrollo infantil”. Estos resultados son congruentes con el contexto de pandemia: los aspectos de las relaciones intrafamiliares considerados por los cuidadores como indeseables, negativos, problemáticos o difíciles se agravaron por desempleo, enfermedad, confinamiento, etc. Al momento del estudio, el 64% de las familias ya presentaban disfuncionalidad (aunque esta fue moderada en su mayoría), ya el 70.5% de los niños estaba en “Riesgo de retraso del desarrollo”, cabe señalar que el 38% a expensas de un perímetro cefálico anormal (17 lactantes), lo cual es congruente con la alta marginalidad de sus colonias, sus niveles educativos bajos y posiblemente sus pocos recursos económicos para hacer frente a la adversidad de una pandemia. Si bien las familias del estudio contaron con fortalezas dentro de su funcionamiento familiar, por ejemplo, la resiliencia de los cuidadores al interactuar con sus niños, los programas de intervención temprana tienen un compromiso social: ser espacios donde, además de prevenir el retraso del desarrollo infantil, detectemos a tiempo la disfuncionalidad familiar que puede desembocar en violencia. Además, las asociaciones negativas entre **Desarrollo Infantil** y las dimensiones de **“Unión-Apoyo”** y **“Expresión”** pueden sugerir 2 situaciones: a) “a más desarrollo infantil, menor «Unión-Apoyo» y «Expresión»” (ya que, cuando un niño es percibido como normal, las familias no experimentan la necesidad de apoyarse para su cuidado y hablar de tema) o b) “el desarrollo infantil puede ser bueno, pese a la poca «Unión-Apoyo» y «Expresión» al interior de la familia” (lo cual apoyaría, el supuesto de cuidadores resilientes al interactuar con los lactantes). En resumen, la fuerza de la variable Dinámica familiar sobre el desarrollo parece ser alta; y los resultados de la

evaluación del desarrollo infantil fueron significativamente diferentes, según el tipo de Dinámica Familiar de las diadas ($F= 7.456$, $p= .010$).

Relación Interacción Cuidador-Niño y Desarrollo Infantil. En contraposición a lo reportado por diversos estudios, no se encontró relación entre los resultados globales de estas variables ($X^2= 2.653$, $p=.265$; V de Cramer= $.308$, $p=.265$), y tampoco los resultados en el desarrollo fueron significativamente diferentes según la interacción de las diadas ($F= .388$, $p= .539$, valor Beta= $.121$). Algunas de las posibles explicaciones son:

1. El uso de estrategias de cuidado-entretenimiento, tales como la exposición al celular y a la tv que las familias implementaron durante la pandemia, se pueda “*estar todo el día*” con el lactante, pero con tiempos mínimos de verdadero intercambio y contingencias diádicos, que exijan realmente desarrollar habilidades interactivas en los miembros de la diada.
2. El retraso observado en el desarrollo infantil puede obedecer a otros factores no directamente relacionados con la interacción cuidador-niño (probablemente varios de estos factores, derivados del aislamiento por COVID 19).
3. Posiblemente en algunos lactantes su retraso en el desarrollo se debió a características interactivas de la diada, que al momento de la preprueba ya no eran vigentes o representativas de las diadas, por ejemplo, la responsividad, la sensibilidad materna y la calidad de la estimulación predicen el lenguaje receptivo del niño a los 12 meses de edad, mientras que la calidad de la estimulación materna predice el lenguaje expresivo a los 2 años de edad (Klein y Lhinares, 2006). Aunque las diadas del estudio salieron bajas en sensibilidad y contingencia al momento de la preprueba, es posible que el retraso observado se deba a características de la interacción diádica de meses previos.
4. Al saberse observados/evaluados, tal vez algunos cuidadores ajustaron su estilo interactivo en función de una “deseabilidad social”.

5. Es factible que el contexto de pandemia cambió algunos aspectos de la interacción cuidador-niño, de los cuales el instrumento NCAST no fue sensible.
6. La situación de enseñanza para trabajar con poblaciones en situación de pobreza y nivel educativo básico en un contexto de pandemia, no siempre es la mejor estrategia, ya que *“enseñar a sus hijos a hacer algo nuevo”* parece no ser lo más habitual en esta población e incluso resulta poco familiar para los lactantes (más si en situación de pandemia la interacción con el cuidador o múltiples cuidadores ha sido superficial). La situación de evaluación más utilizada por diversos instrumentos (PCERA, CITMI-R, GRS, CARE-INDEX) e investigaciones es el juego libre, por ser más parecido a la interacción habitual que puede establecer una madre con su hijo, arrojando unidades de análisis en mayor cantidad y calidad (Muñoz-Ledo et al.,2007).
7. Mucho se ha dicho sobre el impacto de la interacción cuidador-niño sobre el desarrollo infantil, enfatizando sobremanera la contingencia al evaluar la interacción diádica de manera general y no profundizando en aquellos aspectos específicos que representan estrategias con potencial educativo (Galván-Bovaira y Del Rio, 2009).

En este estudio, la subescala de **“Fomento al desarrollo cognitivo”** de la variable Interacción Cuidador-Niño se relacionó negativamente al área de **Motricidad Gruesa** ($r_s = -0.39$, $p = 0.37$, $1-\beta = .67$), lo cual puede sugerir que *“a menos fomento del desarrollo cognitivo, más motricidad gruesa”* debido a que los cuidadores privilegian las actividades motoras sobre las intelectuales, por desconocer las posibilidades cognitivas de los lactantes. Bajo una lógica del movimiento los cuidadores externaban *“si el niño se sienta, se para y camina entonces todo está bien”*, ya que desde lo cotidiano y coloquial se concibe a los niños tan pequeños como seres que se mueven y no como seres intelectuales. Es posible que las concepciones o expectativas sobre lo que es normal en el desarrollo infantil temprano difieran según el nivel socioeconómico, ya Soler et al. (2009) explicaban que el nivel **socioeconómico bajo** y la pobreza en la comunidad disminuye el acceso a bienes y servicios, y provoca experiencias reducidas o poco

variadas para el niño, lo cual limita su desarrollo y que, si el ingreso económico apenas es suficiente para subsistir y no existe búsqueda organizada de respuesta social, los referentes y expectativas sobre el desarrollo infantil se desplazan o reducen.

Cabe señalar que, aunque para fines descriptivos las variables se analicen por separado, la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil pueden fungir como factores de riesgo y/o protectores entre sí; en este estudio en la fase de preprueba, **la Dinámica Familiar fue un factor de riesgo para el Desarrollo Infantil** (todas las asociaciones negativas así lo sugieren), **factor que se compensó con la Interacción Cuidador-Niño** (específicamente, por la conducta resiliente de los cuidadores), pero que a su vez también fue un **factor de riesgo para el Desarrollo Infantil** por su falta de “Fomento al desarrollo cognitivo, es decir, la interacción cuidador-niño puede compensar el efecto adverso de una dinámica familiar disfuncional, pero también ser un factor de riesgo para el desarrollo infantil si la sensibilidad del cuidador, la forma de responder a la angustia del niño y el fomento al desarrollo cognitivo son deficientes. Lo anterior concuerda con lo señalado por Morelato (2011), quien señala que los factores de riesgo y protectores pueden ubicarse desde el nivel individual hasta el contextual, presentarse simultáneamente, afectarse mutuamente e incluso compensarse. Como ya Bonnier (2008) comentaba, es muy difícil determinar el efecto de un factor por sí mismo y en aislado como factor de riesgo o protector, pues dependerá del acompañamiento e interacción con otros factores (incluso proponiéndose un efecto acumulado), según la etapa del desarrollo en la que se presentan potenciándose o inhibiéndose sus efectos por los periodos críticos y sensibles propios del desarrollo, pero al menos en los primeros 2 años de vida, en las familias de la muestra las variables de Dinámica Familiar, Interacción Cuidador-Niño y Desarrollo Infantil se comportaron de esa manera.

5.3.2 Discusión de los resultados Posprueba: posibles efectos del programa MODIFA-DIN

De las 47 diadas de la muestra, 10 diadas completaron su exposición al módulo del programa MODIFA-DIN al que fueron asignadas, por lo cual se optó por realizar análisis no paramétricos con la intención de detectar posibles cambios en la Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil susceptibles de ser atribuidos a la exposición al programa y así contrastar las hipótesis de investigación del presente estudio.

Efecto del programa sobre la Dinámica Familiar

Referente a la **Dinámica Familiar**, los puntajes de ERI arrojados por la población son evidencia del **efecto positivo del programa** con la prueba de Friedman ($Q=31.839$, $p<.0001$). Asimismo, los incrementos en los rangos promedios de dimensiones de “Unión y Apoyo” (de 1.95 a 5.60), “Dificultades” (de 5.60 a 2.70) y “Expresión” (de 4.15 a 4.55) así lo demuestran. Por ello, se ha comprobado la **H₃: El programa de intervención temprana MODIFA-DIN, incrementa la funcionalidad de la Dinámica Familiar en familias con lactantes de 4 a 24 meses de edad**, lo cual coincide con lo sugerido por Heckman (2011) sobre que el participar en un programa de intervención temprana pueden cambiar aspectos al interior de la familia y con Gertler et al. (2014) al decir que la participación en grupos de estimulación temprana es capaz de cambiar la mentalidad de las madres y familias participantes, quienes después buscan permanentemente mejores oportunidades para el desarrollo de sus hijos. Los resultados de este estudio aportan evidencia estadística sobre la capacidad de los programas de intervención temprana para incidir en la Dinámica Familiar. Además, que las dimensiones de **“Unión y Apoyo”** y **“Dificultades”** mostrarán los incrementos más grandes, es congruente con una de las premisas de este estudio; a su llegada al programa de intervención temprana, las diadas manejan grados altos de estrés (debido a factores de riesgo bio-psicosociales)

y llegan con pocos recursos (psicológicos, emocionales, intelectuales, sociales, etc.) para el manejo de situaciones potencialmente conflictivas o de crisis (relacionadas al cuidador, condición de salud o desarrollo del lactante, etc.), sin embargo, conforme la exposición al programa aumenta, se reduce el estrés y acrecientan los recursos de la diada para interactuar mejor entre sí, t movilizand o también su dinámica familiar. **¿Qué característica de la dinámica familiar se moviliza primero?** es difícil de determinarlo, posiblemente depende de cada tipo de familia, de su historia y funcionalidad previas.

Para fines operativos, los programas de estimulación temprana trabajan con diadas cuidador-niño, pero los efectos de las intervenciones pueden ser sistémicos; Hernández (2016) ya reflexionaba sobre cómo los alcances de un programa dependen de saber aprovechar todos los espacios y modos en los que interactúa el profesional de la salud con los cuidadores. Por los resultados de la muestra, parece ser que la primera dimensión beneficiada por la participación en un programa de intervención temprana es la cohesión (“Unión y Apoyo”). La familia es un sistema que se transforma a partir de la influencia de los elementos externos que la circundan, los cuales modifican su dinámica interna. Dado que el programa MODIFA-DIN interviene sobre: 1) la calidad de las interacciones madre-hijo y su vínculo afectivo, 2) las competencias de los cuidadores para vigilar y promover el desarrollo integral de los niños, 3) fomenta ciertos estilos de crianza, rutinas y creencias (ideas medulares sobre cómo es y debe de ser el mundo interno de la familia, el mundo social, la crianza y cuidado infantil), invariablemente incidirá en características de la Dinámica Familiar. A partir de lo anterior se sugiere enriquecer dichos programas con actividades orientadas a mejorar la funcionalidad familiar, ya que desde una mirada bio-psico-social es necesario incidir, paliar y/o potenciar los efectos de otros factores del orden de lo familiar, social, psicológico y contextual catalogados como de riesgo o protectores, según sus efectos sobre el desarrollo infantil temprano. El reto es grande, al respecto Shonkof (2010) señala que no se deben buscar para realidades tan complejas, soluciones ni explicaciones sencillas, ni el diseño de programas de intervención que no aborden dicha complejidad.

Efecto del programa sobre la Interacción Cuidador-Niño

Al comparar los puntajes totales obtenidos por las diadas en el instrumento NCAST antes y después del programa, la prueba Wilcoxon para muestras relacionadas arrojó diferencias estadísticamente significativas ($p < .012$), por ello se ha aceptado la H_{i1} : **El programa de intervención temprana MODIFA-DIN, afecta positivamente la Interacción Cuidador-Niño en lactantes de 4 a 24 meses de edad.** Lo anterior concuerda con lo reportado en varios estudios sobre la capacidad de los programas de intervención temprana de mejorar las interacciones diádicas: Ortiz et al. (2006) con el programa “Mamá Canguro” (con madres adolescentes y en situación de pobreza [de 13 a 18 años] y adultas [de 23 a 28 años] con hijos prematuros y de término), el meta-análisis de Gómez et al. (2008) que reporta efectividad con madres primerizas, madres de lactantes irritables y madres en alto riesgo de desarrollar una parentalidad inadecuada (principalmente por pobreza, historias de abuso y falta de apoyo social), y el estudio de Aracena et al. (2013) con madres adolescentes, entre otros.

El hecho, que de las 6 subescalas del instrumento NCAST, solamente la subescala IV. **Fomento al desarrollo cognitivo mostró diferencias estadísticamente significativas** ($p = .013$) antes y después de la exposición al programa permite sugerir que otras habilidades del cuidador como la Sensibilidad, Responder a la Angustia del Niño o Fomentar el Desarrollo Socioemocional requieran de mayor exposición para encontrar este tipo de diferencias. Después de todo, la evaluación posprueba se realizó solo dos meses y medio después, cuando cada diada fue expuesta a un módulo del programa de intervención, es decir, después de 6 sesiones. Aunque el programa MODIFA-DIN fue un factor protector para la Interacción Cuidador-Niño, otras variables moderaron sus efectos; por ejemplo, se sabe que la sensibilidad parental y la capacidad de responder a la angustia del niño demostrando paciencia y amor se ven afectadas por la pobreza, por lo que es necesario realizar investigaciones longitudinales con tiempos de seguimiento-intervención más amplios. Además, cabe señalar que el miedo a contagiarse de COVID-19 fue una situación nueva en el contexto de las intervenciones, que se afrontó ofreciendo

algunas sesiones vía remota a las diadas según sus posibilidades y, aquellas diadas con problemas de conexión (por ejemplo, las de los pueblos originarios del Ajusco), se les ofreció orientación mediante llamadas telefónicas y mensajes de texto. Lo anterior, planteó una situación nueva no reportada por estudios previos de intervención temprana: la implementación de sesiones vía remota sincrónicas y asincrónicas por WhatsApp (videos informativos, videollamada), Zoom, Teams. Aun así, es preciso decir que el incremento en el Fomento al desarrollo cognitivo, es evidencia confirmatoria de que el programa MODIFA-DIN buscó atender los aspectos reportados como parte de los programas más exitosos: 1) retomar las interacciones cuidador-niño (Young, 1996; Baker-Henningham y López, 2013), 2) dirigir sus esfuerzos al desarrollo de las **habilidades cognitivas** del niño (por asociarse a la escolaridad, el salario, menor participación en delitos y en general a la salud y éxito en la vida adulta) y **habilidades socioemocionales** (por asociarse al desarrollo del carácter y la personalidad, la atención, autocontrol, perseverancia, sociabilidad, autoestima y un comportamiento progresista) y, 3) buscar el desarrollo de las habilidades maternas para el cuidado y la crianza (Heckman, 2011).

Cabe señalar que las habilidades de los cuidadores para el fomento del desarrollo cognitivo (dar instrucciones verbales claras, cortas y sencillas con ejemplo manual, avisarle al niño que ha terminado una actividad, etc.) parecen ser habilidades que ellos imitan más rápidamente del profesional de la salud (a modo de un entrenamiento), pero otras habilidades para el desarrollo socioemocional del lactante (manejar su irritabilidad, lo cual implica autorregulación emocional del cuidador para regular emocionalmente al niño, la expresión de afecto, contacto físico amoroso con el niño, elogiar al niño cuando hace algo exitosamente, evitar el manejo brusco o áspero, evitar gritarle, pegarle o decirle cosas desagradables al niño, etc.) parecen ser conductas que implican un entramado psicológico del cuidador mucho más cargado de temas sensibles, creencias, aspectos emocionales, roles de género, historias de vida y de infancia de los cuidadores que requieren de más tiempo para ser movilizados. En este sentido, el programa MODIFA-DIN buscó ampliar la capacidad de autocrítica de los cuidadores y de reflexión sobre su

propio estilo parental y de dónde lo aprendieron, mediante *Feedback* (qué se hace bien, qué se puede mejorar, dar ejemplos concretos de cómo hacerlo, nunca emitir juicios de valor sobre el cuidador) para generar un conflicto cognitivo saludable en los cuidadores que les dé la oportunidad de descubrir y construir nuevos saberes, haceres y sentires, empoderándolos y haciéndolos sentir escuchados y acompañados por un profesional de la salud cálido y humano .

Efecto del programa sobre el Desarrollo Infantil

Debido a que la prueba EDI no evalúa el desarrollo cognitivo en edades tan tempranas, para las comparaciones de todas las áreas del desarrollo infantil pre y pos-exposición al programa, se utilizó el instrumento “Escalas Diagnósticas del Desarrollo” del CIN. Así, con la prueba de Friedman ($Q=29.881$, $p< .0001$), se detectaron incrementos en los rangos promedio de las áreas de **Cognición** 1.2 (de 5.60 a 6.80), **Lenguaje Expresivo** 1 (de 6.55 a 7.55), **Motricidad** 0.85 (de 3.95 a 4.80), **Lenguaje Receptivo** 0.40 (de 6 a 6.40) y **Personal-Social** 0.15 (de 3.60 a 3.75) lo que indica que las áreas de Cognición, Lenguaje Expresivo y Motricidad fueron las más beneficiadas. No obstante, aunque el programa tuvo un impacto positivo para algunos lactantes, también existieron casos donde el programa no evitó que lactantes pasaran de un resultado de normalidad a uno de retraso o que este aumentara en grado, siendo paradójicamente el área de Cognición la que más presentó esta casuística (5 lactantes pasaron a retraso moderado), seguido de Lenguaje Expresivo (4 lactantes pasaron a retraso severo), Motricidad (2 lactantes pasaron retraso moderado), Lenguaje Receptivo (un lactante de normalidad paso a retraso leve) y Personal-Social (un lactante paso a retraso leve). Aun así, se considera que el programa funge como un factor protector del desarrollo evitando que los lactantes lleguen al retraso severo. El aumento de habilidades de los cuidadores para favorecer el desarrollo cognitivo junto con los resultados de mejoría en el desarrollo cognitivo de los lactantes, es congruente con lo ampliamente reportado por la literatura: retomar como eje de intervención las interacciones cuidador-niño ha demostrado su efectividad para mejorar el desarrollo infantil (Young, 1996; Baker-Henningham y López, 2013) logrando

atenuar el impacto de factores de riesgo maternos de tipo psicosocial como pobreza, maternidad adolescente o añosa (De Falco et al., 2014; Gertler et al., 2014; Rivera et al., 2014).

Además, la pérdida de participantes conlleva a cuestionarse **¿Quiénes permanecieron hasta el final del programa?** y **¿Las características de esas diadas pueden ser variables que protegen la asistencia a un programa de estimulación temprana?** Por lo observado en esta investigación, la continuidad en un programa de intervención temprana parece ser más probable en diadas cuidador-niño que: **1) tienen lactantes** entre los 8 a 18 meses de edad y con máximo dos hermanos, **2) el cuidador principal es la madre**, con una edad entre los 20 a 35 años, con educación a nivel superior, dedicadas al hogar, que puedan dedicar mínimo 30 minutos y hasta más de 2 horas a jugar con sus hijos, que no vivan en muy alta marginalidad y **3) provienen de familias donde la Dinámica Familiar a lo sumo presenta una disfuncionalidad moderada**, pero, **¿Qué se puede hacer si las diadas no cumplen estas características?** La asistencia a un programa de intervención temprana puede ser muy variable por diversos factores (económicos, de tiempo de trayecto, no tener con quien dejar los otros hijos, no tener quien acompañe al cuidador, la percepción parental de que el niño no lo requiere, etc.) que impactan el grado de exposición al programa, lo cual plantea la necesidad de **mejorar los mecanismos de seguimiento a los usuarios** (llamadas telefónicas, mensajes de texto) incorporando las nuevas tecnologías de la comunicación (grupos de WhatsApp, videollamadas, sesiones por Zoom, Facebook, Instagram, etc.) generando así diversas **estrategias de retención de la población usuaria**. Asimismo, en esta investigación se encontró que percepciones del cuidador como *“el programa es útil para mi hijo”* *“se preocupan por mi y mi hijo”* y *“obtengo el consejo de un profesional”* son motivos que motivan la asistencia al programa

Por los resultados posprueba, se reflexiona **¿En quiénes fue más efectivo el programa y por qué?** y **¿Qué otras variables moderaron el efecto del programa MODIFA-DIN?** Además de las variables de salida (Dinámica Familiar, Interacción Cuidador-Niño, Desarrollo Infantil), tal vez variables del **cuidador** (edad, nivel educativo, ocupación, nivel

de estrés, estilo parental, historia de vida, asistencia, adherencia terapéutica, resiliencia, satisfacción parental, satisfacción con el programa de intervención, etc.) del **entorno familiar** (tipo de familia, ingreso económico, etc.) o del **lactante** (sexo, orden al nacimiento, edad, número de hermanos etc.) moderaron el efecto. Asimismo, **variables del programa** pueden haber intervenido (coordinador de grupo, cambio de coordinador de grupo, calidad de la atención brindada en el programa, seguimiento, modalidad de la sesión (presencial, a distancia, sincrónica, asincrónica, etc.). Sin embargo, se requiere continuar la investigación sobre estos y otros aspectos, mediante estudios longitudinales e incluso abrirse a la aplicación de otras metodologías de investigación (etnográfico, análisis cultural, estudio de caso o casos, biográfico, grupos focales de usuarios y coordinadores de programas de intervención temprana) y explorar otras técnicas de recogida y análisis de información (análisis de la trayectoria de participación de los usuarios dentro de un programa, historias de vida, entrevista a profundidad, observación participante, observación encubierta, análisis de documentos, análisis de material audiovisual, etc.), en aras de dar voz a los usuarios de los programas de intervención e identificar en sus propias palabras ¿Qué es lo que más valoran de un programa de intervención temprana ¿Qué es lo que perciben cómo menos útil? Etc. Hay que seguir trabajando con las poblaciones vulnerables (por situación de pobreza, parentalidad adolescente, alto riesgo biológico, parentalidad en soltería, parentalidad en situación de viudez [la cuál después de la pandemia debió aumentar en nuestro país], etc.) y ampliar la atención a grupos olvidados de la población (madres y lactantes en situación de cárcel, madres sexoservidoras, madres indígenas, madres migrantes, madres y lactantes en refugios por violencia intrafamiliar, etc.) y proponer ajustes para que los programas de intervención temprana puedan llegar incluso a los niños huérfanos (mediante su aplicación en orfanatos), porque la deuda ética, moral y económica que los académicos, profesionales, investigadores y gobiernos tienen con la sociedad es muy grande: existen muchas “infancias” y “parentalidades” que deben ser visibilizadas y apoyadas.

Finalmente, los hallazgos de esta investigación se suman a la evidencia de la efectividad de la intervención temprana: mejora la interacción cuidador-niño,

promueve el desarrollo infantil, evita o disminuye alteraciones del desarrollo en poblaciones de alto riesgo biológico y psicosocial (Young, 1996; Osorio et al. 2010; Page et al. 2010, Campos, 2013), es una intervención menos costosa (Sánchez, et al., 2009) y contribuye a disminuir la desigualdad social a lo largo de la vida especialmente en países subdesarrollados en los que se invierte menos en salud, educación y apoyo parental para la crianza (Bonnier, 2008; Heckman, 2011; Gertler et al., 2014) comprobando que es capaz de mejorar la Dinámica Familiar de los usuarios. Pero también coincidimos con Weber y Udaeta (2004) al decir que las controversias relacionadas con la Atención Temprana han sido parcialmente resueltas; la psicología como una disciplina de las ciencias de la salud se construye interactuando con las poblaciones y reconociendo sus contextos y necesidades actuales, el avance del conocimiento se logra abriéndose a nuevas preguntas y si bien, las investigaciones clásicas son nuestros referentes en temas de intervención temprana, desarrollo y crianza infantil (60s,70s,80s). Necesitamos producir una psicología del nuevo milenio nacida de las actuales dinámicas poblacionales; el servicio a la sociedad nos marcará “los caminos” a seguir.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

El presente estudio permitió confirmar los efectos positivos de un programa de intervención temprana (MODIFA-DIN) sobre la Interacción Cuidador-Niño, el Desarrollo Infantil y la Dinámica Familiar en los primeros 2 años de vida. A continuación, se puntualizan los alcances y limitaciones de la presente investigación, así como las recomendaciones para estudios futuros.

6.1 Aportaciones del estudio

Estudios previos insinuaron que la participación en un programa de intervención temprana podía cambiar aspectos al interior de la familia, al cambiar la mentalidad de las madres y familias participantes (Heckman, 2011 y Gertler et al. 2014) sin embargo, la variable de **Dinámica Familiar** continuó siendo obviada y esquivada reduciéndola al número de integrantes o “tipo de familia”, pese a que estructura no es igual a funcionamiento. Los resultados de este estudio aportan evidencia estadística sobre la capacidad de los programas de intervención temprana para incidir en la Dinámica Familiar, aunque no estén diseñados con esa finalidad. Operativamente los programas trabajan con diadas cuidador-niño, pero sus efectos son sistémicos; todo dependen de saber aprovechar los espacios y modos en los que el profesional interactúa con los cuidadores así, **la primera dimensión de la Dinámica Familiar beneficiada es la Cohesión** (“Unión y Apoyo”). El programa MODIFA-DIN intervino sobre: 1) la calidad de las interacciones madre-hijo y su vínculo afectivo, 2) las competencias de los cuidadores para vigilar y promover el desarrollo infantil integral, 3) ciertos estilos de crianza, rutinas y creencias (ideas medulares sobre cómo es y debe de ser el mundo interno de la familia, el mundo social, la crianza y cuidado infantil), características por las cuales el programa incidió sobre la Dinámica Familiar.

La Dinámica Familiar, la Interacción Cuidador-Niño y el Desarrollo Infantil, son variables que en los primeros 2 años de vida pueden fungir como factores de riesgo y/o protectores entre sí; en este estudio en la fase de preprueba, la **Dinámica Familiar fue un factor de riesgo para el Desarrollo Infantil** (todas las asociaciones negativas así lo señalaron), **factor que se compensó con la Interacción Cuidador-Niño** (específicamente, por la conducta resiliente de los cuidadores), pero que a su vez también fue un **factor de riesgo para el Desarrollo Infantil** por su falta de “Fomento al desarrollo cognitivo y si la sensibilidad del cuidador, la forma de responder a la angustia del niño son deficientes.

Finalmente, por lo observado en esta investigación, **la continuidad en un programa de intervención temprana parece ser más probable en diadas cuidador-niño que: 1)** tienen lactantes entre los 8 a 18 meses de edad y con máximo dos hermanos, **2)** el cuidador principal es la madre, con una edad entre los 20 a 35 años, con educación a nivel superior, dedicadas al hogar, que puedan dedicar mínimo 30 minutos y hasta más de 2 horas a jugar con sus hijos, que no vivan en muy alta marginalidad y **3)** provienen de familias donde la Disfunción Familiar a lo sumo, es moderada.

6.2 Limitaciones del estudio

El centro donde se realizó la presente investigación se encontraba a 2 o más horas de trayecto para las diadas participantes, cuestión que impacto su asistencia y permanencia dentro del programa MODIFA-DIN. La implementación de sesiones virtuales (por video llamadas de Whats App y Zoom) y estrategias de seguimiento (llamadas telefónicas, vídeos, mensajes de texto) funcionaron parcialmente para retener usuarios y fomentar la adherencia al programa, no obstante el tamaño de la muestra inicialmente calculado no pudo satisfacerse en todos los instrumentos, razón por la cual se presenta en los análisis la estimación de la potencia posthoc, para el caso de los valores que muestran coeficientes de correlación inferiores a 0.25 no significativos y potencias inferiores a 0.8 se establece, que la relación aunque pueda establecerse con tamaños de muestra más grandes el efecto sería muy poco relevante. Solo en aquellos casos en que el valor estadístico de la correlación tiene un error alfa menor a 0.05 pero el error beta es superior

al 20%; ($1-\beta=.80$), es necesario explorar si la relación logra parecidos coeficientes de correlación y determinación alcanzando tamaños del error aceptables. Asimismo, el establecimiento de relaciones multivariantes requiere un mayor tamaño y es una tarea susceptible de implementar diseñando modelos de análisis mixtos.

Así, dentro de las limitaciones del presente trabajo se encuentra un insuficiente tamaño y selección de la muestra que permitiese hacer generalizaciones controlando sesgos y ajustando covariables, por lo que se asume como una muestra no probabilística para conferir validez externa de los resultados. Sin embargo se procuró dar los parámetros de significancia y potencia para interpretar adecuadamente los resultados y conferir validez interna de los mismos, en un contexto singular post-confinamiento en el que las variables se expresaron y analizaron en un periodo de crisis que limita las generalizaciones pero puede dar pauta para comprenderlos analizando esas mismas relaciones y comparándolas cuando el efecto del confinamiento se considere mínimo para las variables de Dinámica Familiar, Interacción Cuidador-Niño y Desarrollo Infantil.

6.3 Recomendaciones para investigaciones futuras

Respecto a la Dinámica Familiar, se aconseja incluir la Dinámica Familiar como otra variable de intervención, para potenciar el efecto de los programas de intervención temprana de manera intencional y seguir indagando cómo la Dinámica familiar puede proteger el Desarrollo Infantil en los primeros años de vida.

Además de la Dinámica Familiar, continuar retomando otros indicadores culturales (satisfacción parental, roles de género, resiliencia, estrés, etc.) y no solo socioeconómicos (ingreso familiar, nivel educativo del cuidador) para el análisis de variables intervinientes y moderadoras de los efectos de un programa de intervención temprana.

Respecto a las poblaciones de estudio, se recomienda continuar la promoción del desarrollo infantil temprano con poblaciones vulnerables (en situación de pobreza, parentalidad adolescente, alto riesgo biológico, parentalidad en soltería, parentalidad en situación de viudez, etc.) y extender la atención a grupos olvidados de la población (madres y lactantes en situación de cárcel, madres sexoservidoras, madres indígenas, madres migrantes, madres y lactantes en refugios por violencia intrafamiliar, en situación de orfandad, etc.).

Referente a los efectos de los programas de intervención temprana, se aconseja explorar los efectos de los programas de intervención temprana desde otras metodologías de investigación (etnográfico, análisis cultural, estudio de caso o casos, biográfico, grupos focales de usuarios y coordinadores de programas de intervención temprana) y otras técnicas de recogida y análisis de información (análisis de la trayectoria de participación de los usuarios dentro de un programa, historias de vida, entrevista a profundidad, observación participante, observación encubierta, análisis de documentos, análisis de material audio-visual, etc.) para dar voz a los usuarios de los programas de intervención.

Finalmente, se sugiere explorar las actividades de cuidado y entretenimiento que al interior de las familias suelen realizar con los lactantes, para proponer nuevas actividades de estimulación que resulten más naturales a los cuidadores y, además de la interacción Cuidador-Niño desde la concepción de interacción diádica con un cuidador principal, explorar las “redes de cuidado” que las familias construyen a modo de “crianza colectiva”. Encuestar a más miembros del sistema familiar y no solo al cuidador principal permitirá en estudios futuros realizar análisis comparativos de la percepción de la funcionalidad familiar y de las variables que pueden intervenir.

Referencias

- Agudelo, M. (2005). Descripción de la dinámica interna de las familias Monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*; 3(1),0. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77330106>
- Ainsworth, M. & Bell, S. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. In: Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. y Wall, S., *Patterns of attachment a psychological study of the strange situation*. Routledge. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zUMBCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Patterns+of+attachment+a+psychological+study+of+the+strange+situation&ots=jdkQvfGVCK&sig=FarllCB4QzesBBmqoXjbKvT4RFs#v=onepage&q=Patterns%20of%20attachment%20a%20psychological%20study%20of%20the%20strange%20situation&f=false>
- Ainsworth, M. y Bell, S. (1982). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Ed.), *Las teorías, los métodos y el desarrollo temprano* (pp. 372-386). Alianza Universidad, Textos.
- Ainsworth, M., Bell, S. y Stayton, D. (1984). El vínculo entre la madre y el bebé: La "socialización" como producto de la responsividad recíproca a las señales. En M. Richards (Ed.), *La integración del niño en el mundo social* (pp. 61-101). Amorrortu.
- Almanza, A. (2007). Escala de atmósfera emocional, en aproximaciones al maltrato infantil desde la terapia familiar sistémica y posmoderna. Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestro en Psicología, Universidad Autónoma de México.
- Alvarado, G. (2009). Estrategias para identificar factores de riesgo perinatales y detectar al recién nacido y al lactante de alto riesgo biológico. En: Sánchez, P., Rivera G. y Figueroa, O. (2009). *Promoción del desarrollo infantil temprano: Orientaciones y estrategias*. Editores de textos mexicanos.
- Aracena, M., Krause, M., Pérez, C., Bedregal, P., Undurraga, C. y Alamo, N. (2013). Efectos de mediano plazo de un programa de intervención para madres adolescentes. *Atención Primaria*, 45 (3) ,157-164. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712004258>
- Arango, M., Infante, E. y López, M. (2000). *Estimulación Adecuada Primer año*. Ediciones Gamma. Tomo 1.

- Armus, M., Duhalde, C., Oliver, M. y Woscoboinik, N. (2012). Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fundación Kaleidos. <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/4690>
- Ato, L., Galian, C. y Huéscar, H. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: Una revisión. *Anales de Psicología*, 23 (1), 33-40. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/23231>
- Baker-Henningham, H. y López, B. (2013). Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: lo que funciona, por qué y para quién. Banco Interamericano de Desarrollo, 1-62. <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/3183/Intervenciones%20de%20estimulaci%C3%B3n%20infantil%20temprana%20en%20los%20pa%C3%ADses%20en%20v%C3%ADas%20de%20desarrollo.pdf?sequence=1>
- Barnard, K. (1989). Respuesta a la "Autoeficacia en el cuidado infantil". *Investigación académica para la práctica de enfermería*, 3 (3), 213-215.
- Bernier, A., Carlson, S., Deschênes, M. & Matte-Gagné, C. (2012). Social factors in the development of early executive functioning: a closer look at the caregiving environment. *Developmental science*, 15, 12-24. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-7687.2011.01093.x>
- Bernier, A., Carlson, S. & Whipple, N. (2010). From external regulation to selfregulation: Early parenting precursors of young children's executive functioning. *Child Development*, 81, 326-339. <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.2009.01397.x>
- Betancourt, M., Rodríguez, G. y Gempeler, R. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Medica*, 48 (3), 261-276. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668007.pdf>
- Black, M., Baqui, A., Zaman, K., McNary, S., Le, K. & Arifeen, S. (2007). Depressive symptoms among rural Bangladeshi mothers: Implications for infant development. *J Child Psychol Psychiatry*, 48, 764-772. <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1469-7610.2007.01752.x>
- Bowlby, J. (1982). El vínculo del niño hacia su madre: la conducta de apego. *Teorías Alternativas*. En: J. Delval (Ed.), *Las teorías, los métodos y el desarrollo temprano* (pp. 366-371). Alianza Universidad, Textos.
- Bowlby, J. (1958). Attachment. En: Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*, v. 2. Biblioteca de psicología profunda 49. Paidós.

- Bonnier, C. (2008). Evaluation of early stimulation programs for enhancing brain development. *Foundation Acta Paediatrica/Acta Paediatrica*, 97, 853-858. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1651-2227.2008.00834.x>
- Bronckart, J. y Schneuwly, B. (2008). Vygotsky, el devenir de una obra. Editorial popular. <http://archive-ouverte.unige.ch/unige:86422>
- Campo, G., Alonso, U., Amador, M., Díaz, A., Duran, V. y Balleste, L. (2011). Maltrato infantil en hijos de madres adolescentes en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa (2005-2006). *Rev Cubana Med Gen Integr*, 27 (4), 477-485 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252011000400006
- Campos-Castelló, J. (2013). Retraso madurativo neurológico. *Revista de Neurología*, 57 (1), 211-219. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39025899/Retraso_madurativo.pdf?1444137490=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DRetraso_madurativo.pdf&Expires=1596946995&Signature=SND-OSVTpqjxfiTRc8sYNh2SMI4eS2dGVQiKBkt9c5~Efjzbz6LkcWY0~ZyNbrUQFH2D8fXzGOOMxmM6cDJQCfUHvyp8FyXDQA2-3DmwPBO6WtTeXUnSwer1oWREUTQ7PsuTmwS5a-1Y4vfZj9c7hS8UA6HMmUeh2yEfnvRfX1nCFOKzoxLpxuOrRwfwmb1FIG3yh3tvxb6jP09tFh3T6nJ0y2sfSudlacNyd-f2ln-RgejBEO29M0NptQx9fhIMZZBut6OdYkF~Wn7243~32gHyy9w94GgFWm10vUWLBVmgJMFCeUBmJgrlqUvlo-EzSaZAXSEGDN5-sKRhgtT6gQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Carrera, B. y Mazzarella, C. (2001). Vygotsky: Enfoque sociocultural. *Educere*, vol.5, núm. 13, 41-44. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35601309.pdf>
- Cerezo, M., Pons-Salvador, G. y Trenado, R. (2011). La calidad del apego infantil y sensibilidad materna desde la perspectiva microsocia. *Acción Psicológica*, 8 (2), 9-25. <https://www.redalyc.org/pdf/3440/344030766002.pdf>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (coneval). (2018). Ficha de Monitoreo 2017-2018. Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, Secretaría de Desarrollo Social, México. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/Documents/EVALUACIONES/FMYE_2017_2018/FMYE_20_S174.pdf
- Connell, R. (2003). Masculinidades. Universidad Nacional Autónoma de México. Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género.

- Córdova, A., Andrade, P. y Rodríguez-Kuri, S. (2006). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7 (2), 101-122
- De Barros, K., Fragoso, A., De Oliveira, A., Cabral-Filho, J. & De Castro, R. (2003). Do environmental influences alter motor abilities acquisition? A comparison among children from day-care centers and private schools. *Arq Neuropsiquiatr*, 61, 170-175. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000200002&script=sci_arttext
- De Falco, S., Emer, A., Martini, L., Rigo, P., Pruner, S. & Venuti, P. (2014). Predictors of mother-child interaction quality and child attachment security in at-risk families. *Frontiers in psychology*, 5, 898. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.00898/full>
- Delgadillo, R. (2008). Validación del cuestionario de apoyo familiar, en Construyendo alternativas de vida desde los modelos de terapia familiar. Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de Maestro en Psicología, Universidad Autónoma de México.
- Delval, J. (2012). Descubrir el pensamiento de los niños: Introducción a la práctica del método clínico (256-277). Siglo XXI.
- Delval, J. (1999). El desarrollo humano. Siglo XXI. 4ª ed.
- Demarchi, G., Aguirre, M., Solano, N. y Viveros, E. (2015). Sobre la dinámica familiar. Revisión documental. *Cultura Educación y Sociedad* 6(2), 117-138. <https://repositorio.cuc.edu.co/bitstream/handle/11323/3107/SobRe%20la%20din%C3%A1mica%20familiaR.%20ReviSi%C3%B3n%20documental.pdf?sequence=1>
- Dolz, I. y Alcantud, F. (2002). Atención temprana e intervención en niños con trastornos generalizados del desarrollo. II Jornadas de Atención a la Discapacidad. Un espacio para las personas con autismo. Universidad Central de Venezuela. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39276450/articulo_at_e_intervencion_en_nios_con_trastornos_generalizados_del_desarrollo.pdf?1445187995=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DArticulo_at_e_intervencion_en_nios_con_t.pdf&Expires=1596947167&Signature=bebbiXuajSISrxaAdYzdOVcWKAfQ6-Btc59f3AY0d1Fz-W4W7LixY3wp55g5f48KntMbNJZ6Z0qlr7oM7qX8z7JbpvA-25glyjs~WMIXblcqkRCQqHk6kfsQCgiK0xwQdhU~SvEkGi84Oa8ZJFL~IMW7OQJaDu3njsOvKyDfyGHpeLkXRcfd0O6hfgVKuaPK4YjvSO84uB~jc7PVcrjizhPTZMtCXrdMy3Z5c7KnOqdl9K9Vc7E6flaDBWa~DX1aXKdl7Ye2pyULrHj2~c~-

CaRTJXwx4q6CnsWFdfgAymhHAuVKRVYMUJ8t3qETebyk9foqEtW2Tdwr7UjA
~-Klw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

- Domínguez-Dieppa, F. (2000). Estudio del neurodesarrollo del neonato de riesgo. *Revista de la Universidad Médica de la Habana* 2.
- Dunst, J. (2002). Family-centered practices: Birth through high school. *The Journal of Special Education*; 36(3):141-149.
https://www.researchgate.net/publication/249833984_Family-Centered_Practices_Birth_Through_High_School/link/6061d77492851cd8ce75fef8/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uliwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19
- Eisenberg, N., Hofer, C. & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In: J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press.
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Jh81IZKqFH8C&oi=fnd&pg=PA287&dq=Effortful+control+and+its+socioemotional+consequences.+&ots=6hgPlgOkdx&sig=4GIVcmd-g2AjaBh2ynqPjT5kK-l#v=onepage&q=Effortful%20control%20and%20its%20socioemotional%20consequences.&f=false>
- Elizalde Hevia, A., Martí Vilar, M., & Martínez Salvá, FA (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. *POLIS, Revista Latinoamericana* , 5 (15).
- Esquivel, A., García, C., Montero, L. y Valencia, C. (2013). Regulación Emocional materna y esfuerzo de control emocional en niños pequeños. *International Journal of Psychological Research*, 6 (1), 30-40.
<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299028095005.pdf>
- Feldman, R. (2014), Maternal-premature skin-to-skin contact improves the physiological organization and cognitive control of the child during the first 10 years of life. *Biological psychiatry*. <https://ruthfeldmanlab.com/wp-content/uploads/2019/06/kangaroo-care-and-ten-year-outcome.BPS2014.pdf>
- Fiel, T., Diego, M., Hernández-Reif, M. & Ascencio, A. (2009). Prenatal Dysthymia versus major depression effects on early mother-infant interactions: a brief report. *Infant Behavior Development*, 32 (1), 129-191.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163638308000799>
- Figueiras, C., Neves de Souza, C., Ríos, G. y Benguigui, Y. (2006). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Organización Panamericana de la Salud.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/796/92755326827.pdf?sequence=1>

- Flavell, J. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry, *American psychologist*. 34 (10), 906–911. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>
- Flavell, J. (1968). En: Flavell, J. (1996). El desarrollo cognitivo. Visor Dis. Volumen LXXXVII de la colección Aprendizaje.
- Freud, S. (2000a). Fragmento de análisis de un caso de histeria (caso Dora), Tres ensayos de una teoría sexual, y otras obras. En Obras completas de Sigmund Freud, volumen VII. 2ª ed. Amorrortu.
- Freud, S. (2000b). Más allá del principio del placer, Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras. En Obras completas de Sigmund Freud, volumen XVIII. 2ª ed. Amorrortu.
- Freud, S. (2000c). El yo y el ello, y otras obras. En Obras completas de Sigmund Freud, volumen XIX. 2ª ed. Amorrortu.
- Galván-Bovaira M. y Del Rio, M. (2009). La evaluación de la interacción comunicativa y lingüística en relación a la adquisición del lenguaje infantil. Revisión de estudios observacionales y escalas de medición. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29 (24), 225-236. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0214460309700300>
- Gallego, A. (2012). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 35, 326-345. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224362017>
- Gamboa, A. A. (2008). Evaluación de las relaciones intrafamiliares en mujeres con cáncer de mama: resultados de un estudio comparativo. Tesis de licenciatura en psicología, Facultad de psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, México.
- García, C. (2015). Guía de actividades del programa de cuidado integral para niños de 0-2 años de edad. Tesis de Maestría. UAM-Xochimilco.
- García, N., Tacoronte, M., Sarduy, I., Abdo, A., Galvizú, R., Torres, A. y Leal. E. (2000). Influencia de la estimulación temprana en la parálisis cerebral. *Revista de Neurología*, 31 (8), 716-719. <https://cmappublic3.ihmc.us/rid=1NJV4YNRW-KD1DB9-1BJ0/j080716.pdf>

- Gertler, P., Heckman, J., Pinto, R., Zanolini, A., Vermeersch, C., Walker, S., Chang, S. & Grantham-McGregor, S. (2014). Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science*: 344 (6187), 998-1001. <https://science.sciencemag.org/content/344/6187/998.abstract>
- Gesell, A. (1928). *Infancy and human growth*. MacMillan.
- Gifre, M. y Esteban, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos Educativos*; 15, 79-92. <https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/contextos/article/view/656/619>
- Gobierno de la República. (2018). Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/>
- Gómez, R. (2011). Impacto de las cartillas de promoción del Desarrollo Integral del niño en la interacción Madre-hijo. Tesis de Maestría en Rehabilitación Neurológica. UAM-Xochimilco.
- Gómez, M., Muñoz, M. y Santelices, M. (2008). Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia psicológica*, 26 (2), 241-251. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78511540010.pdf>
- Guzmán, E. (2017). Compilación de fichas de las sesiones grupales del programa de cuidado integral del niño. Tesis de Licenciatura en Enfermería. UAM-Xochimilco.
- Heckman, J. (2011). The Economics of Inequality: The Value of Early Childhood Education. *American Educator*, 31-47. <https://eric.ed.gov/?id=EJ920516>
- Hernández, C. (2013). Concordancia entre dos escalas de evaluación de la interacción madre-hijo. Tesis de Maestría en Rehabilitación Neurológica. UAM-X.
- Hernández, G. (2016). Guía de actividades para grupos de promoción y Estimulación del desarrollo en el SIVIPRODIN. Tesis de Maestría en Rehabilitación Neurológica. UAM-X.
- Hernández, C., Muñoz-Ledo, R., Figueroa, O., Rivera, G., Méndez, R. y Sánchez, P. (2013). Concordancia entre dos instrumentos de evaluación de las interacciones tempranas madre-niño. *Revista de Ciencias Clínicas*, 14 (2), 45-50.
- Hernández-Muela, S., Mulas, F. y Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista de Neurología*, 38 (1), 58-68. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/54395934/Plasticidad_neuronal_funcional.pdf?1505096746=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPlasticidad_neuronal_funcional.pdf&Expire

s=1596947858&Signature=dc5PBhpeR6qDqSF3gPQBad20vOMzx98fAXYq6z~zRr1trLTBLn8Sj-g8aYejlH4sqf8ZL~06nYc-dPXEdTI9zn5~NA4-avhKzYQwtiHrwhESkPAkBjCv-4ImHDC9f2JDMVbH53eEeZVdHcm~7yiZnTh5Sz5UZKfGO8M60uWxWTRdfSUoa4IW8jhrRYfT0wQvhg~NUetaEJnDkb27THrT17tl06b0cUOhTo28v2gfNodzQaXKuqEl-84gtDGd3hJkTjrP0GFZBGywPUK8BAOoF-w3-P3wrzoiaEnmhqafdOjMMqgvBOcY1swJyVhZJcmkBMHVEmE75HgRJ7Y2KZauw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

- Hernández, V. (2011). Interacción madre-hijo y el desarrollo del niño con hipotiroidismo congénito durante su primer año de vida. Tesis de Maestría en Rehabilitación Neurológica. UAM-X.
- Horowitz, J., Logsdon, M. & Anderson, J. (2005). Measurement of Maternal-Infant Interaction. *Journal American Psychiatr Nurses Association*, 11 (3),164-172. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1078390305278788>
- Isaza, V. y Henao, L. (2012). Influencia del clima sociofamiliar y estilos de interacción parental sobre el desarrollo de habilidades sociales en niños y niñas. *Persona*, 15, 253-271. <https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/138>
- Kemppinen, K., Kumpulainen, K., Raita-Hasu, J., Moilanen, I. y Ebeling, H. (2006). The continuity of maternal sensitivity from infancy to toddler age. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 199-212. <https://psycnet.apa.org/record/2006-12597-003>
- Klein, C. & Linhares, M. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança: Revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11 (2), 277-284. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-73722006000200006&script=sci_arttext
- Lafuente, J. (2000). Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo (de los 70 a los 90). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53 (1), 165-190. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Patrones+de+apego+o%2C+pautas+de+interacci%C3%B3n+familiar+y+funcionamiento+cognitivo+%28de+los+70+a+los+90%29&btnG=
- Lago, V., Dos Santos, C., Bosa, C. y Bandeira, D. (2010). Instrumentos que avaliam a relação entre pais e filhos. *Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20 (2), 330-341. <http://www.periodicos.usp.br/jhgd/article/view/19970>
- Lanestosa, U. (2021). Cuidado infantil: ¿una responsabilidad femenina?. *TRAMAS. Subjetividad y Procesos Sociales*, 32(56), 17-55. Recuperado a partir de <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/944>

- López, F. (1993). Psicoanálisis y Psicología del desarrollo. En: A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios (Eds.). *Psicología evolutiva*. Cap.1. Las teorías, los métodos y el desarrollo temprano (51-82). Alianza Universidad.
- Louro, I. (2004). Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300005&lng=es&tlng=es.
- Mahler, M. (1984). *Psicosis infantiles y otros trabajos*. Paidós.
- Mandujano, V., Arch, T., Verduzco, A., Reyes, G., Pereira, F. y Sánchez, P. (2013). Lo normal y lo anormal en el llanto del neonato y de infante. *Revista de ciencia clínicas*, 14 (1), 12-20.
- Mäntimaa, M., Puura, K., Luoma, I., Salmelin, R., Davis, H., Tsiantis, R., Ispanovik-Radojkovic, V., Paradisiotou, A. & Tamminent, T. (2006). Infant- Mother Interaction as a predictor of child's chronic health problems. *Blackwell Publishing Ltd, Child: Care, Health y Development*, 29 (3), 181-191. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2214.2003.00330.x>
- Martínez, G. (2010). Eficacia de una breve intervención temprana basada en la evaluación del desarrollo del neonato prematuro: efecto sobre el estrés, la depresión y las percepciones maternas. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. <https://ddd.uab.cat/record/99179>
- Maslow, A. (1975), *Motivación y Personalidad*, Sagitario, Barcelona.
- Melgarejo, C., Molina, C. y López, F. (2005). Interacción madre-hijo: una comparación de niños con y sin problemas de lenguaje. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (1), 21-38. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29210102.pdf>
- Mid-State Early Childhood Center. (2009). *Comprendiendo el desarrollo socio-emocional de los niños de edad temprana*. New York: Syracuse University.
- Minuchin, S. (1982). *Familia y Terapia familiar*. Gedisa. <https://es.scribd.com/doc/64215656/Familia-y-Terapia-Familiar-Minuchin>
- Morelato, G., (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico*, 9 (17), 83-96. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80122596007>
- Muñoz-Ledo, R., Cravioto, M., Méndez, R., Sánchez, P. y Mandujano, V. (2007a). Interacciones madre-hijo y desarrollo infantil: aportes teóricos y metodológicos en

estudios en niños con antecedentes de daño neurológico perinatal. Serie Académicos CBS, número 76. UAM-X.

- Muñoz-Ledo, R., Cravioto, M., Sánchez, P., Mandujano, V. y Méndez, R. (2007b). La función organizadora de los intercambios diádicos en el desarrollo infantil temprano del niño con daño neurológico. *Estudios de Antropología Biológica*, 13 (1), 1041-1058. <http://revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/26432>
- Muñoz-Ledo, R., Méndez, R., Sánchez, C., Mandujano, V. y Murata, C. (2013). Interacciones tempranas madre-niño y predicción de desarrollo motor mediante ecuaciones estructurales aplicación del modelo en niños con riesgo de daño neurológico perinatal. *Interdisciplinaria*, 30 (1), 119-138. <https://www.redalyc.org/pdf/180/18027808007.pdf>
- Muñoz-Ledo, R. y Sánchez, P. (2012). Inventario de Competencias de Interacción Social. Registro Observacional Madre-Niño. Manuscrito inédito, México: Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo, Universidad Autónoma Metropolitana/Instituto Nacional de Pediatría.
- Muñoz-Ledo, P., Sánchez, C., Méndez, I. y Mandujano, M. (2003). Sistemas diádicos y secuela al año de edad en niños con daño neurológico perinatal. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 17 (1), 10-19. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=21229>
- Muñoz-Ledo, P., Sánchez, C., Méndez, I. y Mandujano, M. (2002). Interacciones tempranas y desarrollo del niño con daño neurológico. *Revista de Ciencias Clínicas*, 5 (2), 57-67.
- Olhaberry, M. (2011a). Calidad de la interacción Madre-Hijo(a), asistencia a salas cuna y la importancia de la edad de ingreso: estudio comparativo en familias monoparentales chilenas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 161-173. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281922823007.pdf>
- Olhaberry, M. (2011b). Interacciones tempranas madre-infante en familias monoparentales de bajos ingresos: atención de salas cuna en Chile y diferencias culturales en diadas chilenas y alemanas. Artículo basado en la tesis presentada a la Pontificia Universidad Católica de Chile y a la Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg de Alemania, para obtener el doble grado de Doctor en Psicoterapia.
- Olhaberry, M. y Chamarrita, F. (2012). Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos. *Universitas Psychologica*, 11 (4), 1317-1326. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/1047>

- Olhaberry, M. y Santelices, M. (2013). Presencia del padre y calidad de la interacción madre-hijo: un estudio comparativo en familias chilenas nucleares y monoparentales. *Universitas Psychologica*, 12 (3), 833-843. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64730275015.pdf>
- Ortiz, J., Borre, A., Carrillo, S. y Gutiérrez G. (2006). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (1), 71-86. <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v38n1/v38n1a05.pdf>
- Osorio, E., Torres-Sánchez, L., Hernández, M. C., López-Carrillo, L. y Schnaas, L. (2010). Estimulación en el hogar y desarrollo motor en niños mexicanos de 36 meses. *Salud Pública de México*, 52 (1), 14-22. <https://www.scielosp.org/article/spm/2010.v52n1/14-22/es/>
- Page, M., Wilhelm, M., Gamble, W. & Card, N. (2010). A comparison of maternal sensitivity and verbal stimulation as unique predictors of infant social and cognitive development. *Infant Behavior and Development*, 33, 101-110. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016363830900109X>
- Pascual, I. (2008). Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asociación Española de Psiquiatría; Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Neurología pediátrica. 140-150. <http://psiquiatriainfantil.com.br/escalas/aep/20-tdah.pdf>
- Pechtel, P. & Pizzagalli, D. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214, 55-70. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00213-010-2009-2>
- Pedros, R., Tomás, P., Leal, C. y Aguilar, G. (2002). Influencia de la conducta, las actitudes y el estilo de crianza sobre el desarrollo del niño en madres con depresión postparto. *Acta Española de Psiquiatría*, 30 (5), 292-300. <https://medes.com/publication/6539>
- Perea, V., Martínez, F., Pérez, L. y Díaz, H. (2011). Interacción madre-hijo y desarrollo mental infantil: implicaciones para la atención temprana. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, INFAD*, 1 (1), 521-530. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832328053.pdf>
- Pérez-Escamilla, Rafael, Rizzoli-Córdoba, Antonio, Alonso-Cuevas, Aranzazú, & Reyes-Morales, Hortensia. (2017). Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 74(2), 86-97. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.01.007>
- Pérez, J. y Martínez, M. (2001). El estudio del desarrollo humano: conceptos, métodos y teorías. En L. Navarro, M.J. Rodado, J. Rodado, J. Pérez-López, M.T. Martínez-

Fuentes, y M. Beléndez, (Eds.), Psicólogos internos residentes. Volumen 4. Psicofisiología, Psicofarmacología, Psicología evolutiva y psicología social y organizacional Vol. 4. 129-178. Editorial MAD.

- Pérez, G. y Zamora, M. (2001). Instituciones emergentes y socialización infantil: estudio exploratorio en una 'Casa de cuidado diario' en Revista Educar, núm. 18, julio septiembre, 76-90. [https://www.quaderns-digitals.net/datos/hemeroteca/r_24/nr_541/a_7576/7576.pdf].
- Piaget, J. (1961). La formación del símbolo en el niño. 20ª ed. Fondo de Cultura Económica.
- Piaget, J. (1973). Psicología de la Inteligencia (129-175). Psique.
- Piaget J. (1986). La Epistemología Genética (50-56). Debate.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1984). Psicología del niño (31-38,115-129,18-151). 17ª ed. Morata.
- Pintor, B. (2009). Relaciones intrafamiliares y recursos personales en mujeres con conductas alimentarias de riesgo. Tesis de maestría en Terapia Familiar no publicada, Universidad Vasco de Quiroga, Morelia, Michoacán, México.
- Pizaña, J. (2015). Validez de contenido de un instrumento de registro de la interacción madre-niño ICIS-ROMANI. Tesis de Maestría en Rehabilitación Neurológica. UAM-X.
- Pridham, K., Melby, N.J., Brown, R. & Clark, R. (2010). The Contribution of Infant, Maternal, and Family Conditions to Maternal Feeding Competencies. *Parent Sci Pract*, 10 (1), 18-42. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15295190903014596>
- Ramos, J. (1992). Reflexiones sobre el innatismo. *Ideas y Valores*, Agosto No 89. 15-48. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/idval/article/view/21789/22770>
- Raynaudo, G. y Peralta, O. (2017). Cambio conceptual: una mirada desde las teorías de Piaget y Vygotsky. *Liberabit*, 23(1), 110-122. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n1.10>
- Richter, L., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Boo, F., Behrman, J., Lu, C., Lucas, J., Perez-Escamilla, R., Dua, T., Bhutta, Z., Stenberg, K., Gertler, P. y Darmstadt, G. (2017). Paper 3 Working Group and the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*; Jan

7;389(10064):103-118. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31698-1. PMID: 27717610; PMCID: PMC5880532. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5880532/>

Rivera, M. y Andrade, P. (2010). Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.). *Uaricha, Rev Psicología Social y Personalidad*; 7(14):12-29. <http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/444>

Rivera-Heredia, M. y Andrade, P. (2006). Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 8 (2), 23-40.

Rivera-Heredia, M. (2000). Percepción de las relaciones intrafamiliares y su relación con el intento suicida. *La Psicología Social en México*, 8, 555-559.

Rivera-Heredia, M. y Andrade, P. (1999). Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 13 (2), 147-164.

Rivera, R. (2009). Vigilancia del desarrollo en el primer nivel de atención. En: Sánchez, P., Rivera G. y Figueroa, O. (2009). Promoción del desarrollo infantil temprano: Orientaciones y estrategias. Editores de textos mexicanos.

Rivera, G., Figueroa, O., Soto, R., Soto, V. y Sánchez, C. (2014). Interacción madre-hijo durante la alimentación en niños con hipotiroidismo congénito. *Revista de Enfermería Neurológica*, 13 (2), 64-69. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51723>

Rodríguez, G. (2006). Tipo de vínculo madre-hijo y desarrollo intelectual sensoriomotriz en niños de 6 a 15 meses de edad. *Interdisciplinaria*, 23 (2), 175-201. <https://www.redalyc.org/pdf/180/18023203.pdf>

Rodríguez, G. y Oiberman, A. (2012). Adaptación y sistematización de una escala de apego para niños pequeños. *The journal of Latino/ American Studies*. <https://meridian.allenpress.com/jollas/article-abstract/8/2/59/82284>

Rodríguez, R. (2014). Análisis de la evolución en atención temprana a través de un centro de desarrollo infantil y atención temprana en las últimas dos décadas. Universidad de Murcia. Tesis de Doctorado. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/41968/1/Tesis%20Rosa%20PDF.pdf>

Rosenberg, S., Robinson, C. & Beckman, P. (1986). Measures of Parent-Infant Interaction: An Overview. *TECSE*, 6, (2), 32-43. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/027112148600600204>

- Sandoval, I. (2017). Guía de intervención temprana para niños de 0 a 2 años con antecedentes de asfixia perinatal, dirigida al personal de salud de segundo nivel de atención. Tesis de Maestría. UAM-Xochimilco.
- Sánchez, M., Benavides, H., Mandujano, M., Rivera, I., Martínez, R. y Alvarado, G. (2010). Valoración neuroconductual del lactante (VANEDELA). UAM-Xochimilco.
- Sánchez, P., Muñoz-Ledo, R., Mandujano, V., Romero, E., Nájera, N. y Rivera, G. (2003). El desarrollo del niño, seguimiento e intervención. En R. Chávez-Torres (Ed.), Neurodesarrollo neonatal e infantil. Un enfoque multi-inter y transdisciplinario en la prevención del daño. México: Panamericana.
- Sánchez, Z., Pérez, M., Martín, L. y Pérez, M. (2009). Factores de riesgo y signos de alarma para daño neurológico en niños menores de un año de edad. Reporte de 307 casos. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10 (4), 259-263. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44367>
- Sánchez, P., Rivera G. y Figueroa, O. (2009). Promoción del desarrollo infantil temprano: Orientaciones y estrategias. Editores de textos mexicanos.
- Santelices, M. y Pérez, C. (2013). Evolución del vínculo que establece el niño con el personal educativo en salas cuna chilenas. *Universitas Psychological*, 12 (3), 821-832.
- Santelices, M., Farkas, C., Montoya, M., Galleguillos, F., Carvacho, C., Fernández, A., Morales, L., Taboada, C. y Himmel, E. (2015). Factores predictivos de sensibilidad materna en infancia temprana. *Psicoperspectivas*, 14 (1), 66-76. <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/3445>
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2015). Agenda-Post-2015. El papel de México. <http://agendapost2015.sre.gob.mx/es/inicio>
- Secretaría de Salud. (2013). Manual para la Aplicación de la Prueba Evaluación del Desarrollo Infantil. "EDI". 1a ed. 6-8 y 11-13. <https://www.gob.mx/salud/censia/es/articulos/manual-para-la-aplicacion-de-la-prueba-edi?idiom=es>
- Seidler, V. (2000). La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social. Paidós.
- Shin, H., Park, Y., Ryu, H. y Seomun, G. (2008). Maternal sensitivity: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 6 (3), 304-314. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18764848/>

- Shonkoff, J. (2010). Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child development*, 81 (1), 357-367. <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-8624.2009.01399.x>
- Shonkoff, J. y Phillips, D. (2000). De las Neuronas al Vecindario: la Ciencia del Desarrollo Infantil Temprano. Prensa de la Academia Nacional. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/es/preparacion-escolar/foundations-school-readiness-fostering-developmental-competence-earliest-1>
- Skinner, B.F. (1974). Sobre el conductismo. Ed. Planeta de Agostini. http://www.conductitlan.org.mx/02_bfskinner/skinner/3.%20b_f_skinner_sobre_e_l_conductismo.pdf
- Soler, K., Rivera, R. y Soto F. (2009). Identificación de riesgos ambientales y psicosociales en la vigilancia del desarrollo mediante el uso de las cartillas. En: Sánchez, P., Rivera G. y Figueroa, O. (2009). Promoción del desarrollo infantil temprano: Orientaciones y estrategias. Editores de textos mexicanos.
- Spinrad, T., Stiffer, C., Doneland-MacCall, N. & Turner, L. (2004). Mother's regulation strategies in response to toddlers' affect: Links to later emotion self-regulation. *Social Development*, 13, 40-55. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9507.2004.00256.x>
- Spitz, R. (1969). El primer año de vida del niño. 1ª ed. Fondo de Cultura Económica.
- Stern, S. (1998). La primera relación madre-hijo. En: J. Bruner, M. Cole y A. Karmiloff-Smith. Morata, serie Bruner.
- Suarez, M. y Alcalá, M. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev Méd La Paz*. En-Jun;20(1):53-57. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v20n1/v20n1_a10.pdf/1000
- Sumner, G. y Spietz, A. (1994). Ncast Caregiver/Parent-Child Interaction Teaching Manual: Seattle: NCAST. Publications, University of Washington, School of Nursing.
- Tejada, M. y Otálora, C. (2006). Estimulación cognitiva de madres del sector popular. *Investigación y Postgrado*, 21 (2), 43-68. <https://www.redalyc.org/pdf/658/65821203.pdf>
- Thompson, R. & Goodvin, R. (2007). Taming the tempest in the teapot emotion regulation in toddlers. In C. Brownell y C. Kopp (Eds.), *Socioemotional Development in the Toddler Years: Transitions and transformations*. The Guilford Press, 345-366. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1754073910380969>

- Torres, L. Ortega, P., Garrido, A. y Reyes, A. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*; 10(2):31-56. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80212387003.pdf>
- Torrice, L., Santín, V., Andrés, V., Menéndez, A. y López, L. (2002). El modelo ecológico de Brofenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18 (1), 45-59.
- Trenado, S., Pons-Salvador, G. y Cerezo, J. (2014). Interacción Temprana: Evaluación de la Fiabilidad del Sistema Observacional CITMI-R, Versión inglesa. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada de la Universidad de Oviedo*, 19 (1), 29-42. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4572536>
- Tronick, E. & Cohn, J. (1989). Infant-mother face to face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60 (1), 85-92. <https://www.jstor.org/stable/1131074?seq=1>
- Urdanibia, J. (1979). Agresión e innatismo. Sobre algunos aspectos relacionados con la tesis innatista en las ciencias humanas. *El basilisco*, mayo-junio. 7.53-69. <https://www.fgbueno.es/bas/pdf/bas10705.pdf>
- Vargas, R. y Arán, F. (2014). Importancia de la parentalidad para el desarrollo cognitivo infantil: una revisión teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (1), 171-186. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/33182>
- Vygotsky, L. (1981) *Pensamiento y Lenguaje*. La Pléyade.
- Vygotsky, L. (1979) *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Grijalbo.
- Wadsworth, B. (1991). *Teoría de Piaget del Desarrollo Cognoscitivo y Afectivo* (63-102). Diana.
- Walker, S., Wachs, T., Grantham-McGregor, S. Black, M., Nelson, C., Huffman, S., Baker-Henningham, H., Chang, S., Hamadani, J., Lozoff, B., Meeks, J., Powell, C., Rahman, A. & Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The lancet*, 378 (9799), 1325-1338. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673611605552>
- Watson, J. B. (1925). *Behaviorism*. Norton. Trad, castellana, *El conductismo*. Paidós, 4ª ed., 1972.
- Weber, M. y Udaeta, E. (2004). *Neonatología Clínica*. McGraw-Hill Interamericana. 1a. ed.

Wertsch, J. (1988). *Vigotsky y la formación social de la mente*. Paidós.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.

Young, M. y Gómez, G. (2004). Desarrollo infantil temprano: lecciones de los programas no formales. *Acción pedagógica*, 13 (2), 186-198.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2970476>

Young, M. (1996). *Desarrollo del niño en la primera infancia: una inversión a futuro*. Capítulo 1. Justificación de la intervención temprana. Capítulo 2. Métodos para abordar el desarrollo del niño pequeño. El banco mundial.
<https://www.oas.org/udse/dit2/relacionados/libromary/index.htm>

ANEXOS

CARTILLA DE PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO de 7 a 12 MESES



En la presente cartilla le ofrecemos un grupo de recomendaciones sobre la forma de relacionarse con su niño y favorecer un ambiente que contribuya a su buen desarrollo. También compartimos algunas de las muchas actividades que puede realizar con su bebé. Le invitamos a compartirla con otros padres y si tiene alguna duda o comentario llévela con el Personal de Salud o personas que se la proporcionaron.



ACTIVIDADES SUGERIDAS

7 a 12 meses

Facilite el gateo, animándolo a mantener ésta posición utilizando juguetes para que los alcance, arrastrándose o gateando. Gatee usted en diferentes direcciones para que la siga.



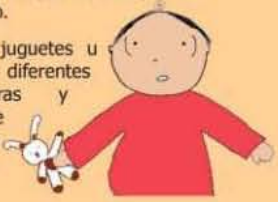
Juegue con el niño a cubrirse la cara con un trapo para que él se la destape, también animelo a que se la tape solo para que usted lo busque y luego él se destape para sorprenderla.

Cuando el bebé esté sentado juegue con él sosteniendo muñecos en el aire a la altura de su pecho, de tal manera que el niño intente tomarlos; si no lo hace, ayúdelo llevando sus manos hacia el centro, una o ambas a la vez.



Haga que se vea en un espejo para que se reconozca, intente que la busque a través del espejo.

Déle al bebé juguetes u objetos con diferentes formas, texturas y colores, permítale que sienta y reconozca la diferencia entre ellos.



Muéstrele libros con figuras grandes de objetos o animales, llamándolos por su nombre al mismo tiempo que usted hace los sonidos correspondientes, por ejemplo miau, guau-guau... etc., y anime al bebé a que los imite.



Dígale el nombre de objetos, personas y partes del cuerpo y que empiece a señalarlos.



Cuando lleguen los miembros de la familia o visitas a la casa enseñe a saludar y cuando se vayan a despedirse.

Utilice halagos y caricias para proporcionar seguridad al niño.

Cuelgue algunos juguetes en la pared de forma que el niño intente ponerse de pie para tomarlos, asegurándose que el lugar este libre de riesgos.



Juegue con el niño a guardar y sacar objetos de un recipiente o de una caja.

Enséñele al bebé a cooperar en actividades como el baño y el cambio de ropa, pidiéndole que levante o le dé las manos.



Déle órdenes simples tales como "siéntate", "levanta los brazos", "abre la boca", "dame un beso", etc.

PROMOVER LA INTERACCION ENTRE EL NIÑO Y SU CUIDADOR



- * Fomente juegos en los cuales usted proponga una actividad dando tiempo para que el niño los imite (decir adiós, aplaudir, ojitos, empujar, meter y sacar juguetes, hacer sonidos, etc.), animelo y festéjele cuando lo haga.
- * Procure que el niño y usted se miren constantemente cuando hagan actividades como jugar, cambiarlo o darle de comer.
- * Platique con el niño y déle tiempo para que pueda contestarle con vocalizaciones.

* Platique con el niño mencionándole las cosas por su nombre para que las conozca. Evite gritarle o hablarle de forma golpeada, más bien felicítelo con halagos cuando tenga un logro.

* A la hora de los alimentos siéntese tranquila y cómoda con el niño, permítale tocar el biberón, la cuchara y los alimentos.

* Enséñele canciones que pueda actuarlas con su cuerpo, ya sea cabeza, cara, manos o pies (tortillitas, la mocita, la manita de la negra, la pata de conejo, pin-pon, etc.).



* Utilice halagos y caricias para proporcionar seguridad al niño, durante las actividades o intentos por hacer nuevas cosas.

* Trate de visitar a familiares o amigos y que ellos los visiten a ustedes, frecuentemente.



PROMOVER UN AMBIENTE PARA EL JUEGO Y APRENDIZAJE



* Organice rutinas regulares para la comida, el baño, el sueño, de acuerdo a las nuevas necesidades y deseos del niño.

* Coloque al niño en el piso y deje que gatee libremente, cuidando que no exista algún peligro para él (objetos pequeños que pueda tragar, cosas que le puedan caer encima, escaleras, etc.).

* Permita que el niño explore la casa de manera que pueda ejercitar acciones como abrir y cerrar, vaciar y llenar; puede usar frascos de plástico, botes, cajones, puertas. Supervise lo que realiza y diríjalo con órdenes sencillas cuando sea necesario.

* Guarde fuera del alcance del niño botes con sustancias dañinas, tape los contactos de luz, recoja cables de aparatos domésticos, etc.

* Decore la habitación del niño o el lugar donde permanece con mayor frecuencia con figuras alegres y llamativas que provoquen simpatía al niño.

* Es bueno que existan periodos en los que el niño pueda observar y escuchar a las personas sin interferencias. Evite ruidos excesivos y procure que el uso de la TV, radio, etc., sea moderado y no deje que la distraigan e impidan disfrutar los momentos que está con su niño. Apáguelos cuando realice actividades de juego, alimentación, baño y vestido del niño.

* Vístalo con ropa adecuada al clima y que le permita moverse con libertad.



SISTEMA DE VIGILANCIA Y PROMOCION DEL
DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO.
LAB DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO.
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA



MAESTRIA EN REHABILITACION NEUROLOGICA
UAM-X

CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL GEN

neurodesarrollo@prodigy.net.mx

Diseño e ilustración: Dayani Reyes Vera, Adrián Ramírez Estrada,
Armando Garduño Acasio y Amelia Salcido Álvarez

CARTILLA DE PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO de 13 a 24 MESES



En la presente cartilla le ofrecemos un grupo de recomendaciones sobre la forma de relacionarse con su niño y favorecer un ambiente que contribuya a su buen desarrollo. También compartimos algunas de las muchas actividades que puede realizar con su bebé. Le invitamos a compartirla con otros padres y si tiene alguna duda o comentario llévela con el Personal de Salud o personas que se la proporcionaron.

ACTIVIDADES SUGERIDAS

13 a 24 meses

Organice tiempos para leer con su niño. Cuando es muy pequeño puede imitar sonidos y voces diferentes para ganar su atención. Conforme crece pídale que señale los dibujos que Ud nombra en cada página, cuando sea más grande pídale que él los vaya nombrando o los busque entre varias páginas.



Intégrelo con juegos a las actividades del hogar mientras usted las esté realizando (limpiar la silla, barrer, recoger juguetes etc.)



* Juegue a soplar burbujas de jabón para que el niño las atrape.



Juegue a formar torres con cubos, cajitas o vasitos de plástico como los de yogurt.

Permita que juegue con pequeños trocitos o migajas de pan y galleta para que los manipule con los dedos, los introduzca en un frasco o un tubo.



Pinte y raye con su niño con diferentes colores en una hoja de papel.

Juegue con el niño en un lugar seguro a perseguirlo y atraparlo, abrácelo y béselo cuando lo alcance diciendo ¡te alcancé!, ¡te atrapé!



Cántele frecuentemente al niño canciones infantiles sencillas, aunque usted no entone bien, verá que él intentará imitar la melodía y disfrutará mucho al escuchar la música.

Amarre juguetes a un cordón para que el niño los jale como un trenecito.



Cántele al niño canciones cortas acompañadas de movimientos con las manos para que él las aprenda e imite los movimientos (pimpón, las gotitas de la regadera, etc.).



Ante una nueva actividad explíquela de que se trata, usando siempre palabras simples y frases cortas.

PROMOVER LA INTERACCION ENTRE EL NIÑO Y SU CUIDADOR



- * Cuando le hable al niño o le esté enseñando algo, asegúrese que le está poniendo atención. Use un lenguaje claro y sencillo.
- * Propicie momentos durante el juego para platicar con el niño dando oportunidad y tiempos para que se expresen libremente.
- * Organice diariamente juegos con el niño en los que se fomente su inteligencia, como la comidita, mamá – papá, armar rompecabezas sencillos, escondidillas, etc.
- * Cántele canciones, dejando pausas para que él las complete, acompañelas con actividades gestuales, movimientos corporales y variedad de sonidos.
- * Cuando el niño le proponga juegos u otras actividades acéptelas y llévenlas a cabo.

* Cuando el niño inicie comunicación con usted, contéstele animándolo a continuar la plática, déle la oportunidad a que el niño se exprese libremente.

* Siéntese con el niño a dibujar y comenten su dibujo.

* No le grite o maltrate al niño, mejor explíquele de forma clara y sencilla las consecuencias de sus acciones.

* Cuando el niño coma, menciónale el nombre de los alimentos y utensilios, intégrele a la mesa familiar.

* Comparta actividades con el niño comentando las cosas que realiza o puede hacer.

* Procure destinar un tiempo específico para jugar con el niño, del cual ambos puedan disfrutar sin interrupciones por otras actividades.



PROMOVER UN AMBIENTE PARA EL JUEGO Y APRENDIZAJE



- * Déle la oportunidad de que explore libremente el ambiente en el que vive.
- * Tenga un lugar especial para los juguetes del niño, como cajas, botes o cestos.
- * Proporcione juguetes apropiados para su edad y anímelo a jugar de diferentes maneras con ellos (por ejemplo con cubos se pueden hacer torres, filas, trenes, puentes, etc.).
- * Asigne determinados muebles y espacios de la casa para que el niño participe en actividades de orden que le permitan reconocer el nombre y lugar de la ropa, juguetes, utensilios, muebles y las partes del cuerpo.
- * Asigne un lugar cómodo e iluminado en la casa para que el niño pueda dibujar, amasar plastilina y otras actividades.
- * Coloque los juguetes al alcance del niño para que estén disponibles cuando él tenga que jugar solo.
- * Cuando usted vaya a estar ocupada y no pueda jugar con el niño, provéale un lugar cómodo con juguetes u objetos seguros con los cuales pueda entretenerse.

* Tenga mucho cuidado respecto a los accidentes e intoxicaciones en el hogar. No guarde sustancias dañinas (tiner, cloro, gasolina etc.) en botellas de refresco o recipientes de alimentos, aléjelos de los niños.

* Mantenga siempre limpias las áreas en donde se desenvuelve el niño.

* Procure que existan lugares seguros en los que el niño camine, trepe y corra, sin que se lastime.



SISTEMA DE VIGILANCIA Y PROMOCIÓN DEL
DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO.
LAB DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO.
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

MAESTRIA EN REHABILITACION NEUROLOGICA
UAM-X.



CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL GEN.

neurodesarrollo@prodigy.net.mx

Diseño e ilustración: Dayann Reyes Vera, Adrián Ramírez Estrada,
Armando Guarduño Acacio y Amelia Salcido Álvarez





ALCALDÍA TLALPAN
 DIRECCIÓN GENERAL DE DESARROLLO SOCIAL
 DIRECCIÓN DE SALUD

SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD
 JUD DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD



APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios en la casa					
3. El dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

NOMBRE DEL CUIDADOR: _____

NOMBRE DE MI HIJO(A): _____



ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I.)

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN: Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia. La información que tú proporciones será estrictamente confidencial. Recuerda que lo importante es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible. Gracias por tu colaboración. A continuación, se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia.

NOMBRE DEL CUIDADOR: _____

		TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NEUTRAL (NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO)	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
4	Hay muchos malos sentimientos en la familia.	5	4	3	2	1
5	Los miembros de mi familia acostumbran hacer cosas juntos.	5	4	3	2	1
7	Me avergüenza mostrar mis emociones frente a la familia.	5	4	3	2	1
9	Frecuentemente tengo que adivinar sobre qué piensan los otros miembros de la familia o sobre cómo se sienten.	5	4	3	2	1
10	Somos una familia cariñosa.	5	4	3	2	1
11	Mi familia me escucha.	5	4	3	2	1
12	Es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	5	4	3	2	1
13	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño.	5	4	3	2	1
14	En mi familia, nadie se preocupa por los sentimientos de los demás.	5	4	3	2	1
15	En nuestra familia hay un sentimiento de unión.	5	4	3	2	1
16	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones.	5	4	3	2	1
17	La atmósfera de mi familia usualmente es desagradable.	5	4	3	2	1
18	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente.	5	4	3	2	1
19	Generalmente nos desquitamos con la misma persona de la familia cuando algo sale mal.	5	4	3	2	1

21	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes.	5	4	3	2	1
24	Cuando tengo algún problema no se lo platico a mi familia.	5	4	3	2	1
26	Nosotros somos francos unos con otros.	5	4	3	2	1
27	Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.	5	4	3	2	1
28	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas.	5	4	3	2	1
30	Los miembros de la familia de verdad nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	5	4	3	2	1
32	Los conflictos en mi familia nunca se resuelven.	5	4	3	2	1
33	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones.	5	4	3	2	1
34	Si las reglas se rompen no sabemos que esperar.	5	4	3	2	1
35	Las comidas en mi casa, usualmente son amigables y placenteras.	5	4	3	2	1
40	Mi familia tiene todas las cualidades que yo siempre quise en una familia.	5	4	3	2	1
41	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas.	5	4	3	2	1
43	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.	5	4	3	2	1
44	El tomar decisiones es un problema en nuestra familia.	5	4	3	2	1
47	En nuestra familia, cuando alguien se queja otro se molesta.	5	4	3	2	1
48	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y de mantener la paz.	5	4	3	2	1
49	Nuestras decisiones no son propias, sino que están forzadas por cosas fuera de nuestro control.	5	4	3	2	1
50	La gente de mi familia frecuentemente se disculpa de sus errores.	5	4	3	2	1
51	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.	5	4	3	2	1
54	Pelemos mucho en nuestra familia.	5	4	3	2	1
55	Los miembros de la familia nos animamos unos a otros a defender nuestros derechos.	5	4	3	2	1
56	Las tareas familiares no están lo suficientemente bien distribuidas.	5	4	3	2	1

V. CLARIDAD DE LAS SEÑALES		SI	NO
51. El niño señala que está listo para comer			
52. El niño demuestra un aumento de tensión al inicio de la alimentación			
53. El niño demuestra disminución en la tensión dentro de los pocos minutos después de haber comenzado la alimentación			
54. El niño tiene periodos de alerta durante la alimentación. (al menos dos veces)			
55. El niño demuestra al menos 2 emociones diferentes durante la alimentación. Excepto angustia a través del llanto			
56. El niño tiene periodos de actividad e inactividad durante la alimentación			
57. Los movimientos del niño son suaves y coordinados durante la alimentación			
58. Los movimientos de brazos y piernas están dirigidos generalmente al cuidador durante la alimentación. (no difusos)			
59. El niño inicia contacto con el rostro u ojos del cuidador al menos una vez durante la alimentación			
60. El niño vocaliza durante la alimentación			
61. El niño sonríe o ríe durante la alimentación			
62. El niño desvía la mirada, mira abajo o se voltea a otro lado durante la alimentación			
63. El niño reacciona activamente la comida ofrecida			
64. El niño demuestra saciedad al final de la alimentación			
65. El niño tiene menos de 3 cambios rápidos de estado durante la alimentación (cambia de estado dos veces en 15 seg. satisfiéndose dos estados cada vez que cambia)			
Total de reactivos sí			

VI. RESPONSABILIDAD AL CUIDADOR		SI	NO
66. El niño responde a los intentos del cuidador para alimentarlo la mayoría de las veces. (75%) como cuando el cuidador le ofrece la comida			
67. El niño responde a los juegos, juegos sociales o señales sociales del cuidador durante la alimentación			
68. El niño mira en dirección al rostro del cuidador después que el cuidador ha intentado alertarlo verbal o no verbalmente durante la alimentación			
69. El niño vocaliza al cuidador durante la alimentación			
70. El niño vocaliza o sonríe dentro de los 5 seg. posteriores a la vocalización en que el cuidador le habló			
71. El niño sonríe al cuidador durante la alimentación. El cuidador debe ver la sonrisa del niño			
72. El niño explora al cuidador o lo alcanza para tocarlo durante la alimentación (no hacia la comida)			
73. El niño muestra un cambio en el nivel de actividad motriz dentro de los cinco segundos posteriores a haber sido manejado o reposicionado por el cuidador			
74. El niño muestra señales potentes de desentance durante la última mitad de la alimentación			
75. El niño muestra señales potentes de desentance dentro de los 5 seg. Después de que el cuidador se acerca a menos de 7 a 8" (17 a 20 cm) de la cara del niño ("acercándose" su espacio personal)			
76. El niño evita volverse del cuidador o desviar la mirada durante la primera mitad de la alimentación			
Total de reactivos sí			

Notas clinicas

Registre el total de respuestas positivas (+ sí) de cada Subescala y compare con el puntaje posible.

	Bueno Subescala		Bueno Contingencia	
	Possible	actual	possible	actual
I. Sensibilidad a los cambios	10		0	
II. Respuesta a la angustia	11		0	
III. Promoción del crecimiento	14		1	
IV. Coordinación cognitiva	9		2	
TOTAL CUIDADOR	50		15	
V. Claridad de las señales	15		0	
VI. Responsividad al cuidador	11		3	
TOTAL DEL INFANTE	26		3	
TOTAL CUIDADOR-INFANTE	76		18	

SEÑALES POTENTES indique en el paréntesis con +, ++ o +++ si se presentan. Con pocas + (tres o menos paréntesis), regular ++ (2-3 veces y claras), o muchas +++ (4 veces o más y muy evidentes) intensidad y frecuencia, si tiene dudas o no corresponde describa a la derecha

A	Argirios la espalda (Back arching)
B	Abrazamiento (Clucking)
C	[Toser (Coughing)]
D	Alzarse para otro lado (Crawling away)
E	Cara de llanto (cry face)
F	Llanto (Crying)
G	Abrogar (Frowning)
H	Alzarse el brazo con la palma de la mano hacia fuera en señal de abulsión (flail hand)
I	Mover cabeza de un lado a otro, como diciendo "no" (Lateral head shakes)
J	Aversión lateral máxima de la mirada (Maximal lateral gaze aversion)
K	Movimiento de arriba abajo con el brazo (Overhand bowling movements of arms)
L	Apagar con la palma de la mano en la mesa (Tray panning)
M	La piel cambia de color, palidez pal rojo (Pale/redness)
N	Mover cabeza y brazos retirándose (Pulling away)
O	Empujar con las manos (Pushing away)
P	Decir no con palabras (Saying "no")
Q	Escurrir (Spilling)
R	Regurgitar (Spitting up)
S	Marchar en dirección opuesta al cuidador (Walking away)
T	Gruñido o grito (Whining)
U	Va de alerta a dormido (Withdraw from alert to sleep state)
V	Viento

HERENCIA ÉTNICA DEL CUIDADOR

Cañonero americano	Cubano o cubano americano
Blanco cañonero o niño americano	Chicano, chino, o mexicano americano
Chino o niño americano	Portorriqueño
Filipino o filipino americano	Chico hawaiano
Guayanesa o guayanesa americana	Chico americano o niño de Alaska
Indio o indio americano	Blanco / caucásico (no hispano)
Indio del pacífico o niño del pacífico leste	Otro
Indio de la costa americana	
Otro niño	
Otro específico de identidad	

Fecha de la observación _____

Dic Instrucciones _____

Dicuid _____

Codificación video _____

Video No _____

ANEXO 6

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Cargas de peso en rollo	1	2
<p>Descripción: se colocará al niño boca abajo con el abdomen sobre el rollo y se le mostrará un juguete de su interés, al mismo tiempo que se balanceará hacia el frente, de manera que coloque sus manos sobre la colchoneta y en esa posición se realizaran las cargas de peso sobre las manos. Se mantendrá por un tiempo corto la posición (10 cargas de peso) y regresará hacia atrás hasta llegar a la posición de hincado en donde se realizarán cargas de peso sobre la cadera del niño (10 cargas de peso). Esto se realizará de manera secuencial tanto como lo tolere el niño.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: las cargas de peso sobre el rollo ayudarán a mejorar la propiocepción articular, aumentando la fuerza en extremidades inferiores y superiores y ayudará a que el niño aprenda a colocarse en cuatro putos.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Gateo en diferentes superficies	1	3
<p>Descripción: se colocarán varios tapetes con diferentes texturas sobre el piso para que los niños se puedan desplazar sobre estos, el cuidador le ayudará al niño mostrándole un juguete llamativo para que él intente desplazarse solo. Es importante mencionar que en casa deberán de colocar al niño sobre distintas texturas a las utilizadas en la sesión como el pasto, el suelo, arena, etc. Si el niño aún no tolera la posición de cuatro puntos incentivarla realizando la actividad número 1. Durante el día deje al niño sobre un tapete o colchoneta con algunos juguetes cerca para que intente alcanzarlos, de esta manera se promoverá la adquisición del gateo.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: mediante el gateo se facilitan tanto la integración de información sensorial con el contacto de las distintas texturas, como la coordinación motriz gruesa, la fuerza y la exploración cognitiva.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Pongo aros en la pija	1	4
<p>Descripción: A cada uno de los cuidadores se les proporcionará una pija con aros para que el niño intente meter y sacar, es importante que antes de que el niño comience con la actividad el cuidador le permita explorar el material, el cuidador deberá de darle la orden al niño ya sea “pon” o “dame” para que el niño comience a atender órdenes simples.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: esta actividad promovería diversas áreas del desarrollo en el niño, entre ellas la manipulación de objetos, el seguimiento de órdenes simples y el incremento de periodos de atención hacia una actividad.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Busco el juguete	1	5
<p>Descripción: Se colocará al niño en posición de sentado, mientras que el cuidador le muestra un juguete que llame su atención, dejarlo que lo observe y explore, posteriormente se deben esconder parcialmente el juguete con un pañuelo para que el niño lo encuentre. Cuando el juguete sea descubierto, el cuidador deberá ser expresivo sorprendiéndose y felicitando al niño por el logro obtenido. Si al esconder el juguete el niño pierde la atención de la actividad, deberán mostrarle que el juguete esta debajo del pañuelo, y posteriormente volver a cubrirlo para que el niño intente encontrarlo.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve en sí el desarrollo cognitivo, agilizando la mente del niño para favorecer la noción de permanencia del objeto.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Aprendo a soplar	2	2
<p>Descripción: Se les entregará a los cuidadores 3 bolitas de algodón, antes de que se las muestren, se les pedirá que tomen la mano de los niños y les soplen, deben de hacer cara de asombro al ver la reacción de los niños y preguntarles “¿Qué fue eso?” y volver a soplarles. Después les enseñarán las bolitas de algodón anteriormente entregadas, soplarán inflando exageradamente los cachetes, haciendo más ruido del necesario y soplarán de forma que los niños vean como sale volando la bolita, también pondrán cara de sorprendidos y animarán a los niños a que ellos lo intenten. Esta actividad también puede realizarse con plumas u objetos que no sean pesados y puedan volar.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el desarrollo del lenguaje, ejercitando los músculos que intervienen en el habla, especialmente los de las mejillas. El soplo además mejora la pronunciación y ayuda a consolidar los fonemas.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Imitando animales	2	3
<p>Descripción: se le proporcionará a cada cuidador un animal distinto (pato, perro, vaca, puerquito, gato), él se sentará frente al niño mostrándole el animal que le tocó, le cuente una pequeña historia acerca de esté y emitiendo el sonido del animal, deberá animarlo a que intente imitar el sonido, festejando el logro y su esfuerzo. Después los cuidadores intercambiarán los animales para mostrarle uno distinto al niño.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el desarrollo del lenguaje, la imitación de onomatopeyas y la interacción cuidador hijo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Imitando gestos, acciones, peticiones e indicaciones	2	4
<p>Descripción: se le proporcionará a cada cuidador un muñeco, una taza, una cuchara y un plato; el cuidador le dará la orden al niño de darle de comer al muñeco, dale agua; en cada orden que se le dé deberán intentar que el niño repita alguna de las palabras como “agua”, “dame”, “ten”, “pon” .</p> <p>Si el niño no logra realizar la actividad con solo darle la orden, el cuidador deberá realizar la acción primero “mira dale de comer así”, o ahora dame de comer a mí.</p> <p>Esta actividad se deberá seguir realizando en casa en distintos contextos en los que el niño tenga que imitar, gestos “mandar besos”, acciones “intentar bailar, aplaudir, etc.”, peticiones “evitar darle al niño las cosas si únicamente las señala, se le tiene que exigir que diga el nombre de lo que quiere agua, leche, etc.”, siga indicaciones “siéntate, ven, dame, pon”.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: favorece la imitación gestual y vocal, el desarrollo del lenguaje, el seguimiento de órdenes y la interacción cuidador hijo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Tomo con dos deditos	2	5
<p>Descripción: Se le proporcionará al cuidador un vaso con algunos cereales, que si el niño se lleva a la boca no haya ningún problema, en seguida el cuidador sentará cara a cara frente al niño mostrándole lo que hay en el vaso y enseñándole que puede tomar uno por uno y comérselo, el cuidador deberá enseñarle al niño que debe de tomar el cereal con el dedo índice y pulgar.</p> <p>Ofrezca uno a uno los cereales para que el niño entente utilizar la pinza fina.</p> <p>Realice la actividad en casa ofreciéndole diversos alimentos pequeños, de colores y texturas distintas, colóquelos sobre la mesa para que el niño los puedan explorar las diversas formas de tomar objetos pequeños y vaya desarrollando su pinza fina.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el desarrollo de la pinza fina.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Gateo por el juguete	3	2
<p>Descripción: La actividad se iniciará con el niño en posición sedente, se colocará un juguete que sea llamativo para él. Se proporciona un objeto frente al niño que llame su atención, con la finalidad de que al tratar de tomar el objeto se coloque boca abajo y luego en 4 puntos para desplazarse y alcanzar el juguete. En caso de ser necesario se dará apoyo en la planta de los pies, impulsándolo para que pueda alcanzar el juguete. Cuando los niños ya hayan logrado el gateo se pueden colorar diversos circuitos conformados por túneles, obstáculos, cuñas o rollos, para que practique y mejore dicha habilidad.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: mediante el gateo se facilitan tanto la integración de información sensorial con el contacto de las distintas texturas, como la coordinación motriz gruesa, la fuerza y la exploración cognitiva.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Contando un cuento	3	3
<p>Descripción: Sentar al niño frente a su cuidador, a quien se le proporcionará un cuento con imágenes grandes, ella lo hojeará y le contará una historia breve acerca de lo que están viendo. Se le pide al cuidador exagere gestos y cambie tonos de voz para llamar la atención del niño, invitándolo a que la imite. Es importante que antes o al finalizar de contar con el cuento, se le permita al niño explorar el material.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el desarrollo del lenguaje, la interacción cuidador hijo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Canción las partes de mi cuerpo	3	4
<p>Descripción: el cuidador se sentará frente al niño para cantar la siguiente canción cada cuidador deberá mencionar y mostrar una parte del cuerpo y para qué es; para que el niño intente imitar el movimiento. Ejemplo “estas son mis manos” enseñar las manos “y sirven para aplaudir” y aplaudir. Se repite la introducción de la canción. Las partes de mi cuerpo hoy quiero aprender y cuando me pregunten yo les responderé:</p> <p>Canción: Las partes de mi cuerpo hoy quiero aprender y cuando me pregunten yo les responderé: las manos son para aplaudir, los ojos son para mirar y el corazón para querer.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: mediante la imitación él comenzará a aprender y reconocer las partes de su cuerpo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Jalo mi carrito	3	5
<p>Descripción: los niños estarán sentados sobre la colchoneta junto con su cuidador, mostrándoles un carrito atado a una cuerda, los niños deberán jalar de la cuerda para obtener el carrito, el cuidador podrá mostrarles cómo realizar la actividad, pero es importante dejar al niño que explore la cuerda y descubra el solo que puede tirar de ella para alcanzar el carrito.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: favorece la comprensión de medios y fines.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	N° DE SESIÓN	N° DE ACTIVIDAD
Gateo y me hincó para alcanzar un objeto	4	2
<p>Descripción: se colocará un circuito con algunas rampas, rollos y diferentes texturas para que el niño se desplace, al final del circuito habrá un bloque de 30 cm de alto con objetos llamativos para que el niño se hinque y los explore; el cuidador esperará al niño en estos bloques y lo estará llamando para que pueda desplazarse el solo hasta llegar a la posición de hincado y pueda explorar los juguetes.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: mediante el gateo se facilitan tanto la integración de información sensorial con el contacto de las distintas texturas, como la coordinación motriz gruesa, la fuerza y la exploración cognitiva. Se promueven los cambios posturales y aumenta la fuerza en miembros inferiores.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	N° DE SESIÓN	N° DE ACTIVIDAD
Formo torre con dos cubos	4	3
<p>Descripción: se colocará al niño sentado frente al cuidador, proporcionándole un par de cubos de madera; se le pedirá al niño colocar un cubo sobre, es importante que primero realice la actividad el cuidador y posteriormente el niño, de esta manera lo incentivarán.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: Favorecer la coordinación ojo-mano y la distinción de la forma de los objetos.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	N° DE SESIÓN	N° DE ACTIVIDAD
Aviento la pelota a otros niños	4	4
<p>Descripción de la actividad: Se les da una pelota de tamaño mediano a los niños, se les pide que sienten a los niños dándole seguridad, a una distancia en la cual los dos puedan lanzar la pelota. Se les indica a los cuidadores que proporcionen la pelota al niño, que lo animen a lanzarla y que una vez hecho esto se la regresen al otro niño. Es importante explicarles a los cuidadores, que a esta edad los niños tiran los objetos al piso y se fija en la manera en que caen, lo cual encuentran muy divertido. Les fascina cuando recogen el objeto y se lo dan nuevamente para que lo tiren al suelo.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Favorecer la interacción con otros niños y el desprendimiento de objetos.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	N° DE SESIÓN	N° DE ACTIVIDAD
Me miro en el espejo	4	5
<p>Descripción: el cuidador colocará al niño frente un espejo, comenzará por preguntarle ¿Quiénes están en el espejo?, después del reconocimiento le irá mostrando las partes de su cara diciéndole “mira estos son tus ojos, se abren y cierran”, y así irá con cada una de las partes de su cara.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: mediante el reforzamiento y la práctica el niño mejorara en cuanto a la identificación de las partes de su cuerpo este únicamente es un ejemplo y una manera de trabajar la identificación del esquema corporal.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Sacar objetos de un recipiente	5	2
<p>Descripción de la actividad: Se coloca al niño en posición de sentado frente a su cuidador. Al cual se le entregará un recipiente con varios objetos de tamaño mediano (pueden ser cubos, pijas o diferentes figuras). El cuidador le debe decir al niño de forma clara “Dame” y extender la mano para que el niño saque un juguete y se lo entregue.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Favorecer el seguimiento de ordenes sencillas</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Canción de pin-pon	5	3
<p>Descripción de la actividad: Se coloca al niño sentado frente a su cuidador, quien le cantará la canción de “Pin-pon”. El cuidador debe realizar los movimientos que se mencionan en la canción exagerando la gesticulación, se deben hacer variaciones en el tono de voz dependiendo de la parte de la canción para atraer y mantener la atención del niño.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Favorecer la imitación mediante una canción.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Juego con la pelota (patear la pelota)	5	4
<p>Descripción: se les proporcionará una pelota por parejas (niño-niño) los cuidadores les ayudarán a patear la pelota y motivar al niño a que lo realice, pasándosela a su compañero. Si la actividad la realizan de manera exitosa se podrá complejizar un poco colocando una portería y que cada niño pate la pelota para meter un gol.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el juego, favorece el equilibrio y el desarrollo visoespacial.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Buscando aritos en semillas	5	5
<p>Descripción de la actividad: Se les facilitaran pequeños recipientes en los que habrá diferentes semillas y pequeños aros. El cuidador indicará a su niño que deberá hacer uso de sus manos para obtener los aros y dárselos a sus cuidadores cuando ellos se lo soliciten bajo la frase: “dame el aro”, “dame más”. Una vez que tiene todos los aritos se los va a pedir a su cuidador para ensartarlos en una columna. El cuidador debe de fomentar el uso de las dos manos de manera alterna en esta actividad ya que a esta edad no se ha dado una dominancia.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Promover la búsqueda del objeto (permanencia del objeto) y la habilidad manual fina. Seguimiento de órdenes simples.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Me paro con ayuda y uso del calzado correcto	6	2
<p>Descripción: esta actividad se podrá realizar de diversas formas, entre ellas se recomienda comenzar colocando al niño sentado sobre la colchoneta ofreciéndole un juguete para que lo intente alcanzar gateando, al final de la colchoneta se colorará una silla con juguetes llamativos para que el niño pase de cuatro puntos a hincado y de hincado a parado (de esta manera se fortalecerá el gateo); cuando el niño este parado se realizarán cargas de peso en miembros inferiores tomando la cadera para realizar la carga de peso.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: esta actividad ayudará a mejorar la fuerza en miembros inferiores, para después comenzar con los primeros pasos.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Garabateo con 2 crayones	6	3
<p>Descripción de la actividad: Se coloca al niño en posición de sentado frente a la mesa con apoyo de una superficie dura. Se le entregará al cuidador una hoja y dos crayones de colores fuertes para que los utilice el niño y uno para que el cuidador pueda hacer una demostración de cómo utilizarlos.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Comprender relación medios y fines. Construir noción de causa-efecto. Aumentar los periodos de atención.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Títeres de dedo	6	4
<p>Descripción: El niño debe encontrarse sentado frente a su cuidador, al cual le será entregado un títere, el cuidador contará una historia corta (sólo debe incluir un inicio, un complemento y un final), debe utilizar diferentes tonos de voz y expresiones de acuerdo al estado de ánimo de su títere y el desarrollo de la historia.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el desarrollo del lenguaje, la interacción cuidador hijo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Haciendo música	6	5
<p>Descripción: se les proporcionarán a los cuidadores diversos instrumentos musicales para mostrárselos a los niños como piano, tambor, maracas, pandereta, xilofón, guitarra. Ofrecerle uno a uno los instrumentos musicales para que el explore cada uno con ayuda de su cuidador, mostrándole cómo producir el sonido y dejar que lo manipule por un momento; el cuidador deberá identificar cual fue el instrumento que más le llamo la atención y compartirlo con el resto del grupo.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el reconocimiento y diferenciación de los sonidos.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Gateo y me paro con ayuda (cargas de peso)	7	2
<p>Descripción: esta actividad se podrá realizar de diversas formas, entre ellas se recomienda comenzar colocando al niño sentado sobre la colchoneta ofreciéndole un juguete para que lo intente alcanzar gateando, al final de la colchoneta se colocará una silla con juguetes llamativos para que el niño pase de cuatro puntos a hincado y de hincado a parado (de esta manera se fortalecerá el gateo); cuando el niño este parado se realizarán cargas de peso en miembros inferiores tomando la cadera para realizar la carga de peso.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: esta actividad ayudará a mejorar la fuerza en miembros inferiores, para después comenzar con los primeros pasos.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Pongo la pija en el bote	7	3
<p>Descripción: se sentará al niño sobre la colchoneta y le proporcionarán una pijita o cuentita al igual que un bote pequeño, el cuidador le dará la orden de poner la pija en el bote y le mostrará cómo hacerlo, de esta manera el niño podrá replicar la actividad. .</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el desarrollo de movimientos finos y el seguimiento de órdenes simples.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Jalo la sabana	7	4
<p>Descripción: se colocará cerca del niño una sabanita y encima un juguete, el niño deberá jalar la sabana para poder alcanzar el juguete. Es importante dejar que el niño explore el material y descubra que puede jalar la sábana, si no lo logra el cuidador puede realizar la actividad a manera de ejemplo.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: favorece la comprensión de medios y fines</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Me desplazo con ayuda de un aro	7	5
<p>Descripción: se colocarán a los niños sentados sobre la orilla de la colchoneta, y les ofrecerán un aro para que se tomen de este y se puedan poner de pie, el cuidador deberá sostener el aro para que el niño vaya dando algunos pasos apoyándose de este.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: favorecerá el equilibrio estando de pie, el cambio de posición de sedente a parado, mejorando la fuerza en miembros inferiores.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Aprendiendo a reconocer mis emociones y las de mi cuidador en un espejo	8	2
<p>Descripción de la actividad: Jugar con los niños frente a un espejo o mirando sus caras para favorecer que ellos reconozcan diferentes estados de ánimo: “me río, me río jajajaja” “me enojo, me enojo” (frunciendo cejas), “estoy triste, estoy triste (hacer pucheros)” “me asombro, me asombro ¡Ooh! (apertura amplia de los ojos)” “me asusto, me asusto ¡ahhhh! (grito)” se busca que los cuidadores mantengan la atención de los niños exagerando sus expresiones faciales y que los niños lo traten de imitar, para esto último se les dice a los niños: “¿Cómo te enojas tú?”. Se comienza solo con las expresiones que realiza el cuidador y en sesiones posteriores se puede repetir con imágenes que tengan representadas emociones o estados de ánimo o escenificaciones reales durante la sesión. Otra sesión puede ser representada una emoción por un solo cuidador y todos los demás lo observan para al final imitarlos todos juntos, tanto cuidadores como niños.</p> <p>Objetivo de la actividad: Mostrar al niño que una forma de comunicar y de entender cómo se siente él y su cuidador es nombrar sus estados de ánimo: enojo, miedo, incomodidad, felicidad.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Mi juguete se va lejos y viene cerca	8	3
<p>Descripción de la actividad: Se colocará al niño en sentado frente a un banquito sobre el cual se colocará un objeto atado a un cordel. Esperar algunos segundos para que el niño juegue con el objeto. Luego, se le retirará diciéndole “mira se va lejos”, para ello el cuidador lanzará el objeto sujetándolo por el cordel, del cual lo jalará después para traerlo de nuevo cerca al niño y decir “está cerca”; se debe de cuidar que el niño no vaya por el juguete, sino que permanezca sentado, para que al darle el cordel al niño intente imitar la acción de jalar el juguete. El cuidador lo anima diciéndole: “ahora tú”. La actividad se repite varias veces, si llegar a fastidiar al niño. En esta etapa solo se espera que el niño entienda el concepto de que los objetos están lejos o cerca, pero cuando el niño empiece a expresarse verbalmente podemos repetirla con el propósito de que nos diga que está lejos y que cerca con palabras simples.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Iniciar la noción de distancia (para el desapego) al introducir los términos de “se va, se acerca” y realizar la imitación de lo que realiza el cuidador.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Como yo solo, uso mejor mis manos	8	4
<p>Descripción: se les ofrecerá a cada cuidador un platito con algún alimento para los niños, (papilla para bebé de verduras o frutas) y una cuchara, dejando que los niños coman solos sin recibir ninguna o muy poca ayuda. Es importante mencionar que a esta edad el niño puede comenzar explorando los alimentos con las manos y más adelante utilizará la cuchara.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: de esta manera los niños aprenderán a comer solos algunos alimentos, promoviendo el desarrollo del uso de la cuchara ya que al inicio esto será difícil pero con la práctica se perfeccionará.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Me desplazo con ayuda mientras jalo un juguete y después lo guardo	8	5
<p>Descripción de la actividad: Los niños deberán pedir con un gesto de la mano que se les dé un juguete atado a un cordel, se pedirá a los cuidadores que tomen a sus niños de la mano libre y que lo ayuden a llevar el juguete a un recipiente para guardarlo. El niño al jalar el juguete observará sus movimientos, escuchará su sonido y prestará menos atención a su manera de andar. El propósito de este ejercicio es convertir poco a poco la marcha en algo automático, conforme el niño vaya adoptando habilidad para caminar sin apoyo, esta actividad le ayudará a orientarse cuando tiene la atención fija en otra cosa.</p> <p>Objetivos de la Actividad: Desarrollo de la habilidad y coordinación motora para la marcha asistida</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Buscando a mi cuidador debajo de una manta	9	2
<p>Descripción de la actividad: Se le pedirá al cuidador que se esconda debajo de una manta o algo que lo cubra para que el niño tenga que pasar por una serie de obstáculos para poder alcanzarlo, los obstáculos poder ser un túnel por el que tenga que meterse, cuñas o rodillos, etc. El cuidador puede estarlo llamando por su nombre invitándolo a que los busque, el niño debe de desplazarse de la forma que pueda, puede ser arrastrándose o gateando, pero no debe de recibir ayuda para sortear los obstáculos. Una vez que el niño llegue con el cuidador, este debe de dejar que lo descubra por lo menos un poco antes de tomarlo y felicitarlo por que lo encontró.</p> <p>Objetivo de la Actividad: El desplazamiento independiente del niño para llegar al cuidador y que el cuidador mantenga alentado al niño para que lo encuentre.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Jugando con otros	9	3
<p>Descripción de la actividad: Establecer contacto social con otros adultos. Se pedirá a cada uno de los cuidadores que intercambien niño, y realizarán un recorrido por el área de cuidado integral, tras el cual irán comentando a los bebés sobre cada una de las cosas que en tal sitio pueden observar. Luego de un lapso de pocos minutos (3-5 aprox.) regresar a colchoneta en donde realizarán un juego de aventar una pelota al compañero que se encuentra con su cuidador. Terminando se despedirán de los bebés y se les indicará que los regresarán con su cuidador. Si el niño no deja de llorar se regresará después de algunos intentos por el nuevo cuidador para calmarlo.</p> <p>Objetivo de la actividad: Desarrollo en el niño de habilidades sociales para realizar actividades con otros adultos que no sean sus cuidadores, tolerar y regular la angustia de separación.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Levanto aros del suelo, tomado de una silla	9	4
<p>Descripción de la actividad: El niño se pone de pie junto a una silla de plástico pequeña y se colocan aros de colores en el suelo, para que el niño los levante del suelo y los coloque en un recipiente que debe de tener el cuidador y que cada vez que el niño levante un aro y lo guarde se le dice la palabra "pon" para que comience la relación de las palabras con la acción que se realiza. El recipiente debe colocarse a una altura que el niño deba de levantarse y volverse a poner de pie para poder colocar el aro. El niño debe de realizarlo de la manera más independiente posible. Se debe de tener cuidado en que la silla en que se está apoyando el niño no se mueva o se pueda resbalar. Cuando el niño comience a consolidar la marcha pueden poner los aros regados por el piso y pedir al niño que los vaya levantando mientras camina, de igual forma el cuidador es el que tiene el recipiente donde debe de colocar los aros y lo debe de mantener a la altura apropiada para que se tenga que poner de pie de nuevo.</p> <p>Objetivo de la actividad: Promover los cambios de posición en el niño y el aumento de su atención en una actividad</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Pasando por un túnel	9	5
<p>Descripción de la actividad: Se coloca un túnel y los papás invitarán a los niños a meterse para recorrerlo gateando de manera independiente: Los papás los esperarán a la salida del túnel para ofrecerles su mano y se pongan los niños de pie; pueden usar como apoyo una silla pequeña la cual también sostendrán los papás. Se puede mostrar juguetes que les sean atractivos al niño y anime a ponerse de pie para alcanzarlos.</p> <p>Los cuidadores deben tener cuidado en los cambios posturales de equilibrio sin transmitir ansiedad al niño. Mientras estén pasando por el túnel el cuidador debe tratar de mantener la atención del niño en la actividad, pidiéndole que avance si se queda sentado o dentro del túnel, mire cómo lo hacen sus compañeros y alentándolo. Los niños no deben atropellarse o empujarse, se les explica la espera de su turno. Una vez que el niño comience a caminar se puede dejar la silla con los juguetes alejada del túnel para que se incorpore solo y camine hacia los juguetes, las intervenciones físicas del cuidador debe de mantenerse al mínimo.</p> <p>Objetivo de la actividad: Consolidar el gateo independiente en el niño; motivar y favorecer la posición de pie aún con apoyo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Saludo con las fotografías de los niños	10	1
<p>Descripción de la actividad: Se colocarán las fotos de los niños volteadas en la pared para que el niño llegue hasta la pared caminando lo más independiente posible a tomar y descubra una y salude a ese niño.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Favorecer la identificación de su propia imagen en una foto y la de otros niños.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Encontrando changuitos en la alberca	10	2
<p>Descripción de la actividad: En una alberca de plástico inflable o en una superficie amplia donde les cueste trabajo entrar, se colocan changuitos de colores, se puede usar cualquier juguete que sea pequeño para que tengan que levantarlo con los dedos índice y pulgar, pero no tan pequeño para que corran el riesgo de que se lo metan a la boca. También se pondrán otros objetos más grandes como ropa, juguetes, a fin de que los changos no sean tan evidentemente visibles. Los cuidadores fuera de la alberca los esperan con un recipiente y deberán alentarlos a que salgan y metan ahí a los changos. El cuidador debe guiarlo sólo con órdenes verbales simples como: pon o ven, ten, dame; disminuyendo al mínimo la direccionalidad del contacto físico. Para aumentar la dificultad se pueden poner distractores en la alberca como juguetes o pelotas, con lo que se busca que el niño mantenga la atención en los changuitos aunque tenga otras cosas que los cubran y, en una etapa final, donde los niños puedan controlar el impulso de tomar las pelotas para jugar en lugar de guardar los changuitos.</p> <p>Objetivo de Actividad: Entrar a la alberca para recoger objetos pequeños (changuitos de colores) y depositarlos en recipientes</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Guardando en una caja pelotas grandes y pequeñas	10	3
<p>Descripción de la actividad: Se indicará a los cuidadores que por turnos soliciten a cada uno de los pequeños ir caminando hacia un cesto con pelotas –tome una pelota- luego camine con ella al centro del área de trabajo- para depositarla dentro de una caja que tiene dos orificios: uno adecuado al tamaño de la pelota y otro más pequeño. Tras el ejercicio de ensayo-error y los comentarios realizados por el cuidador se indicará al niño: que la pelota “no cabe” “la pelota es grande” “Pon aquí”. El desplazamiento debe ser lo más independiente posible, si se realiza gateando, al llegar al contenedor el niño se debe de poner de pie para colocar la pelota. Se comienza con un tamaño, por ejemplo el pequeño y se centra el trabajo en encontrar las pelotas pequeñas que quepan en el orificio pequeño, luego el grande que sólo cabe en el orificio grande, por último se dan indicaciones de los dos tamaños: “toma la grande” “pon la pequeña” etc.</p> <p>Objetivo de la actividad: Desplazamiento independiente para cumplir un objetivo y la formación de conceptos pequeño y grande.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Circuito de Marcha	10	4
<p>Descripción de la actividad: Se colocan en el piso tapetes con diferentes texturas y cuñas para que al caminar el niño por ellas sienta un poco de inestabilidad y estimulación plantar, el recorrido lo debe hacer el niño de la manera más independiente posible, si es necesario el niño puede ser dirigido por el cuidador con un aro del que se puede tomar pero sin que se sostenga de él. Los obstáculos deben ser pequeños pero que obliguen al niño a levantar los pies para pasarlos. Los obstáculos se van colocando con respecto a las habilidades del niño, cuando la marcha es más estable se pueden colocar rampas inclinadas o escaleras</p> <p>Objetivo de la Actividad: Realizar el circuito de la manera más independiente, coordinación y equilibrio en la marcha.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Buscando objetos en el salón	10	5
<p>Descripción de la actividad: En el espacio en que se trabaja con los niños se colocaran en diversos sitios que estén a la vista de los niños, aros de colores de diversos tamaños para que el niño los busque por el área, se pueden colocar en el suelo o en la pared, en objetos bajos para que los pueda alcanzar. El cuidador debe de orientar al niño sin señalárselos directamente. El niño una vez que los vaya encontrando debe llevarlas con el cuidador y ponerlas en un recipiente junto con la orden verbal del cuidador que es “pon”.</p> <p>Objetivo de la actividad: Descubrir los objetos a través de la búsqueda en el medio que lo rodea con la mínima intervención del cuidador.</p>		

ANEXO 7

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Caminar, caminar y parar	1	2
<p>Descripción: Se indicará a los cuidadores que tomen de las manos su niño y formen una fila, mientras escuchan una melodía y realizan las actividades marcas en ella. “Caminar, caminar y parar, da una vuelta en tu lugar. Y correr y correr y parar, da una vuelta en tu lugar. Y brincar y brincar y parar, dar una vuelta en tu lugar”. Al escuchar da una vuelta en tu lugar: se indicará no se suelten de las manos y dar una vuelta de ronda.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la regulación de la marcha, el seguimiento de órdenes simples y el equilibrio.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Garabateos	1	3
<p>Descripción: a cada diada se le brindará un par de plumones y una hoja blanca, el cuidador le mostrará al niño como realizar círculos y líneas rectas, con la intención de que el niño imite la acción y realice diferentes trazos sobre la hoja. Hay que mencionar que en casa pueden realizar dicha actividad con otros materiales y pedir a los cuidadores que la repliquen pero siempre variando el material.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la creatividad, pinza fina, coordinación óculo-manual.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Me separo de mi niño	1	4
<p>Descripción: se colocarán bloques dispersos en todo el salón y les proporcionarán un recipiente a cada diada. Los cuidadores deberán quedarse sentados e ir pidiéndole a los niños que vayan y traigan un bloque, el cuidador no deberá brindar ninguna ayuda al niño, únicamente dirigirá la actividad desde su lugar.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el apego seguro y la disminución de la ansiedad ante la separación.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Pesco pececitos de una bañera	1	5
<p>Descripción de la actividad: Se mostrarán al niño peces pequeños o medianos de plástico, una vez que se familiarice con ellos se pondrán en una tina con agua. Con ayuda de la red o coladera grande el niño intentara cogerlos ayudándose de la red o la coladera. El caso que el niño espontáneamente no intente sacar el pez usando la coladera o lo intente con las manos, el cuidador puede mostrar cómo hacerlo y después decirle “ahora tú, saca el pez, saca”</p> <p>Objetivo de la Actividad: Promover la solución de problemas sencillos: conseguir un juguete con ayuda de otro objeto.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Busco cubos y formo torres	2	2
<p>Descripción: se colocarán varios cubos dispersos en el salón, proporcionándoles a cada diada un recipiente. El cuidador dará la orden al niño de buscar cubos y ponerlos en el recipiente. Cuando hayan encontrado suficientes cubos el cuidador le proporcionará el recipiente, y le mostrará al niño como hacer torres muy altas, para que el niño intenté crear una torre muy alta.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la coordinación visomotriz, favorece la prolongación de tiempos de atención.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Pido los objetos por su nombre	2	3
<p>Descripción: se le brindarán diversos objetos llamativos al cuidador, quien ofrecerá uno a uno al niño y le dirá “¿quieres este carro?” se dice “dame el carro”, cuando el niño intente pronunciar alguna de las palabras ya sea dame o carro el cuidador podrá darle el carro al niño para que juegue con él, antes no podrá hacerlo.</p> <p>En casa el cuidador deberá incentivar el lenguaje del niño, pidiéndole que denomine los objetos por su nombre, si no puede hacer el cuidador le dirá “¿quieres una galleta?, ten se llama galleta, repite, galleta”; es importante que al nombrar los objetos realice gestos y mueva la boca de manera exagerada.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el uso del lenguaje para denominar objetos y realizar peticiones.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Pongo fichas en la alcancía	2	4
<p>Descripción: se les proporcionará una alcancía y fichas de colores (tipo moneda) el cuidador mostrará como colocar una ficha dentro de la alcancía diciendo “pon”, después será el turno del niño y el cuidador le dirá “toma una ficha” y “pon”. Las indicaciones deberán ser claras y cortas para que el niño logre realizar la actividad. Si el niño no logra insertar la ficha en la alcancía muéstrole como realizar la actividad realizando las adecuaciones necesarias en la mano girándola hacia el lado correcto. Con la práctica el niño realizará mejor la actividad, por eso es importante promoverla en casa utilizando diversos materiales.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: Favorecer la comprensión y seguimiento de órdenes simples, al igual que la motricidad fina.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Pinto con mis manos con diferentes texturas	2	5
<p>Descripción: se le brindará a cada diada (cuidador-niño) miel, yogurt, arroz con leche, gelatina o salsa de tomate, y una hoja de papel en la que el niño deberá pintar, el cuidador deberá ofrécele al niño cada una de las texturas con las que se cuente. Por ejemplo: si le ofrece miel deberá mostrarle cómo se abre el recipiente de la miel para que él lo pueda abrir y pedirle al niño que ponga un poco sobre la hoja para que pueda pintar con sus manos.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la integración sensorial y el seguimiento de órdenes simples.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Caminar con apoyo (silla, aro)	3	2
<p>Descripción: se les ofrecerá una silla pequeña o un huacal para que los niños puedan caminar empujándolo, de esta manera el niño se estabilizará con mayor facilidad y podrá desplazarse regulando el ritmo de su marcha al ir empujando la silla. El cuidador deberá de darle solo el apoyo necesario al niño.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la regulación de la marcha, el equilibrio.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Busco panes	3	3
<p>Descripción: los integrantes del grupo formarán un semicírculo, en el centro se colocará una bandeja con panes y frutas, cada niño esperará su turno para pasar y buscar un pan y llevárselo a su cuidador, si él se equivoca el cuidador deberá de darle nuevamente la orden de "dame un pan".</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: favorece conductas de búsqueda y la atención selectiva.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Imitando animales	3	4
<p>Descripción: Se les proporcionarán títeres de animales a los cuidadores, tendrán que contar una historia breve en donde ellos emitan el sonido del animal que les tocó. La historia deberá ser corta sólo debe de tener inicio, desarrollo y conclusión para que el niño pueda entenderla. Al terminar los cuidadores contarán la historia al resto del grupo.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: contribuye en gran medida en el desarrollo del lenguaje, promueve la atención y mejora la interacción cuidador hijo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Pongo reglas y limites en casa: SI y NO	3	5
<p>Descripción: se dará información sobre el manejo de límites y reglas dentro del área y en casa. Estas se deberán recalcar en cada sesión u oportunidad en la que el niño no atienda a las indicaciones del cuidador; el coordinador deberá orientarlo en como dirigirse al niño para que logre realizar la actividad, deje llorar, se comporte, etc.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la formación de hábitos, reglas y límites, al igual que brinda herramientas al cuidador para promover dichos aspectos.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
¿Dónde está?	4	2
<p>Descripción: se colocarán 5 pelotas escondidas en el salón; el cuidador le dirá busca una como está, mostrándole una pelota igual a la que está escondida; el cuidador deberá hacer uso de las nociones “arriba” “abajo” “enfrente” “detrás” dando la orden “busca la pelota, mira está arriba, tráela”; cuando alguno de los niños encuentre la pelota: ya sea señalándola, emitiendo un gesto o nombrándola preguntar ¿dónde está la pelota? Y responder la pelota está arriba. Se estimulará la comprensión de las nociones espaciales tras la repetición del ejercicio y brindando indicaciones.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la comprensión de nociones espaciales, seguimiento de órdenes.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Reconozco y me pongo prendas	4	3
<p>Descripción: se sentarán en semicírculo sobre la colchoneta colocando en el centro distintas prendas que pertenezcan a cada uno de los niños: chaleco o chamarra, gorro, guantes, bufanda, zapatos, etc. Los niños guiados verbalmente por sus cuidadores deberán recoger cada una de sus pertenencias y llevarlas a sus cuidadores. Ejemplo: “Diego, ve por tus zapatos, y tráemelos; ¿en dónde van los zapatos? en los pies, e incentivar a que el intente ponerse los zapatos solo”.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el reconocimiento de partes del cuerpo en relación con las prendas de vestir, el seguimiento de órdenes simples.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Me desplazo con mejor equilibrio	4	4
<p>Descripción: se colocarán varios aros en suelo y les pedirán a los cuidadores que acompañen a su niño y le pidan que junte cada uno de los aros, el cuidador brindará solo el apoyo necesario al niño para que se agache por el aro y se incorpore sin caerse ni despegar los pies del piso. Se deberá dejar que el niño camine solo para que perfeccione su marcha, si se llega a caer observar si el niño mete las manos para evitar golpearse la cara. Antes de comenzar asegúrese que el área esté libre de riesgos (cables, objetos que puedan tirar el niño, etc.)</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la marcha, el equilibrio y seguimiento de órdenes simples.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Canción las parte de mi cuerpo	4	5
<p>Descripción: se cantará la canción “las partes de mi cuerpo”, cada uno de los cuidadores presenta una parte del cuerpo distinta a las que menciona la canción por turnos, los demás padres también deben cantar la canción y animar a los niños a cantarla y que reconozcan y realicen lo que indiquen los cuidadores. En casa los cuidadores deberán seguir retroalimentando el aprendizaje de las partes del cuerpo, utilizando diversas estrategias, como preguntarle ¿Dónde están tus manos? ¿Enséñame tus manos? ¡Vamos a aplaudir con las manos!, realizando diversas actividades con una misma parte del cuerpo y de esta manera el niño integrará el conocimiento.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la imitación, el reconocimiento e identificación de las partes del cuerpo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Gestos en el espejo	5	2
<p>Descripción: el cuidador colocará al niño frente un espejo, comenzará por preguntarle ¿Quiénes están en el espejo?, después del reconocimiento, comenzarán a realizar diversos gestos como apretar los ojos, sacar la lengua, inflar las mejillas, etc. invitarlo a que los imite. Diciéndole ahora hazlo tú.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la identificación e imitación.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Pintamos nuestras manos en la hoja	5	3
<p>Descripción: se le proporcionará a cada cuidador pintura digital, un pincel y un trozo de cartulina; el cuidador deberá tomar la mano del niño y pintará la palma usando el pincel e impregnará sobre la cartulina la figura de sus manos varias veces; después será el turno del niño quien con ayuda de su cuidador realizará la misma acción. El cuidador deberá mostrarse sorprendido diciendo “mira estas son tus manos”. Al final el cuidador escribirá la frase “estas manos son para cuidarte”.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve el desarrollo de la creatividad, reconocimiento de las manos como parte su cuerpo y la interacción cuidador-hijo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Lanzar la pelota	5	4
<p>Descripción: Se colocará un pequeño circuito con algunos obstáculos (cuñas y escalones) y al final habrá un aro. Los niños deberán de recorrer el circuito tomando la pelota, al llegar a la parte final del circuito deberá lanzar la pelota y encestarla en el aro. El coordinador deberá poner el ejemplo para que todos los niños lo vean y puedan repetirlo. Los cuidadores únicamente brindarán la ayuda necesaria al niño.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la coordinación visomotriz, favorece la prolongación de tiempos de atención y ayuda en el desarrollo motor.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Nociones arriba y abajo	5	5
<p>Descripción: Se coloca un escenario pegado en la pared, de cosas que van arriba y cosas que van abajo por ejemplo el cielo y la tierra. En la tierra los niños pegarán figuras como carros, árboles, personas, etc.; y en el cielo aviones, pájaros, nubes, el sol, la luna, etc. Los niños tienen tomar la figura que se les indica ante la petición del cuidador, caminar y pegarla en el sitio que corresponde.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la identificación y comprensión de las nociones arriba y abajo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Caminar, caminar y parar	6	2
<p>Descripción: Se indicará a los cuidadores que tomen de las manos su niño y formen una fila, mientras escuchan una melodía y realizan las actividades marcas en ella. “Caminar, caminar y parar, da una vuelta en tu lugar. Y correr y correr y parar, da una vuelta en tu lugar. Y brincar y brincar y parar, dar una vuelta en tu lugar”. Al escuchar da una vuelta en tu lugar: se indicará no se suelten de las manos y dar una vuelta de ronda.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la regulación de la marcha, el seguimiento de órdenes simples y el equilibrio.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Amasando	6	3
<p>Descripción: a cada diada se les proporcionará un trozo de plastilina o masita. El cuidador se lo ofrecerá al niño para que lo pueda explorar animándolo a sentir la textura de la plastilina, dejando que experimente con ella, podrán amasarla, pellizcarla, hacer bolitas, etc. Lo importante el permitir al niño que explore las distintas formas de jugar</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la integración sensorial y el seguimiento de órdenes simples.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Me escondo con mi niño debajo de una sábana y luego yo solo	6	4
<p>Objetivo de la Actividad: Favorecer la tolerancia emocional y el apego seguro para interactuar con otros</p> <p>Descripción de la actividad: El niño junto con otro cuidador y otro niño, se sentarán en la colchoneta y serán cubiertos con el paracaídas de colores. Mientras los demás llaman por su nombre a los niños y preguntaran ¿Dónde están? Si alguno de los niños no se destapa para aparecer, el cuidador puede levantar el paracaídas y contestar ¡aquí están! Después de algunas repeticiones, se cubrirán solo los niños con el paracaídas para que toleren algunos segundos cubiertos totalmente con el paracaídas antes de destaparse el solo o bien, ser destapado por el cuidador.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Rápido y lento con la canción “papá va en su coche”	6	5
<p>Descripción de la actividad: Con apoyo de la canción “Papá va en su coche” (Anexo 1.13) pues ya se le hace tarde para ir a trabajar (rápido), mamá en su coche nuevo que despacito va, maneja con cuidado pues no quiere chocar (lento)”. Se realiza un círculo por el cual se caminará con un aro en las manos de los niños simulando un volante de carro se caminará por el circuito, como la canción lo pida.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Desarrollar comprensión de nociones rápido y lento y favorecer juego simbólico de segundo orden.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Nociones de adentro y afuera, arriba y abajo	7	2
<p>Descripción: Se coloca un escenario pegado en la pared, de cosas que van arriba y cosas que van abajo por ejemplo el cielo y la tierra. En la tierra los niños pegarán figuras como carros, árboles, personas, etc.; y en el cielo aviones, pájaros, nubes, el sol, la luna, etc. Los niños tienen que tomar la figura que se les indica ante la petición del cuidador, caminar y pegarla en el sitio que corresponde.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la identificación y comprensión de las nociones arriba y abajo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Veo el títere y espero a que mi cuidador regrese	7	3
<p>Descripción de la actividad: Las diadas se sentarán frente a una sábana extendida que se pondrá a modo de telón-escenario. Se les enseñará títeres de diferentes animales para que los niños elijan uno. Por turno el cuidador tomara ese títere y se pondrá atrás de la sábana y contará una historia corta. El cuidador dejará que el niño vea como se esconde atrás de la sábana y es el quien mueve el títere con la intención de que el niño no se impacienta por la separación física.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Desarrollar tolerancia emocional a la separación física del cuidador (apego seguro)</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Lanzo pelota al aro	7	4
<p>Descripción de la actividad: Se formarán dos filas de cuidador-niño, la coordinadora se colocará al frente de las filas y sostendrá en cada mano un aro de forma vertical, para que los niños a una distancia corta como de 50cm la lancen al interior del aro. El cuidador se coloca del otro lado del aro para atraparla y luego se la avienta de regreso al niño para que recupere la pelota y se coloquen al final de la fila. Pasado 3 turnos para cada niño se cambian la posición de los aros a horizontal para que la pelota caiga en un recipiente en el suelo.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Ampliar la tolerancia a la frustración y aumentar la capacidad de espera.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Busquemos en la alberca	7	5
<p>Descripción: se colocará una alberca llena de pelotas de diferentes colores. Se agregan además cubos de plástico; se proporciona a los niños un recipiente, y los cuidadores deberán indicar a sus pequeños que vamos a recoger sólo los cubos, para colocarlas dentro del recipiente que se les proporcionó. Pedir al cuidador que ponga el ejemplo, después se pedirá al grupo de niños que busquen los cubos y los guarden dentro de la bolsa. Una vez que ya no haya más cubos, los cuidadores junto a los niños mostrarán por turnos cuantos cubos tiene su bolsa, se promueve brindar reconocimiento verbal por parte de todo el grupo a los pequeños.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: favorece conductas de búsqueda y la atención selectiva.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Pongo plumitas al pollito	8	2
<p>Descripción: se pondrán plumitas en el piso cerca de dibujos de un pollito para cada niño. Los niños tendrán que levantar una pluma y pegarla en el punto de pegamento que pondrá el cuidador con su dedo índice mientras da la instrucción “pon aquí”.</p> <p>Objetivo de la actividad: favorecer el equilibrio ante los cambios posturales de bipedestación-acuclillarse-bipedestación.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Los transportes	8	3
<p>Descripción: el cuidador le mostrará al niño un álbum con ilustraciones grandes y de colores brillantes de medios de transporte incluyendo auto, tren, avión, bicicleta, camión; al mismo tiempo se colocará un audio con los sonidos de dichos medios de transporte, el niño deberá ver y oír al mismo tiempo; mientras que el cuidador le menciona y le muestra cada una de las imágenes a la par del sonido. Posteriormente se retirará el álbum y únicamente trabajarán con audio, al escuchar cada uno de los sonidos el cuidador le dirá al niño “escucha un avión”.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la atención, la asociación entre sonidos y formas.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Expreso afecto a mi cuidador, a un muñeco y a otros niños	8	4
<p>Descripción de la actividad: Se organizarán a los niños en parejas y con ayuda de los cuidadores se alternarán para dar una galleta a otro niño, dar la mano, abrazar a otro niño, etc.).</p> <p>Objetivo de la Actividad: Estimular acciones de cuidado y empatía a otra persona”</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Circuito	8	5
<p>Descripción: Haciendo uso de algunos materiales (colchonetas, rodillos, rampas, cuñas, escaleras), se crearán distintas superficies a múltiples niveles a manera de que los niños al transitar por estas se dispongan a desarrollar varias actividades motoras como caminar con apoyo, gatear, subir y bajar. Se solicitará a los cuidadores brinden ayuda cuando el niño así lo requiera. El ejercicio por parte del niño deberá atender además a las indicaciones verbales que le emita la madre “arriba”, “abajo”, “gateando”, “caminando” “vamos muy bien”, “más rápido” “lo hicimos bien”.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: los circuitos ayudan a que el niño descubra distintas formas de realizar los desplazamientos pues puede pasar caminando, gateando, rápido o lento esto le permitirá desarrollar su equilibrio y sus reacciones de defensa en un lugar seguro.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Rompecabezas del cuerpo humano	9	2
<p>Descripción de la actividad: Se les entregará un rompecabezas del cuerpo humano, las partes se deben colocar a un lado, cuando el niño tome una, el cuidador le debe preguntar, “¿qué es eso?” y esperar la respuesta del niño, si el niño no responde le dirá por ejemplo, “esa es la cabeza”, “¿dónde va la cabeza?” y animar al niño a que la coloque en su lugar.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Asociar el esquema corporal mediante un dibujo del cuerpo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Concientizar el cambio de bebé-niño pequeño	9	3
<p>Descripción de la actividad: Los cuidadores se sientan en sillas para formar un círculo procurando que los niños estén parados a su lado. Se colocan en dos bandejas imágenes de un bebé muy pequeño y un niño un poco más grande como de la edad de los niños del grupo, y se les da a los cuidadores diferentes imágenes y frases que se refieren a uno y a otro, esperando que identifique a que recipiente corresponde cada imagen o frase que tienen, cada niño pasa por turnos a dejar en el recipiente indicado por el cuidador la imagen o la frase. Por ejemplo: “Necesito que me carguen todo el tiempo” que se identificaría como una frase de para el recipiente del bebépequeño o la imagen de un niño jugando de pie, que correspondería al recipiente del niño grande. Después de colocar todas las imágenes y frase se platica con los cuidadores sobre que sus niños van creciendo y que les debende dar la oportunidad de nuevos retos, ya no tratándolos como bebés muy pequeños. Que no se pretende que se desapeguen de ellos sino que formen un apego seguro donde no necesitan el constante apoyo del cuidador pues el niño tiene la seguridad de que siempre están para ellos.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Apoyar al cuidador en la forma de ver y tratar al niño para que pueda brindarle mayores oportunidades.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Uno para ti, uno para mi	9	4
<p>Descripción de la actividad: Se colocará al niño sentado frente a su cuidadora quien se le entregará un puño de cereal. El cuidador irá repartiendo un cereal para el niño y uno para él diciendo “uno para ti, uno para mí” hasta terminar de repartirlos. Cuando termine hará un montoncito juntando los cereales de los dos y animará al niño para que ahora sea él, el responsable de repartirlos.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Favorecer la imitación y espera de turnos como elementos para la construcción del autocontrol.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Jugando al boliche soy paciente	9	5
<p>Descripción de la actividad: Se les entregará un canal el cual se colocará en forma inclinada sobre una silla pequeña, enfrente de donde termina el canal, se colocarán unos bolos. El niño lanzará la pelota a través del canal y debe seguir su trayectoria hasta que llegue al final y ver como se caen los bolos.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Asociar el esquema corporal mediante un dibujo del cuerpo.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Me identifico en una foto	10	2
<p>Descripción: cada cuidador llevará algunas fotos en donde aparezca el niño solo, con sus padres, con hermanos o tíos (o personas con las que convivan abuelos, primos, amigos etc.), el cuidador le mostrará al niño cada una de las fotos en ese mismo orden y le preguntará: ¿quién es este niño? ¿Está aquí? ¡Es Mateo!, hará lo mismo con el resto de las fotografías y nombrará a todos los que aparecen en las fotos.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la identidad y el reconocimiento tanto suyo como de su familia.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Changuitos	10	3
<p>Descripción: Se le proporciona a cada diada un recipiente de plástico. Posteriormente se coloca un tendedero con changuitos colgados, donde los niños deberán quitar uno por uno y llevarlo a donde está su cuidador para colocarlo en el recipiente. El cuidador debe dar órdenes simples de “quita” y “pon”. Se debe llamar la atención del niño mediante expresiones faciales y verbales “mira que es eso, ¡un changuito!</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la coordinación visomotriz fina, favorece la prolongación de tiempos de atención y el seguimiento de órdenes simples.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Subiendo y bajando banquitos	10	4
<p>Descripción de la actividad: Se colocan unas escaleras en el área de trabajo y se pide a los cuidadores que animen a los niños a subir las escaleras, se les puede mostrar un juguete en lo alto de la escalera para que lo quieran alcanzar o que lleve algún objeto para ponerlo en una cesta que se encuentra en la parte superior de la escalera. Es importante que el cuidador se dé cuenta que si el niño no tiene un objetivo que cumplir para subir las escaleras es más difícil entender por qué tiene que hacerlo. Puede subir las escaleras gateando pero se anima a que se intente poner de pie y lo realice caminando. El cuidador puede darle apoyo con una o dos manos pero debe de dejar que el niño cargue con la mayor parte de su peso. Sobre todo si el niño se hace para atrás como si se fuera a caer, debe de dejar que tenga la sensación de caída para que regule su equilibrio.</p> <p>Objetivo de la Actividad: Coordinación y equilibrio en marcha y al subir y bajar escaleras.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Caminar, caminar y parar	10	5
<p>Descripción: Se indicará a los cuidadores que tomen de las manos su niño y formen una fila, mientras escuchan una melodía y realizan las actividades marcas en ella. “Caminar, caminar y parar, da una vuelta en tu lugar. Y correr y correr y parar, da una vuelta en tu lugar. Y brincar y brincar y parar, dar una vuelta en tu lugar”. Al escuchar da una vuelta en tu lugar: se indicará no se suelten de las manos y dar una vuelta de ronda.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la regulación de la marcha, el seguimiento de órdenes simples y el equilibrio.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Bailando separado de mi cuidador	11	2
<p>Descripción: Se coloca a los niños sentados en la colchoneta y frente a ellos la tortuga grande y la pequeña (que servirán de ejemplo). El coordinador le mostrará a todos los niños la tortuga grande diciendo mira ¡Esta tortuga es grande! La debe colocar a lado de la otra tortuga, la cual tomará después y le dirá ¡Esta tortuga es chica! Y la colocará a lado de la tortuga grande. Después el cuidador de dirá al niño (depende del objeto que le haya tocado), ¡Dame el (...) grande! Una vez que se la dé, debe colocarla nuevamente en su lugar y pedir el objeto chico. En caso de que el niño se equivoque y trate de dar el objeto chico, el cuidador no debe aceptarla y decirle, esa no es el grande, fíjate bien y dame el grande. Después se repite la acción pidiendo en objeto chico Cuando el niño entrega el objeto que se le pidió, el cuidador debe festejar su logro.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: Promueve la comprensión y diferenciación en cuanto a tamaños.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Diferenciando tamaños	11	3
<p>Descripción: se colocarán varios aros en suelo y les pedirán a los cuidadores que acompañen a su niño y le pidan que junte cada uno de los aros, el cuidador brindará solo el apoyo necesario al niño para que se agache por el aro y se incorpore sin caerse ni despegar los pies del piso. Se deberá dejar que el niño camine solo para que perfeccione su marcha, si se llega a caer observar si el niño mete las manos para evitar golpearse la cara. Antes de comenzar asegúrese que el área esté libre de riesgos (cables, objetos que pueda tirar el niño, etc.)</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la marcha, el equilibrio y seguimiento de órdenes simples.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Me desplazo con mejor equilibrio	11	4
<p>Descripción: se colocarán varios aros en suelo y les pedirán a los cuidadores que acompañen a su niño y le pidan que junte cada uno de los aros, el cuidador brindará solo el apoyo necesario al niño para que se agache por el aro y se incorpore sin caerse ni despegar los pies del piso. Se deberá dejar que el niño camine solo para que perfeccione su marcha, si se llega a caer observar si el niño mete las manos para evitar golpearse la cara. Antes de comenzar asegúrese que el área esté libre de riesgos (cables, objetos que pueda tirar el niño, etc.)</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: promueve la marcha, el equilibrio y seguimiento de órdenes simples.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Busco panes	11	5
<p>Descripción: los integrantes del grupo formarán un semicírculo, en el centro se colocará una bandeja con panes y frutas, cada niño esperará su turno para pasar y buscar un pan y llevárselo a su cuidador, si él se equivoca el cuidador deberá de darle nuevamente la orden de “dame un pan”.</p> <p>Impacto en el desarrollo del niño: favorece conductas de búsqueda y la atención selectiva.</p>		

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Aros en el cuerpo de alguien más	12	2

Descripción de la actividad: Los niños se sentarán entre las piernas de su cuidador el cual estará sentada en el piso con las piernas abiertas y extendidas, y los pies tocan los pies de otro cuidador que a su vez estará sentado al frente en la misma posición con su niño sentado entre sus piernas. Proporcionar un aro, a cada cuidador, el coordinador irá diciendo en dónde se colocará el aro, por ejemplo: “Vamos a ponernos el aro en la cabeza”, “Vamos a ponernos el aro en la mano”, “Vamos a ponernos el aro en el pie”. El niño tendrá que ir por el aro que está en el cuerpo del otro cuidador y dárselo al suyo.

Objetivo de la Actividad: Favorecer la autorregulación emocional para acercarse a otros e identificar partes del cuerpo como parte de la construcción del esquema corporal.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Que lo toque, que lo toque	12	3

Descripción de la actividad: Esta actividad se trabajará en parejas, se colocará a los niños sentados uno frente al otro. Mediante la canción “Que lo toque que lo toque” (Anexo 1.14) se busca que vayan tocando al compañero de al lado, de acuerdo con la consigna de la canción, unas veces suave, unas veces rápido, etc. Se pretende enseñar al niño a tocar despacio, suave, cuando él sea tocado decirle, por ejemplo, “siente, te toco suave”.

Objetivo de la Actividad: Regulación de la intensidad del movimiento. Autocontrol al aproximarme. Expresión de emociones.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Circuito	12	4

Descripción: Haciendo uso de algunos materiales (colchonetas, rodillos, rampas, cuñas, escaleras), se crearán distintas superficies a múltiples niveles a manera de que los niños al transitar por estas se dispongan a desarrollar varias actividades motoras como caminar con apoyo, gatear, subir y bajar. Se solicitará a los cuidadores brinden ayuda cuando el niño así lo requiera. El ejercicio por parte del niño deberá atender además a las indicaciones verbales que le emita la madre “arriba”, “abajo”, “gateando”, “caminando” “vamos muy bien”, “más rápido” “lo hicimos bien”.

Impacto en el desarrollo del niño: los circuitos ayudan a que el niño descubra distintas formas de realizar los desplazamientos pues puede pasar caminando, gateando, rápido o lento esto le permitirá desarrollar su equilibrio y sus reacciones de defensa en un lugar seguro.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Nº DE SESIÓN	Nº DE ACTIVIDAD
Caminar, caminar y parar	12	5

Descripción: Se indicará a los cuidadores que tomen de las manos su niño y formen una fila, mientras escuchan una melodía y realizan las actividades marcas en ella. “Caminar, caminar y parar, da una vuelta en tu lugar. Y correr y correr y parar, da una vuelta en tu lugar. Y brincar y brincar y parar, dar una vuelta en tu lugar”. Al escuchar da una vuelta en tu lugar: se indicará no se suelten de las manos y dar una vuelta de ronda.

Impacto en el desarrollo del niño: promueve la regulación de la marcha, el seguimiento de órdenes simples y el equilibrio.