



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGIA

SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO DE NIÑOS
CON ANTECEDENTE DE
NACIMIENTO DE ALTO RIESGO

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

VALERIA ITALIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. MARIO E. ROJAS RUSSELL

ASESORA: MTRA. KARINA SERRANO ALVARADO

ASESORA: DRA. ANA MARÍA BALTAZAR RAMOS



CDMX

MARZO 2025



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

A mis padres Nando y Gaby, que amo con todo mi ser, por darme la vida, ofrecer lo mejor que pudieron, compartir sus experiencias de vida, educarme con cariño, apoyarme para estudiar la carrera, enseñarme a ser fuerte, mantenerme firme y adaptarme a los cambios por más duros que estos sean.

A mi hermana Gabyfer, por enseñarme a ser perseverante y constante; a recordarme que pocas cosas llegan solas, por ser tan dura conmigo y a la vez protegerme.

A mi hermano Rubén por su nobleza, sus deliciosos platillos y su presencia amorosa y juguetona.

A mi tía Vicky por estar al pendiente de mi cuando estuve lejos de casa, por guiarme y darme las herramientas para trabajar en mis estudios, por contagiarme su amor por los libros e insistir para que no me rindiera.

Al resto de mi familia por tener una mente abierta y aplaudir mis éxitos. Los amo.

A mis profesores por contagiarme su pasión por la psicología, por ofrecer clases de calidad, por inspirar y facilitar conocimientos, experiencias, consejos y un sin fin de recursos.

A mis compañeros y estimados amigos por contribuir a mi sentido de pertenencia, acompañarme en el proceso de enseñanza aprendizaje con espíritu, creatividad, ingenio y mucho trabajo en equipo.

A mi novio, por reconfortarme en los momentos más difíciles, por contribuir a mi desarrollo personal, alentarme a vencer mis miedos y darme fortaleza.

A la universidad por darme la oportunidad de ser parte de su comunidad y dejarme aprovechar los beneficios que eso conlleva. Estoy orgullosa de ser egresada de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
CAPÍTULO I EMBARAZO Y NACIMIENTO DE ALTO RIESGO	4
1.1 Definición y características	4
1.2 Impacto emocional	9
CAPÍTULO II NEURODESARROLLO	12
2.1 Definición y características	12
2.2.1 Teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget	16
2.2.2 Teoría histórico-cultural de Vygotsky	17
2.4 Neurodesarrollo y nacimiento de alto riesgo	22
CAPÍTULO III. PRÁCTICAS DE CRIANZA	26
3.1 Definición	26
3.2 Prácticas de crianza y el alto riesgo neonatal	30
CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL	33
Objetivos del programa de servicio social	35
ACTIVIDADES	36
Periodo de prueba y capacitación	36
Capacitación continua	36
Entrevista inicial	38
Cita de primera vez	38

Aplicación de cuestionarios	38
Historia Clínica	41
Evaluación	41
La Escala de Desarrollo Bayley III (BDS-III)	42
Escala de Inteligencia Stanford-Binet IV	47
Elaboración de notas clínicas	51
Elaboración de base datos	53
Exposición de temas	53
Talleres de modificación de conducta	55
Terapias de grupo	57
Cuidados Paliativos	58
Actualización de pruebas	59
Actividades de Investigación	59
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	62
Referencias	65
Anexos	75

Resumen

Tener un hijo es un acontecimiento significativo en la vida de cualquier persona. No obstante, este evento puede provocar incertidumbre, temor e inseguridad, debido a los numerosos cambios que ocurren y que exigen una reorganización y adaptación ante la llegada del nuevo integrante a la familia (Frade et al, 2013).

Esta situación se complica ante la situación de un embarazo de alto riesgo. El nacimiento de un hijo con alto riesgo y todo lo que ello representa, se convierte en un evento crítico que repercute en la vida de los padres, pues pone a prueba su capacidad de mantener un adecuado funcionamiento familiar en general, como favorables prácticas de crianza en particular (Gómez et al., 2012; Agirre, 2016 y Hernández, 2019).

Desde un punto de vista ideal, la madre y el padre, que figuran como los pilares de la familia, contemplan distintas alternativas para tener acuerdos frente a los distintos retos que conlleva la paternidad. Moore et al (2011) menciona que la coordinación de la pareja fortalece su rol como padres en la crianza de sus hijos. Por lo tanto, de acuerdo con Cantón-Cortés et al (2014) las dificultades que enfrente la pareja serán un factor determinante en la adaptación y el bienestar de los niños, así como en su neurodesarrollo.

La pareja ante el nacimiento y crianza de un niño de alto riesgo son dos personas vinculadas emocionalmente que comparten determinadas pautas de interacción dentro de una dinámica de pareja y que responden de manera específica ante el nacimiento y crianza de un niño de alto riesgo según la personalidad de cada miembro, el apoyo percibido por la pareja, entre otros factores que comprometen el desarrollo del niño (Jiménez-Quiroz et al., 2021).

Introducción

Se denomina niños con nacimiento de alto riesgo a aquellos que requieren de cuidados especiales debido a complicaciones que ocurrieron el periodo prenatal, perinatal o posnatal (Hauser, Milan, González & Oiberman, 2017). En la mayoría de los casos se trata de niños con antecedentes de prematuridad o aquellos que fueron producto de un embarazo múltiple. Estos niños son más vulnerables de presentar problemas sensoriales y del neurodesarrollo (Torres, Gómez, Medina, & Pallás, 2008); alteraciones o secuelas en la motricidad (Fernández, Matsumura, Gutiérrez, Zamudio & Melgarejo, 2017); alteraciones en el razonamiento verbal, numérico, y memoria a corto plazo (Fernández-Carrocerá & González-Mora, 2004) entre otras condiciones.

La detección inoportuna de los retrasos en el neurodesarrollo de estos niños puede impactar de manera negativa en diferentes esferas de la vida del menor, particularmente en el ámbito del desempeño escolar (Narberhaus & Segarra, 2004). Por ello, la evaluación y vigilancia de estos niños durante sus primeros años de vida es de vital importancia.

Mediante una acción multi e interdisciplinaria, el Departamento de Seguimiento Pediátrico del Instituto Nacional de Perinatología (INPER) lleva a cabo una supervisión periódica del niño con antecedente de nacimiento de alto riesgo. En el caso del área de psicología, las consultas se enfocan en la evaluación anual del neurodesarrollo infantil mediante pruebas diagnósticas como la Escala de Desarrollo Infantil Bayley II y III durante los tres primeros años de vida y, posteriormente, a partir de los 4 años, la Escala de inteligencia Stanford Binet IV.

Una vez concluida la evaluación del niño, se ofrece a los padres retroalimentación acerca de los resultados de la valoración, tomando como punto de partida el desempeño actual del niño (orientación al compromiso, nivel de adaptación al medio, regulación

emocional y calidad motora en comparación con sus valoraciones anteriores, en comparación consigo mismo y en comparación con el promedio). Las valoraciones del niño se llevan a cabo anualmente en los primeros años de vida hasta que todas las especialidades consideren oportuno dar de alta al paciente.

Asimismo, se brinda orientación a los padres sobre cómo llevar a cabo un cambio de hábitos en la crianza (promoviendo una mayor independencia, estableciendo límites claros y consistentes, entre otros aspectos) para favorecer la autonomía del menor en su proceso de desarrollo.

Son comunes las conductas de sobreprotección en los padres de niños con nacimiento de alto riesgo, debido al cúmulo de experiencias vividas en la unidad de cuidados intensivos (UCIN, UCIREN) que impactan a nivel emocional y conductual (Segura y González, 2014), provocando una percepción de vulnerabilidad hacia los hijos, así como relaciones de dependencia emocional (Mora & Rojas, 2005), una crianza controladora, intrusiva, y hostil (Pyhälä, et al. 2011) desencadenando una crianza más demandante y menos gratificante para los padres (González, 2010).

Una vez que se analiza el caso y se detectan estas conductas de riesgo en los padres, el servicio les ofrece como opción la terapia de grupo para trabajar aquellos aspectos emocionales y conductuales que pudieran afectar negativamente la crianza de sus hijos, además se les invitaba a asistir a talleres de crianza en donde se les proporcionaba mayores recursos y técnicas para la modificación de conducta.

Sobre esta base, el objetivo de este informe es describir y analizar cuantitativamente las actividades realizadas en el servicio social. En particular, se describirá el perfil sociodemográfico y clínico de la población atendida.

CAPÍTULO I EMBARAZO Y NACIMIENTO DE ALTO RIESGO

1.1 Definición y características

El embarazo y el nacimiento de alto riesgo se refieren a un conjunto de complicaciones que se pueden presentar en el periodo perinatal que compromete la salud de la madre y el recién nacido durante el embarazo, parto y posparto (National Institute of Child Health and Human [NIH], 2020).

Según la NOM-007-SSA2-2016, en los puntos 3.25, 3.26 y 3.27, al nacer un bebé se clasifica como: 1) *Prematuro*: de menos de 37 semanas de gestación; 2) *A término*: de 37 a 42 semanas de gestación; y 3) *Postérmino*: nacido después de 42 semanas de gestación. Cuando el nacimiento se produce antes de la semana 37 de gestación, los bebés a menudo tienen problemas de salud (Secretaría de Salud [SSA], 2016).

La definición de alto riesgo puede variar según la fuente, pero en general, se considera un nacimiento de alto riesgo cuando el bebé es prematuro y presenta bajo peso al nacer (Mendoza et al., 2016). La prematurez es la causa más frecuente de morbilidad perinatal, ya que es responsable del 75% de las muertes neonatales que no están relacionadas con defectos congénitos (Rodríguez-Coutiño et al, 2013). Dentro de este grupo, los bebés nacidos con 1500 gramos de peso o menos corresponden al grupo más vulnerable, ya que no cuenta con la suficiente madurez orgánica para poder sobrevivir por su propia cuenta (UNICEF, 2015).

Las complicaciones inmediatas asociadas con la prematurez son: síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, persistencia del conducto arterioso y retinopatía (Rodríguez-Coutiño et al, 2013).

En general, se acepta que todos los niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso de nacimiento menor a 1500 g deberían ser canalizados a

un programa de seguimiento que, de forma ideal, se extendiera hasta la adolescencia (Pallas, 2011).

Asimismo, Ortega y Ricarso (2020) mencionan que la prematuridad:

Es el resultado de una compleja red de determinantes individuales, sociales, culturales y gestacionales que interactúan, por lo que para su prevención se debe no solo trabajar en medidas de salud, sino en elaboración de políticas y planes de acción integral. (p. 372)

Es por ello que en los programas de seguimiento trabajan a la par distintas especialidades con el objetivo de mejorar la evolución de los niños a mediano y largo plazo. Sin embargo, ignorar los problemas en su evolución y las peculiaridades del desarrollo de estos niños puede llevar a retrasar aquellos pronósticos negativos que vendrán a complicar aún más su desarrollo (Pallas, 2011).

Cuando se enfrenta a un nacimiento prematuro, es necesario valorar la edad gestacional del neonato, para que se puedan conocer los riesgos que habrá que enfrentar en las primeras semanas (Gómez-Gómez et al., 2012).

Además, es necesario registrar en el expediente todos los factores de riesgo que tuvieron durante y después de nacer. De acuerdo con Mayo Foundation for Medical Education and Research (2024), algunos de los factores de riesgo que se pueden presentar en los primeros días de vida después del nacimiento prematuro se ejemplifican en la Figura

1.

Figura 1

Lista de factores de riesgo del recién nacido prematuro

Digestivos
•Enterocolitis necrosante (Inflamación intestinal grave)
Sanguíneos
•Anemia •Ictericia •Hiperbilirrubinemia
Metabólicos
•Nivel bajo de glucosa •Dificultad para convertir la glucosa almacenada
Inmunológicos
•Sepsis •Microsefalia •Meningocele •Convulsiones
Cerebrales
•Hemorragia intraventricular •Hidrocefalia
Respiratorios
• Síndrome de dificultad respiratoria •Neumonía •Aire extra en el tejido pulmonar (enfisema intersticial pulmonar) •Hemorragia pulmonar • Apnea (pausas irregulares y superficiales en la respiración) • Displasia broncopulmonar
Cardíacos
•Defecto de algún conducto arterial •Presión arterial baja •Insuficiencia cardíaca
Sistema circulatorio
•Hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre)
Temperatura
•Problemas para mantener un nivel de temperatura constante

Nota: Adaptado de Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2024, (<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/premature-birth/symptoms-causes/syc-20376730>).

Por otro lado, de acuerdo con Blencowe et al. (2013) los antecedentes de la madre pueden ser factores predictores de un embarazo de alto riesgo:

- La edad (antes de los 17 y después de los 35 años)
- Enfermedades crónicas como diabetes, problemas de la tiroides o daño en los riñones
- Antecedentes de infertilidad o intentos fallidos de reproducción asistida
- Hipertensión arterial porque dificulta la absorción de nutrientes para que el feto se desarrolle
- Pérdidas anteriores como abortos espontáneos
- Un lapso de menos de 6 meses entre embarazos
- Alteraciones genéticas (riesgo de aborto)
- Hábitos dañinos para la salud, como adicción al tabaco, drogas o alcohol, provocan malformaciones
- Enfermedades infecciosas como la neumonía, COVID, SIDA entorpecen la evolución del feto en el vientre
- Infección (una infección urinaria o de la membrana amniótica).
- Un cuello uterino debilitado que comienza a abrirse (dilatarse) temprano, también llamado insuficiencia cérvico uterina.
- Anomalías congénitas del útero.
- Antecedentes de parto prematuro.
- Mala nutrición poco antes o durante el embarazo.
- Preeclampsia: hipertensión arterial y presencia de proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo.
- Ruptura prematura de membranas (placenta previa).
- Raza negra.
- Enfermedades de la sangre como la anemia
- Fibromas uterinos que impiden el crecimiento del feto
- Embarazo múltiple (representan el 15% de todos los nacimientos prematuros)
- Obesidad o muy bajo peso
- Pelvis pequeña

En un marco ideal, cuando se detecta oportunamente que un embarazo es de alto riesgo, el procedimiento para su manejo es canalizar a la madre a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Una vez que el bebé nace, se lleva a una sala especializada y se coloca en una incubadora que controla la temperatura de su cuerpo.

Luego, es conectado a sistemas de monitoreo que registran su respiración, frecuencia cardíaca y nivel de oxígeno en la sangre. El neonato necesitará de cuidados especiales hasta que sus órganos se hayan desarrollado lo suficiente para mantenerse vivo sin soporte médico, lo que puede tardar desde unas cuantas semanas hasta varios meses (Minuesa, 2019).

La prematuridad puede tener efectos a largo plazo, ya que muchos bebés pueden presentar problemas médicos, de desarrollo o de comportamiento que continuarán hasta la niñez e incluso la adultez, por ejemplo: afección visual o auditiva, enfermedad pulmonar crónica del prematuro, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, displasia broncopulmonar, asma, retraso del crecimiento y el desarrollo psicomotor en la infancia, ganancia de peso acelerada en la adolescencia, dificultades específicas del aprendizaje, dislexia, logros académicos reducidos, problemas cognitivos y motores, parálisis cerebral, desórdenes de hiperactividad y déficit de atención, entre otros (Blencowe et al, 2013).

Además, se ha encontrado también que los niños que experimentaron situaciones estresantes con prolongados periodos de llanto y falta de interacción física con sus padres (como suele ocurrir en los casos más graves de niños con alto riesgo al nacer) podrían presentar cierta predisposición a padecer trastornos como ansiedad y depresión en un futuro, ya que en los primeros meses de vida, la ocurrencia crónica de estos eventos ocasiona el aumento de sustancias en el cerebro que provocan un daño en las células de la región orbito frontal de la corteza cerebral, causando un daño permanente. Por eso es muy importante no descuidar el vínculo materno-fetal en las primeras semanas de vida.

En los últimos años, se ha visto una disminución en la mortalidad de los bebés que nacen prematuros o con otras condiciones médicas. Esta disminución de mortalidad es gracias a los avances médicos y la incorporación de programas de seguimiento, lo que ha

permitido que los bebés prematuros sean capaces de sobrevivir, a veces incluso sin secuelas permanentes que puedan dificultarles su vida diaria (Minuesa, 2019).

1.2 Impacto emocional

La prematuridad no solo afecta a los bebés que la sufren, sino también a los padres, (Narváez, 2017). Por ello es necesario describir cómo impacta emocionalmente a los padres cuando un niño nace prematuro y el cómo afecta en las primeras oportunidades del vínculo afectivo.

En contexto, los padres se preparan y organizan con antelación a las necesidades que tendrá el nuevo integrante de la familia hasta el momento del nacimiento. Cuando los sorprende un parto prematuro se ven obligados a una reorganización y toma decisiones abruptas en donde los invade el miedo, la preocupación y la incertidumbre, pues el bebé se encuentra en peligro y será necesaria la intervención médica. Una vez ocurrido esto, los padres entran en un replanteamiento que rompe con todos sus ideales de un hijo sano y fuerte (Menéndez, 2001).

De acuerdo con Minuesa (2019) debido a las complicaciones que se dan en el parto y después del nacimiento, los padres presentan una gran desilusión cuando se enteran del mal pronóstico. Su hijo puede encontrarse en observación durante semanas por las condiciones adversas e incluso pueden pasar meses para que el bebé finalmente este fuera de peligro y dado de alta. Por lo que los padres pasan un largo periodo de tiempo en incertidumbre y estrés constante, ya que existen muchos riesgos derivados de la inmadurez de nacimiento.

Una vez que el bebé se encuentra estable, inicia un proceso difícil durante la estancia en la UCIN, la cual dependerá de la evolución del bebé, por lo tanto, es algo desconocida la duración de esta, ya que puede extenderse días, semanas y hasta meses, lo que supone una rotura de la rutina y vida cotidiana de los padres. Además, una vez que la

madre es dada de alta, supone múltiples viajes de casa al hospital para poder pasar tiempo con el bebé en caso de disponer del horario abierto de visitas en la UCIN (Minuesa, 2019).

En una revisión sistemática coincidió en la mayoría de los estudios que los factores que más producían estrés en los padres eran aquellos derivados de la interrupción del vínculo paternofilial y el desconocimiento de la situación de su hijo. En la mayoría de las ocasiones, cuando un bebé nace con complicaciones, no es posible el contacto piel a piel con la madre, lo que afecta el vínculo desde un inicio (Minuesa, 2019). Por otro lado, los padres lidian con mucho estrés debido a la toma de decisiones que dan pauta, a la autorización de una serie de procedimientos para mantener vivo y a salvo al neonato (Britos, 2018).

De acuerdo a Gómez y Aldana (2007) los padres entran en un proceso de duelo cuando se enteran que el nacimiento de su hijo será de alto riesgo:

- La **negación** de la mala noticia que se caracteriza por el estado de conmoción, parálisis e incredulidad acerca del tema. Esto puede durar desde horas hasta días y es probable que presenten dificultad para entender las explicaciones de los médicos, ya sea que no puedan recordar la información o la modifiquen de acuerdo a sus propias expectativas.
- Luego, **rabia y rechazo**, que es el resultado de la frustración de las ilusiones de los padres, el pánico y la culpa por su “participación” en el defecto del hijo. El rechazo también se caracteriza por dirigir la ira hacia los demás para protegerse su yo abrumado por los sentimientos de culpa.
- Después, **depresión**, el estadio más duradero del duelo y muy frecuente mientras el niño está en la incubadora, que corresponde con los sentimientos de tristeza, rumiación de ideas, actitudes de aislamiento, sensación de un futuro inexistente, abandono de responsabilidades, entre otros

- Finalmente, después de unos meses se llega a la **resolución del conflicto**, que aterriza en la aceptación de la realidad, lo cual puede demorar meses o ser inexistente en casos severos. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que el proceso de duelo no es lineal y con frecuencia puede haber retrocesos de un estadio a otro.

Los padres que tienen el riesgo de perder a su bebe son canalizados a cuidados paliativos (la atención clínica diseñada para anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual de los recién nacidos y sus padres). Regularmente, los cuidadores están informados de las condiciones del neonato y de su pronóstico (Martín-Ancel, 2022).

En conclusión, son muchos los problemas de salud mental y física que desarrollan en un futuro los padres y niños involucrados en un parto pretérmino, por ende, es importante llevar a cabo un seguimiento a largo plazo del desarrollo del niño y atención psicológica para los padres, pues como menciona Britos (2018):

“La internación de un hijo recién nacido es una de las situaciones más dolorosas y conmovedoras que debe afrontar una familia en su vida. Atender los aspectos emocionales y humanos junto con los cuidados médicos específicos, es fundamental para obtener resultados de calidad a corto y a largo plazo y promover condiciones saludables para la vida de los niños y sus familias.” (p. 85)

CAPÍTULO II NEURODESARROLLO

2.1 Definición y características

Cuidar y brindar un neurodesarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros años de vida, definirá el potencial de un niño para desenvolverse en su entorno de manera favorable y resolver los retos que se le presenten día con día (Figueiras, et al., 2011).

Neurodesarrollo es el proceso por el cual el niño adquiere una serie de habilidades madurativas, donde intervienen aspectos biológicos y ambientales que están constantemente en interacción. Esta adquisición corresponde con la maduración de estructuras nerviosas que, como consecuencia y en función de la experiencia, generarán aprendizajes (Campistol, 2011; Carlos-Oliva, 2020). Además, comprende un avance continuo que abarca desde la concepción hasta la madurez y se puede identificar una secuencia similar (pero con un ritmo variable) en todos los niños.

Otros autores como Förster y López (2022) afirman que el neurodesarrollo consiste en:

Una secuencia ordenada y orquestada de cambios que experimenta nuestro sistema nervioso durante el inicio de la vida que da lugar a la adquisición de nuevas y más complejas habilidades funcionales. Estos cambios resultan de procesos en que participan variables de la naturaleza/biológicas y de la crianza/ ambientales, en interacción recíproca y plástica. Tienen una base genética que interactúa recíprocamente con el ambiente a través de la experiencia y de la epigenética y ocurren en períodos críticos y períodos sensibles; la estructura del cerebro se construye a través de la experiencia y nunca es independiente de ella. (p. 338)

Por otro lado, Anderson et al. (2001) considera que dentro de la neuropsicología del desarrollo es necesario considerar tres dimensiones:

- **Dimensión neurológica:** describe y analiza procesos madurativos que dan fundamento al desarrollo intelectual y conductual del niño.
- **Dimensión cognitiva:** indaga cómo se adquiere la percepción, atención, memoria, lenguaje, resolución de problemas y otros dominios cognitivos.
- **Dimensión psicosocial:** considera relevante la interacción del niño con su ambiente (familiar, social y cultural).

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE] menciona que es necesario estar al tanto del neurodesarrollo de los niños, debido a que, el desconocimiento y la poca o nula anticipación e identificación de los posibles riesgos y alteraciones del sistema nervioso de estos, puede tener un impacto negativo en su desarrollo, además de limitar la posibilidad de intervenir a tiempo para tomar decisiones al respecto (ISSSTE, 2021).

Existen periodos críticos para el desarrollo cerebral normal, siendo los principales la vida intrauterina y el primer año de vida. Por ello, es sumamente importante la supervisión prenatal para evitar el desarrollo de trastornos tempranos (Pascual, 2018).

Durante la gestación ocurren distintas fases en las que se va desarrollando el sistema nervioso del neonato. El proceso comienza con la fecundación del óvulo, el cual da pauta para crear el cigoto que se implantará en el útero. Una vez implantado se pone en marcha, el *proceso de gastrulación*, que es cuando el cigoto se convierte en una *gástrula* que presentará tres capas de células claramente diferenciadas conforme está en crecimiento: 1) el **endodermo**, donde se forma los tejidos viscerales que corresponden a órganos como el estómago, esófago, páncreas, entre otros; 2) el **mesodermo**, donde se forman los huesos, articulaciones, vasos sanguíneos y músculos; y 3) el **ectodermo**, donde nace la piel, pelo, uñas y las estructuras del sistema nervioso (Domínguez, 2016).

A las dos semanas de la concepción el **ectodermo** sufre algunos cambios estructurales y esto da inicio a la *fase embrionaria*. Un acontecimiento esencial de este proceso es la formación del tubo neural (neurulación). Este es producto del pliegue y cierre de la placa neural. En caso de presentarse un daño alrededor del día 28 de gestación, se pueden presentar padecimientos como la *espina bífida* o la *encefalocele*. Una vez consolidada la formación del tubo neural, inicia la fase fetal y quedan determinadas dos grandes divisiones del sistema nervioso central: 1) La región caudal (parte inferior) que dará lugar a la *médula espinal*, 2) La región cefálica (parte superior) acompañada de nuevas divisiones durante los siguientes meses que dan lugar al desarrollo del encéfalo (Flores, 2015; Domínguez, 2016).

Triviño y Bembibre (2020) mencionan que la región cefálica del tubo neural se dividirá a su vez en tres vesículas: *prosencefalo*, *mesencefalo* y *rombencefalo*. Con el paso de los días, el *prosencefalo* se dividirá en *telencefalo* y *diencefalo*. Mientras que el *rombencefalo* se dividirá en: *metencefalo* y *mielencefalo*. A partir de estas divisiones se van a formar las estructuras y cavidades cerebrales que se presentan a continuación:

- **Telencefalo:** corteza cerebral, sustancia blanca, ganglios basales, hipocampo, amígdala y ventrículos laterales.
- **Diencefalo:** tálamo, hipotálamo, epítalamo, subtálamo y tercer ventrículo.
- **Mesencefalo:** Permanece igual y desarrolla el acueducto.
- **Metencefalo:** protuberancia, cerebelo y cuarto ventrículo.
- **Mielencefalo:** bulbo raquídeo y cuarto ventrículo.

Una de las diferencias del bebé humano en comparación con otros mamíferos, es que son altriciales al nacer. La altricialidad consiste en que nacen como individuos inmaduros, indefensos y sumamente dependientes de los cuidados de la madre durante un periodo largo de tiempo, Esto se debe a que aún no obtienen por sí solos el alimento para poder sobrevivir, lo que les permite generar un vínculo sumamente estrecho con su madre (Förster y López, 2022).

Después de que el niño nace, el desarrollo estructural del cerebro se encontrará íntimamente vinculado con su desarrollo cognitivo, emocional y conductual, en consecuencia, un cerebro sano permitirá una mejor adaptación al medio. El desarrollo sensoriomotor es el más precoz y fundamental porque permite que pueda explorar el entorno. Por ello, es importante facilitar la autonomía e independencia en el niño, pues ayudará a que comience a desarrollar las primeras funciones ejecutivas que permitan el control voluntario de su conducta (como la memoria de trabajo y la inhibición), y de esta manera pueda conseguir la autorregulación y control de sí mismo interactuando dentro de su entorno (Pascual, 2018).

Una vez que el niño tiene mayor conocimiento sobre el mundo, comienza a almacenar información, lo que le permite que pueda desarrollar la capacidad de asignar un nombre y significado a las cosas que observa y manipula, así como discriminar diferentes sonidos e interpretar una gran cantidad de gestos. Con el tiempo se valdrá de imitar a los demás, siendo capaz de relacionarse no solo con los objetos sino también con las personas que lo rodean para solicitar ayuda, expresarse y mostrar afecto (Pascual, 2018).

Förster y López (2022) mencionan que: “El cerebro en desarrollo es altamente vulnerable y está expuesto a factores ambientales que determinan cambios permanentes en su estructura y funcionamiento a través de modificaciones epigenéticas” (p. 342). De acuerdo a García et al. (2012) la epigenética es un concepto que hace referencia a la teoría de que las características de un individuo (ya sean físicas o conductuales) surgen de la interacción entre su genética y el entorno en donde se desarrollan. Es decir, que tanto la genética que heredamos como el ambiente en el que nos desenvolvemos construye nuestra personalidad.

También, el neurodesarrollo se encuentra relacionado con el bienestar emocional que el neonato presente, y dicho bienestar se encuentra vinculado con la calidad de las relaciones primarias del recién nacido con sus cuidadores primarios en los primeros años de vida (Roncallo et al, 2015).

2.2 Teorías psicológicas relacionadas con el neurodesarrollo

Existen distintas teorías que buscan comprender y explicar el desarrollo humano en el transcurso de la vida. Estas teorías obedecen a una gran variedad de enfoques como el cognitivo, social, emocional y moral.

2.2.1 Teoría del desarrollo cognitivo de Jean Piaget

Piaget se centró en el desarrollo del pensamiento y la inteligencia desde la infancia hasta la madurez, mencionando que existen distintas etapas y que cada una representa su propio nivel de razonamiento y capacidad cognitiva para comprender el mundo (Trianes, 2012):

- Sensoriomotora (0-2 años): los niños basan su comprensión del mundo, sobre todo en los objetos que tocan, chupan, muerden y manipulan. Tienen relativamente poca habilidad para representar el ambiente mediante imágenes, lenguaje u otros símbolos, por lo tanto, carecen de la *permanencia del objeto*.
- Preoperacional (2-6): Aparece la capacidad para representar los objetos mediante la imitación, el juego, los dibujos, la imaginación y el lenguaje. Buscan y descubren cuáles son los principios que rigen la realidad, se da la noción de la identidad de los objetos, es decir que los objetos no desaparecen, aunque presentan cierto conflicto para reconocer que tienen las mismas propiedades, aunque sufran ciertos cambios en su apariencia (principio de conservación). También buscan entender su funcionalidad.
- Operaciones concretas (6- 12 años): piensan de una manera más lógica y razonada, superan su egocentrismo, aprenden el principio de reversibilidad y

conservación, son capaces de clasificar y seriar información, aunque todavía se les dificulta entender preguntas de naturaleza más abstracta e hipotética.

- Operaciones formales (12-en adelante): desarrollan un pensamiento más complejo, abstracto y lógico para la resolución de problemas. Ya son capaces de resolver acertijos, entender conocimientos científicos, comprender lecturas, tener habilidad matemática, aprender otro idioma, tocar un instrumento, etc.

Además, Piaget estudió cómo el conocimiento está representado en la mente y cómo opera de forma flexible y compleja. Consideraba que el conocimiento es algo que el individuo construye asumiendo un papel activo sobre los objetos. Además, menciona que existen esquemas mentales, los cuales se ven modificados mediante dos procesos: la asimilación y la acomodación. El primero se produce cuando el individuo incorpora nueva información respecto a un objeto por el cual ya disponía de cierto conocimiento al interactuar con él. En cuanto al segundo, consiste en adaptar la información que se tiene de un objeto ya conocido, para reconocer que tiene particularidades aún más específicas. De esta manera se llega a un equilibrio en la incorporación de información y los cambios que esa información hace al sistema cognitivo. Es así como esta teoría fundamenta cómo los niños aprenden y desarrollan su capacidad de pensar (Trianes, 2012).

2.2.2 Teoría histórico-cultural de Vygotsky

En cuanto a Vygotsky, desarrolló una teoría que destaca cómo el entorno social y la cultura influyen en el desarrollo cognitivo, es decir, enfatizó la importancia de la interacción social y el aprendizaje mediado por la cultura para explicar cómo los niños desarrollan y moldean su capacidad real (Garrido y Álvaro, 2019).

Asimismo, utilizó conceptos como la *zona de desarrollo próximo (ZDP)* y el *andamiaje*. La ZDP hace referencia a la distancia entre el *nivel de desarrollo real*, 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. Es decir, se refiere a la diferencia entre lo que un niño puede hacer solo y lo que puede hacer con ayuda. Mientras que el andamiaje corresponde al apoyo temporal que padres, madres o cualquier otro adulto responsable proporciona a un niño para que cumpla con alguna actividad hasta que pueda hacerlo por sí solo (Papalia et al., 2012).

Vygotsky a diferencia de Piaget, consideraba que el aprendizaje es la forma en que nos apropiamos de la herencia cultural disponible, y no un proceso individual de asimilación progresiva. Si bien, no niega que el aprendizaje es la integración de nuevo conocimiento a esquemas previos, pone el acento en que estos esquemas antes son sociales que individuales. Por lo que, distinto a Piaget, el aprendizaje, más que un proceso de asimilación-acomodación, es un proceso de apropiación, integración, participación y colaboración (Trianes, 2012).

2.2.3 Teoría ecológica de Bronfenbrenner

De la teoría Bronfenbrenner se puede extraer que el desarrollo de un niño no se limita a factores internos, sino que implica un proceso complejo que está configurado por interacciones entre el niño y su entorno. Esto significa que los niños no solo se desarrollan dentro del contexto familiar, sino también en el contexto de su comunidad, su cultura y el contexto social de su tiempo. Asimismo, representa su teoría mediante sistemas que están interconectados entre sí (Papalia et al., 2012):

- **Microsistema:** entorno inmediato, como la familia, la escuela y el vecindario, el cual impacta directamente sobre el desarrollo del individuo. Por ejemplo: un niño crece en un entorno que le brinda apoyo y amor, tiene padres involucrados en su crianza, lo que genera que el niño desarrolle autoestima.
- **Mesosistema:** se refiere a la interacción que existe entre los distintos microsistemas y como guardan relación entre ellos. Entre mayor armonía y afinidad haya entre

ellos, más conveniente es para el individuo. Por ejemplo: si la escuela del niño tiene buena comunicación y apertura con los padres, esto facilita el aprendizaje.

- **Exosistema:** abarca las estructuras sociales que afectan al individuo indirectamente, como los medios de comunicación, el sistema político o el trabajo. Por ejemplo: Un niño recibe unos lentes para la corrección de la vista, después un programa de salud visitará su colegio para hacerles una evaluación.
- **Macrosistema:** Incluye las creencias culturales, normas sociales y valores que comparten una sociedad. Por ejemplo: Un individuo que crece en un sistema corrupto, con injusticias y desigualdades de manera negativa, el cómo actúe y percibe su entorno social.
- **Cronosistema:** se refiere a las influencias que el tiempo tiene en el desarrollo del individuo, como los cambios sociales, económicos o tecnológicos. Por ejemplo: Un niño que vive en una época de crisis económica o de cambios tecnológicos, puede experimentar desafíos y oportunidades que impactan su desarrollo.

2.3 Evaluación del Neurodesarrollo

La evaluación del neurodesarrollo es un proceso fundamental para identificar el progreso y las necesidades de los niños en sus primeros años de vida. En etapas tempranas tiene como finalidad identificar si la maduración sigue los parámetros esperados (González, 2020).

Por medio de la evaluación del desarrollo se puede identificar qué patrones de conducta pueden asociarse con la existencia, retraso, desvío, desarrollo atípico o trastorno del desarrollo del niño. Por tanto, es muy importante conocer los hitos de desarrollo (parámetros esperados) para cada rango de edad (Medina et al., 2015).

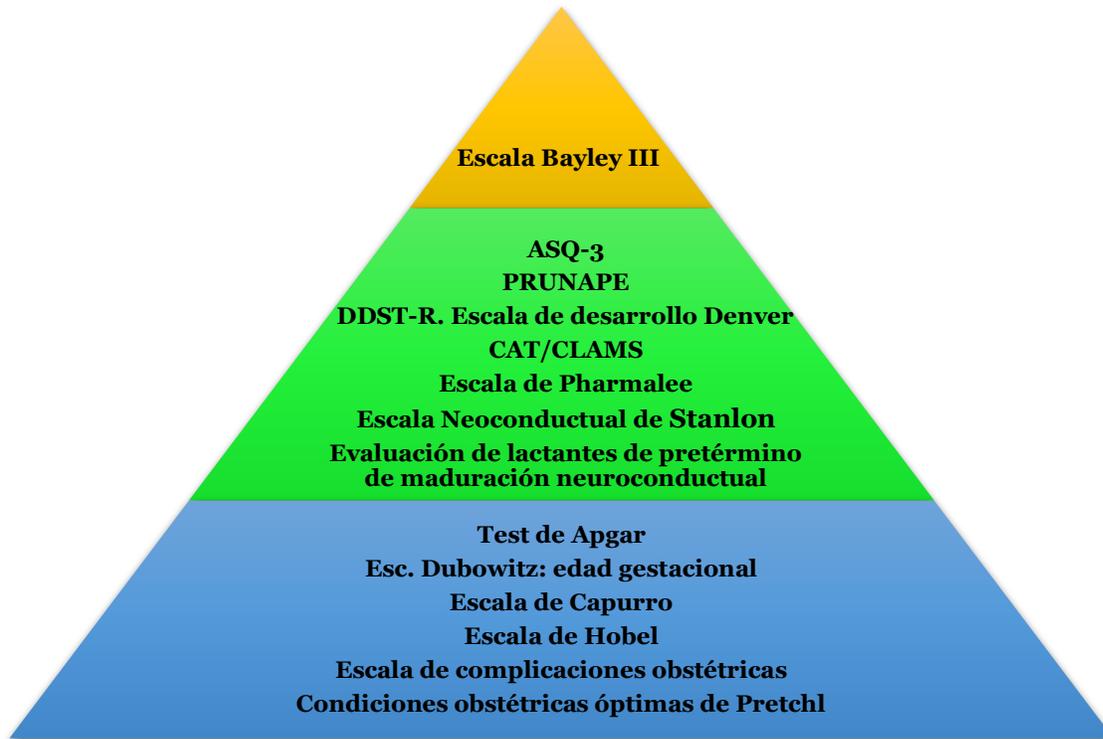
De acuerdo con lo sugerido por Carlos-Oliva et al. (2020), la importancia de evaluar el desarrollo infantil radica en que gracias a ello es posible:

- Explorar las diferentes áreas del desarrollo de manera temprana (comunicación receptiva y expresiva, motricidad fina y gruesa, resolución de problemas tempranos, área socio- individual, entre otros).
- Identificar el efecto de un déficit sensorial aislado o un retraso global del desarrollo.
- Explorar el inicio de una futura discapacidad intelectual.
- Explorar primera manifestación de un trastorno crónico no progresivo, como parálisis cerebral.
- Identificar la manifestación inicial de retraso global del desarrollo, trastornos de lenguaje, comunicación o del espectro autista.

Para ello, se utilizan escalas que permiten medir el desarrollo del infante de forma objetiva. De acuerdo con lo propuesto por Carlos-Oliva et al. (2020), las escalas con las que se evalúa el desarrollo pueden dividirse en distintos niveles según su grado de complejidad (Figura 1). Los niveles 1 y 2 (base y medio de la pirámide) son de screening. El nivel 3 (la Escala Bayley de desarrollo infantil, que ya cuenta con su versión 4, publicada en 2019) permite arribar a un diagnóstico más preciso debido a su mayor complejidad. Esta última escala contempla la valoración de conducta adaptativa y el área socioemocional por medio de cuestionarios administrados a padres. Otra escala de nivel 1 muy empleada en los últimos años es el Batelle (versión completa); sin embargo, la misma ha quedado muy desactualizada de los avances de los últimos 30 años de investigación.

Figura 2.

Instrumentos de evaluación de desarrollo expresado en niveles



Nota: La pirámide representa las escalas más conocidas y utilizadas para evaluar el neurodesarrollo del niño. Adaptado de *Instrumentos de evaluación de desarrollo expresado en niveles*, de González, 2020, Psyciencia, (<https://www.psyciencia.com/aspectos-centrales-de-los-aportes-del-neurodesarrollo/>).

2.4 Neurodesarrollo y nacimiento de alto riesgo

En un marco ideal, los niños desarrollan su potencial y aprovechan su capacidad real sin mayores complicaciones, no obstante, los niños que fueron de alto riesgo al nacer presentan en comparación una mayor incidencia de alteraciones en su neurodesarrollo. No obstante, en la actualidad es posible hacer una intervención temprana y especializada de estos niños para promover un desarrollo óptimo a pesar de las consecuencias de la inmadurez al momento del nacimiento (Vericat, et al., 2017; Casado, et al., 2019).

Los factores ambientales pueden tener un efecto facilitador o de barrera para el desarrollo de un nacimiento prematuro, estos pueden ser individuales como el modo de vida, entorno inmediato, hogar, trabajo, escuela, condiciones y estructuras sociales, servicios o sistemas y políticas (Duarte, 2015). También, puede haber factores relacionados con el estilo de vida como la raza (Véliz, 2016), edad de la madre, estado de salud, hábitos, estilo de afrontamiento (Salazar y Roxana, 2018), adaptación, trasfondo social, nivel educativo (Castellanos et al., 2016), eventos vitales, patrones de conducta, aspectos psicológicos y sociales (Medina, 2015). Otros factores son transversales (desde el micronivel hasta el macronivel) y afectan la estructura, funciones, actividades y participación como los productos y la tecnología, el sistema y las políticas públicas, el apoyo y las relaciones (Verdugo et al., 2015), las actitudes y servicios (Pérez et al., 2013) y entorno natural.

De acuerdo con Portellano (2007) los bebés prematuros tienen más riesgo de presentar trastornos precoces durante los primeros meses de vida, mientras que los bebés con bajo peso para su edad gestacional poseen mayor peligro de presentar trastornos a largo plazo. En algunos casos las deficiencias graves del desarrollo sólo se pueden observar en las primeras semanas después del nacimiento, pero con el paso de los años las afecciones se vuelven menos evidentes. Por ejemplo, entre los dos y cuatro años se empiezan a manifestar los trastornos del lenguaje, motores o conductuales, mientras que a

partir de los 5-6 años comienzan a detectarse problemas más sutiles en el aprendizaje, como trastornos del cálculo, lectura y escritura.

En el caso de los trastornos de aprendizaje, estos son mucho más frecuentes en la población de niños nacidos pretérmino que en la población normal, con un riesgo que alcanza el 30% de los casos, frente a sólo un 5-10% en la población escolar general. (Portellano 2007).

Según Saigal (1992), Wolke y Meyer (1999) y Mateos et al. (2003), los factores que determinan un pronóstico más desfavorable en la evolución de los niños pretérmino son:

- Alteraciones visoperceptivas
- Retraso temprano del desarrollo
- Crecimiento craneal deficiente
- Problemas de atención
- Dificultades motoras
- Retraso en la adquisición del lenguaje
- Trastornos del lenguaje
- Déficits cognitivos persistentes
- Déficits sensoriales (en especial la pérdida de audición o deterioro visual)
- Problemas de conducta
- Condiciones ambientales adversas.

Cuando los niños de muy bajo peso al nacer alcanzan la edad escolar regularmente no alcanzan el mismo desempeño que sus compañeros. Pueden presentar dificultad para el procesamiento verbal, espacial y fonológico (Pearl et al., 1995). No obstante, aspiran a un CI igual al promedio (Portellano, 2007).

La población de bajo peso al nacer también puede presentar dificultad para autorregular sus impulsos. Incluso en el caso de que no existan deficiencias explícitas en el lenguaje oral, frecuentemente obtienen bajo puntaje en tareas verbales (Mulas, 1993).

Por otra parte, dada la importancia del lenguaje como mecanismo activador de los restantes procesos cognitivos en la infancia, es frecuente que su déficit genere otras alteraciones cognitivas que requieren del lenguaje para funcionar.

Además, no sólo se producen alteraciones cognitivas como consecuencia del bajo peso al nacer, sino también dificultades emocionales o alteraciones en la personalidad. Cuando mantienen un CI bajo suelen presentar mayor dificultad para autorregularse emocionalmente (Portellano, 2007).

Se han descrito diferentes alteraciones emocionales en niños pretérmino o de bajo peso al nacer, entre las que destacan:

- Deficiente control de sus impulsos, asociados al déficit en la regulación de la atención.
- Carácter más pasivo, con respuestas adaptativas más lentas y disarmónicas.
- Miedos, tics y trastornos de ansiedad: suelen ser niños más inseguros y dependientes en comparación con los niños nacidos a término.
- Trastornos de conducta.

Frecuentemente dichos factores no sólo son consecuencia de factores estructurales de tipo neurobiológico, sino que también se asocian con factores ambientales, pues es habitual en estos casos la sobreprotección familiar, posiblemente, como mecanismo de compensación frente a la vulnerabilidad física derivada del bajo peso al nacer. Las madres tienden a adoptar estrategias centradas en el control del ambiente a favor del menor, por lo que, al crecer, los niños pueden haber desarrollado un menor repertorio de habilidades sociales (Portellano, 2007).

Los recién nacidos de riesgo neurológico precisan un seguimiento de la evolución de su desarrollo desde el nacimiento hasta la edad escolar, con el fin de detectar precozmente alteraciones en su desarrollo cognitivo, sensorial, motor, de lenguaje e

incluso de comportamiento, para después canalizar e iniciar una atención precoz en sus primeros años (Ramos, 2000).

En el caso de las consultas de seguimiento que proporcione el psicólogo clínico, estas tendrán que ir dirigidas no solo a la evaluación psicométrica de las funciones intelectuales del niño, sino a la indagación y recolección de datos relacionados con la dinámica familiar (conflictos familiares, separación de los padres, familia uniparental trigeneracional, entre otros), relación de los padres (calidad en la comunicación, acuerdos y negociaciones), hábitos que promueven los cuidadores (colecho, lactancia, control de esfínteres) y las tendencias en las prácticas de crianza (centralidad, rigidez, sobreprotección, límites claros) entre otros, con el propósito intervenir oportunamente y orientar a los padres en la crianza, especialmente si estos fueron de alto riesgo. Por ende, conocer más acerca del funcionamiento familiar será información clave para brindar asesoría en el manejo del comportamiento del niño en sus primeros años.

CAPÍTULO III. PRÁCTICAS DE CRIANZA

La crianza es uno de los constructos teóricos más estudiado por la comunidad científica desde hace más de 80 años, debido al impacto que tiene en el desarrollo físico, socioemocional, conductual y académico de los niños (Pérez et al., 2022). Es por ello que, en este capítulo, se hará una revisión conceptual del mismo, así como un análisis de estudios recientes que respaldan cómo el antecedente de nacimiento de alto riesgo afecta las prácticas de crianza de los padres.

3.1 Definición

De acuerdo con el Diccionario de la Asociación Americana de Psicología, las prácticas de crianza se refieren a los patrones específicos de conducta que presentan los cuidadores frente a los hijos, que son a la vez afianzados por una serie de factores ecológicos y socioculturales (American Psychological Association, 2010).

Actualmente, las conceptualizaciones de crianza o parenting se centran en la interacción dinámica entre padres e hijos, reconociendo que la crianza no es un proceso unidireccional, sino bidireccional. Es decir, que la crianza no es solo lo que los padres hacen, sino también cómo responden los hijos. De esta manera, así como los padres aprenden a comprender las necesidades de los hijos y a desarrollar estrategias para satisfacerlas, los hijos desarrollan habilidades sociales y emocionales para adaptarse al medio (Higareda, Del Castillo & Romero, 2015).

La crianza tiene un impacto importante en el desarrollo, ya que puede afectar la capacidad de los niños para formar relaciones saludables, controlar sus emociones y desarrollar autoestima (desarrollo social y emocional); afectar el desarrollo del lenguaje, las habilidades de resolución de problemas y el rendimiento académico (desarrollo cognitivo); y en los peores casos afectar la salud mental provocando ansiedad, depresión y trastornos de la conducta (Higareda, Del Castillo & Romero, 2015).

Los investigadores han descrito diferentes formas en la que los padres interactúan con sus hijos. Uno de los modelos que mayor influencia ha ejercido en la psicología del desarrollo es el de Diana Baumrind (1967) quien demostró la existencia de una serie de patrones básicos que muestran los padres en la crianza de sus hijos. Estos patrones difieren en cuatro dimensiones:

- Grado de control: Hace referencia al manejo que tienen los padres para influir sobre el comportamiento de los hijos, a través de estrategias como el castigo físico, la amenaza, la privación, el retiro de afecto, las demostraciones de enfado, decepción, desaprobación o inducción.
- Comunicación padre-hijo: Hace referencia a la cantidad de veces que el padre y el hijo dedican un tiempo para expresarse.
- Exigencias de madurez: Hace referencia a las exigencias de los padres hacia los hijos. Los padres que exigen altos niveles de madurez a sus hijos son aquellos que ejercen presión y fomentan el crecimiento y la autonomía. Los padres que exigen poca madurez no plantean retos y subestiman las competencias de sus hijos.
- Afecto en la relación: Hace referencia a las conductas de aceptación y estimación por los hijos. Existen padres que expresan afecto de manera explícita y están interesados en las necesidades del niño, de sus emociones o preocupaciones. Y existen padres que rara vez expresan interés o preocupación por las necesidades emocionales de sus hijos.

La identificación de estas dimensiones y las diferencias que existen dentro de las mismas permitieron a Baumrind (1967) formular distintos estilos parentales que autores como Maccoby y Martin (1983) posteriormente complementaron, dando como resultado

cuatro estilos de crianza: 1) autoritario, 2) autoritativo (democrático), 3) permisivo (indulgente) y 4) negligente, los cuales se describen a continuación:

- Estilo autoritario: Padres sumamente estrictos que exigen obediencia absoluta. Imponen reglas que deben ser practicadas sin objeción. Valoran el control y la obediencia, tienen alto grado de control, exigen madurez, son poco afectivos y no tienen comunicación con los hijos.
- Estilo democrático: Padres que delimitan reglas dentro del hogar y las transmiten a sus hijos. Atienden a las necesidades de sus hijos sin romper las reglas y comunicación con sus hijos. Tienen alto grado de comunicación padre-hijo y afectividad en la relación, bajos en exigencias de madurez y moderado nivel de control empleando la negociación y el castigo limitado y juicioso.
- Estilo permisivo: Padres tolerantes al extremo que autorizan todo a sus hijos, acuden a la menor demanda de atención, se oponen a impartir castigos o restricciones. Valoran la individualidad del hijo y las reglas dentro de la familia. Valoran la autoexpresión y autorregulación. Tienen bajos niveles de control respecto a las normas y baja exigencia de madurez a sus hijos, pero se muestran altos en comunicación padre-hijo y afectividad.
- Estilo negligente: Padres tolerantes en extremo que no atienden las demandas de sus hijos y se muestran indiferentes a la interacción. Se concentran primordialmente en sus propias necesidades más que en las del niño o la niña. Son bajos en control, bajos en exigencias de madurez, pero también en afecto y comunicación con sus hijos.

Asimismo, autores como Nardone, Giannotti y Rocchi (2003) postularon modelos de las distintas formas de interacción familiar fundamentados en la condición de que el

ambiente social del individuo desempeña un papel fundamental en la crianza y, por tanto, no existen estructuras fijas, sino esquemas o modelos multifacéticos:

- **Modelo hiperprotector:** Los padres son los encargados de hacerles la vida más fácil a los hijos, intentan eliminarles todas las dificultades, hasta realizar cosas en vez de ellos. Se intenta evitar la frustración del hijo a toda costa, hay altos grados de comunicación y afectividad, preocupación excesiva por los hijos, mientras que se emplea el rechazo y la culpa como medios de control.
- **Modelo democrático-permisivo:** Los padres son amigos del hijo/hija y no figuras de autoridad. Las cosas se hacen por consenso o convencimiento, no por imposición. Se acuerdan reglas bajo el supuesto de que todos los miembros de la familia tienen los mismos derechos a través, por ejemplo, de una distribución equitativa de tareas.
- **Modelo sacrificante:** La base de este modelo es el sacrificio y tiene como resultado la falta de satisfacción de los deseos personales y la condescendencia de las necesidades y deseos de los demás, ya sean padres o hijos. La comunicación gira en torno al sacrificio y el chantaje o manipulación por la incomprensión del sacrificio por parte de los demás miembros de la familia. Los padres llevan la carga más fuerte en las labores familiares de cualquier tipo y se busca la posterior compensación o recompensa por parte de los hijos.
- **Modelo delegante:** Las familias de este modelo aceptan los estilos de crianza y vida de sus familias de origen y delegan en los demás su papel de guía o autoridad. Padres e hijos pueden incluso no cohabitar y tener una relación de poca intimidad. Las relaciones son inestables: cuando están todos presentes, se hace inestable la diferencia entre hijos y nietos. Los abuelos pueden sentirse responsables y los padres tienden a estar poco presentes.

- Modelo autoritario: Los padres ejercen el poder totalmente. La familia está marcada por el sentido de disciplina. La comunicación se ve limitada o controlada por el de mayor jerarquía (generalmente el padre), los errores de cualquier miembro pueden desatar un conflicto. No hay posibilidad de rebelión y la satisfacción de necesidades se logra a través del esfuerzo, el orden y la disciplina.
- Modelo intermitente: Los miembros de la familia no tienen un modelo definido y oscilan de un modelo a otro. Existe una ambivalencia constante, caracterizada por una comunicación verbal y no verbal contradictoria. No hay reglas fijas y, por tanto, los miembros de la familia nunca saben si su comportamiento es correcto o incorrecto, apropiado o inapropiado y tienden a cambiarlo constantemente.

En conclusión, la definición de crianza ha evolucionado a lo largo del tiempo y la investigación científica ha proporcionado una comprensión profunda de sus diferentes aspectos. La crianza es un proceso complejo e interactivo que involucra una influencia mutua entre padres e hijos y las prácticas de crianza pueden tener un impacto significativo en el desarrollo de los niños, por ende, es importante que los padres estén informados sobre las diferentes estrategias de crianza y sus posibles consecuencias.

3.2 Prácticas de crianza y el alto riesgo neonatal

El nacimiento de alto riesgo es un problema de salud pública que genera prácticas de crianza atípicas. Por lo que es de suma importancia vigilar el entorno en el que vive el niño y promover un ambiente saludable y protector para que la dinámica familiar no sea un obstáculo en el desarrollo de los niños prematuros (Jiménez-Quiroz et al., 2021; Conde-Reyes et al., 2021).

Segura y González (2014) mencionan que los padres de hijos con antecedente de nacimiento de alto riesgo responden con una conducta sobreprotectora frente a los desafíos que involucra la crianza debido a que, en su experiencia en la estancia de la unidad de cuidados intensivos, tuvieron que lidiar con un elevado estrés emocional. Otros autores como Cuellar y Valle (2017) reafirman este hecho, pues mencionan que los padres experimentan secuelas emocionales de culpa, temor a la pérdida, falsas creencias de discapacidad, así como dolor psicológico ante la separación, lo que impide que el niño pueda desarrollar su autonomía.

Con respecto a lo anterior, Jiménez-Quiroz et al. (2021) desarrollaron una escala para padres de niños con antecedentes de nacimiento de alto riesgo, la cual muestra factores y actitudes que están asociadas a las prácticas de crianza que ofrecen un acercamiento de las dinámicas de estas familias. En esta investigación se encontró que estos padres pueden presentar sobreprotección y crianza permisiva debido al impacto emocional del nacimiento de alto riesgo, al igual que insatisfacción o malestar en el rol ejercido derivado de la culpa por la poca interacción con el menor y la carga laboral. Como resultado en su investigación, encontraron que los padres pueden sentir saturación ante las demandas de la crianza y percibir, por parte de la familia extensa, conductas intrusivas y negativas en sus prácticas de crianza. No obstante, dependiendo de las circunstancias, también pueden percibir un acompañamiento positivo de estos miembros. Otro hallazgo importante fue que las creencias seguidas por la percepción de la capacidad de los padres a la hora de criar a sus hijos impactan en las conductas que ejercerán sobre él. Además, se encontró que, si los padres afrontan positivamente el evento de nacimiento de alto riesgo o existe resiliencia en el proceso, podrían ejercer conductas positivas en la crianza, por el contrario, si presentan un afrontamiento negativo esto pronosticará conductas de crianza más desfavorables.

Asimismo, se ha estudiado que gracias a la resiliencia, los cuidadores puedan realizar los ajustes necesarios para conseguir una adecuada atención y cuidados para sus hijos, así como la capacidad de tener límites claros y expresar sus sentimientos de forma más asertiva (Hernández et al, 2013), debido a que la resiliencia puede ser una facultad que le permita a los padres centrarse en sus hijos, generar expectativas reales respecto a ellos y potenciar sus habilidades y fortalezas como padres (Rojas-Ortiz et al., 2017).

CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

El servicio social es una actividad en la que los psicólogos en formación se desempeñan en diversas áreas de la psicología para retribuir a la sociedad los recursos que se destinaron para su educación. El plan de estudios que ofrece la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza para la carrera de psicología permite al alumno desarrollarse en distintas áreas (clínica, educativa, social y laboral) con el objetivo de que estos puedan dedicarse a la generación o aplicación del conocimiento (investigación) y a la práctica profesional. Lo que ofrece al psicólogo egresado disponer de una amplia gama de posibilidades para desarrollarse.

El psicólogo puede laborar en instituciones de salud, comunitarias, industriales y de práctica privada. Por lo tanto, el psicólogo puede encontrarse en institutos de investigación, centros de atención y rehabilitación, hospitales, clínicas especializadas, guarderías, escuelas, empresas, comunidades, organizaciones sociales entre otros.

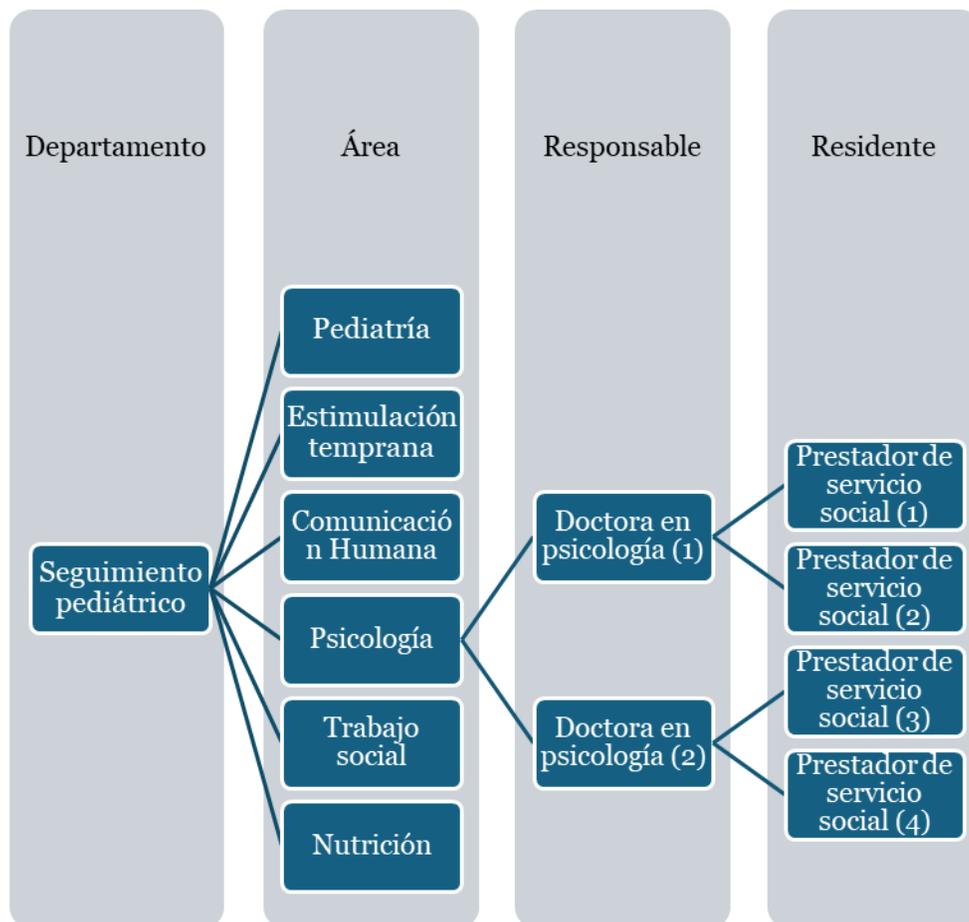
La UNAM ofrece en su portal SIASS (Sistema de Información Automatizada de Servicio Social) una gama muy extensa de programas para que el alumno elija un servicio social acorde a sus intereses.

Tal es el caso del programa “Psicología Perinatal y Desarrollo Infantil” impartido en el Instituto Nacional de Perinatología, el cual ofrece una oportunidad única para que el psicólogo en formación desarrolle habilidades y conocimientos especializados que contribuyan a la salud y bienestar de las familias que enfrentan situaciones complejas durante el embarazo, el parto y el desarrollo del bebé. En este caso, el servicio que presto la alumna se orientó a la participación en el ámbito clínico, interviniendo de manera directa en la población de niños con nacimiento de alto riesgo biológico y en el asesoramiento de las familias, lo cual es coherente con su formación en la facultad, pues le permitió utilizar y ampliar sus conocimientos en cuanto al desarrollo infantil.

El instituto Nacional de Perinatología cuenta con un departamento de seguimiento pediátrico para los niños con antecedente de alto riesgo neonatal que atiende la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario que promueva la vigilancia, diagnóstico e intervención temprana y oportuna a través de un seguimiento longitudinal en todas las esferas del desarrollo (cognitivo, motor, de lenguaje, social, etc.) con el propósito de prevenir riesgos y mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias (Conde-Reyes et al., 2021).

Figura 3.

Organigrama del servicio social



Particularmente, el Área de Psicología Infantil de este departamento tiene como función evaluar y producir un diagnóstico para identificar la presencia de cualquier deficiencia o alteración mental, psicomotora o conductual, así como descubrir la presencia de trastornos que requieran tratamiento, detectar lactantes e infantes con riesgo de deterioro eventual y señalar aquellas condiciones patológicas que impidan una función intelectual normal pese a óptimas condiciones ambientales, además de seguir el desarrollo de estos niños desde su nacimiento hasta los 8 años de edad, promoviendo un desarrollo sano, y detectar alteraciones de riesgo emocionales para dar intervención oportuna y orientación familiar (Manual de procedimientos de seguimiento pediátrico, INPer, 2015)

Objetivos del programa de servicio social

Otorgar a los niños con nacimientos de alto riesgo y sus familias consulta psicológica para detectar y diagnosticar alteraciones, así como promover y preservar un sano desarrollo biopsicosocial (INPer, 2015).

ACTIVIDADES

Periodo de prueba y capacitación

El primer mes se evaluó el desempeño y capacidad de adaptación de la alumna frente a los retos que involucró el servicio social. Durante la primera semana tomó el papel de observadora en valoraciones de la Escala de Desarrollo Infantil Bayley tercera edición y la Escala de Inteligencia Stanford-Binet cuarta edición, seguido de la orientación a padres por parte de la psicóloga adscritas y las prestadoras del servicio social. En la segunda semana, estas actividades se complementaron con el cálculo de la edad corregida de los niños prematuros, asesoramiento de padres con respecto a cuestionarios tipo likert y entrevistas iniciales.

Posteriormente, se complementó la observación de las evaluaciones con la calificación de las pruebas con ayuda y supervisión de la psicóloga adscrita, introduciendo al pasante en la interpretación de los resultados. Asimismo, se capacitó a la psicóloga en formación para agendar citas, manejar el sistema de gestión de expediente clínico electrónico, elaborar bases de datos, entre otras actividades, lo cual requirió un tiempo de adaptación por parte del estudiante, fortaleciendo habilidades tales como la capacidad de observación, memoria, atención, trabajo bajo presión, solución de problemas, cooperación y trabajo en equipo.

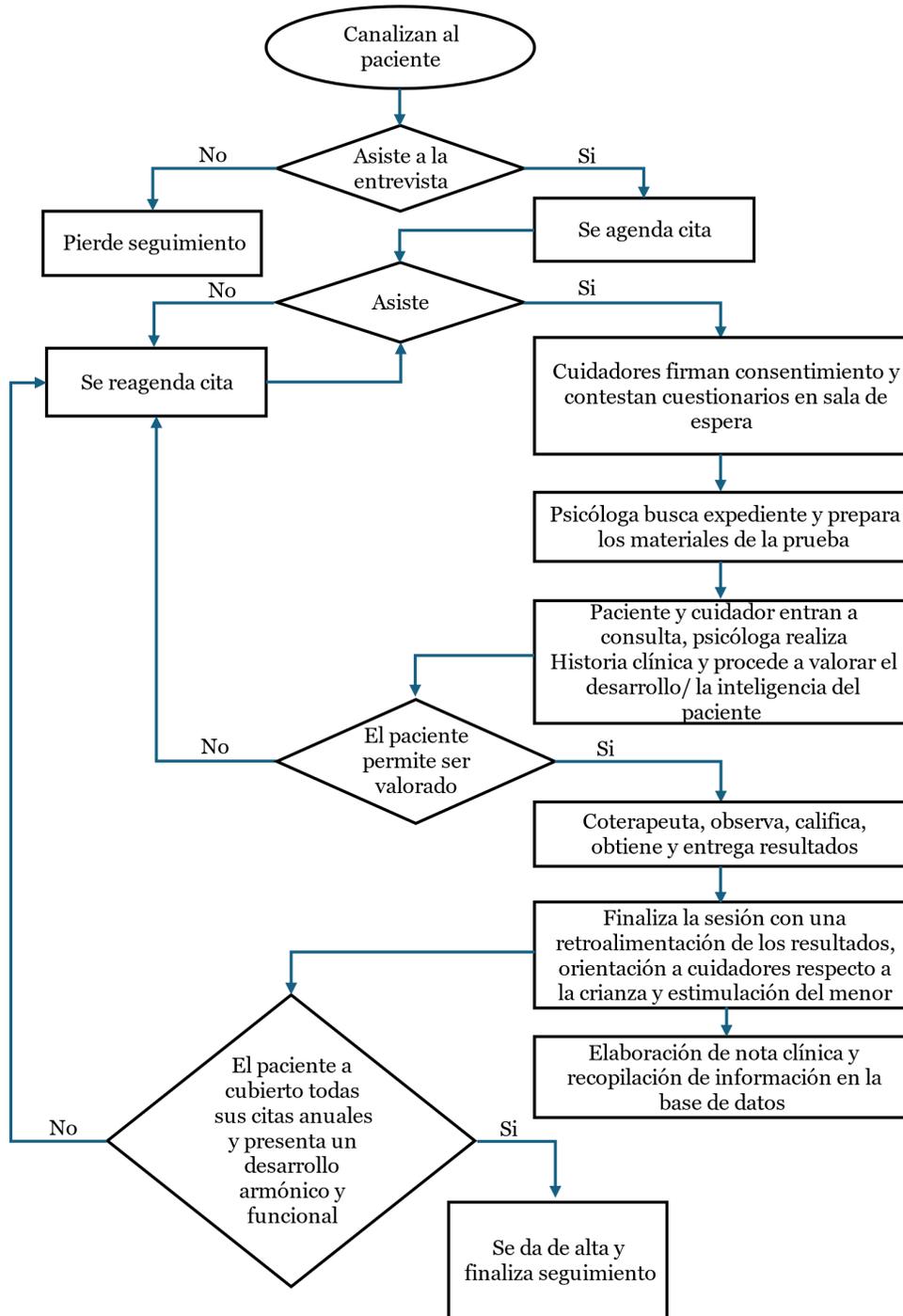
Después de 40 días, la estudiante cumplió con los criterios para pertenecer al área de psicología del departamento de seguimiento pediátrico al aprender a evaluar a los pacientes con la Escala de Inteligencia Standford Binet IV.

Capacitación continua

Durante el transcurso del servicio, se recibió asesoría continua por parte de las psicólogas adscritas para participar activamente en el resto de las tareas con las que contaba el programa, las cuales se describen a continuación.

Figura 4.

Diagrama de flujo



Entrevista inicial

Cuando se refiere a la madre al Departamento de Seguimiento Pediátrico, se realiza una entrevista para la recolección de datos generales: nombre, fecha de nacimiento, semanas de gestación del bebé; número de expediente, elaboración de familiograma, antecedentes de la madre, complicaciones del niño al momento del nacimiento y en las semanas posteriores, consumo de sustancias, entre otros. De esta manera se tiene un registro anticipado de sus datos y se agiliza la historia clínica en la primera consulta. Al finalizar la entrevista se agenda una cita para la primera evaluación del menor.

Cita de primera vez

La primera cita para la evaluación del menor se realiza un año después de la entrevista inicial, cuando el niño o niña ha cumplido el primer año de edad. Posterior a esta primera cita se le programan citas anualmente hasta los 8 años de edad o hasta que todas las áreas del Departamento den de alta al paciente.

Cuando los padres y el paciente acuden a su primera consulta psicológica, mientras se encuentran en la sala de espera, el psicólogo que se encuentra de apoyo invita a los padres a contestar una serie de cuestionarios con su respectivo consentimiento informado.

Aplicación de cuestionarios

El propósito de los cuestionarios es obtener información relevante acerca de la población para ofrecer una mejor intervención. Los resultados de estos cuestionarios se capturan en una base de datos y son usados para futuras investigaciones. De ser necesario, los padres son asesorados por un psicólogo para una mejor comprensión de los ítems.

Los cuestionarios que se utilizaron fueron los siguientes:

- *Escala de Prácticas de Crianza para padres de niños con nacimiento de Alto Riesgo* de Jiménez-Quiroz, Álvarez-Ramírez, Conde-Reyes y Romero-

Palencia (2021): cuenta con una confiabilidad interna de .901. Esta escala evalúa los comportamientos y acciones específicos que están determinados por motivaciones externas o internas de los padres con niños con nacimiento de alto riesgo, está constituida por 56 reactivos tipo Likert de cinco puntos (1= siempre, 5= nunca), así mismo se conforma por dos subescalas. La primera comprende 6 factores asociados a la crianza: *Bajas habilidades Educativas* ($\alpha=.901$), *Sobreprotección y crianza permisiva* ($\alpha=.831$), *Insatisfacción ante el rol parental ejercido* ($\alpha=.739$), *Estrés ante la crianza de un niño con nacimiento de alto riesgo* ($\alpha=.716$), *Desaprobación trigeneracional en el rol parental* ($\alpha=.742$) y *Apoyo positivo de la familia extensa* ($\alpha=.733$). La segunda subescala comprende 4 actitudes ante la crianza: *las creencias ante la crianza* ($\alpha=.733$), *el afrontamiento negativo ante el nacimiento de alto riesgo* ($\alpha=.735$), *la autoeficacia* ($\alpha=.720$) y *la resiliencia parental ante la experiencia de la crianza y el nacimiento de alto riesgo* ($\alpha=.673$).

- *Escala de la pareja ante el nacimiento y crianza de un niño de alto riesgo* de Jiménez-Quiroz et al (2021): consta de 28 ítems que se enmarcan en afirmaciones tipo Likert de 5 puntos (Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, En ocasiones, De acuerdo y Totalmente de acuerdo) y se clasificaron en tres factores: *Afecto positivo hacia la pareja* ($\alpha=.91$), *Asincronía y comunicación negativa ante los acuerdos* ($\alpha=.86$) y *Sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($\alpha=.71$).
- *IDARE - Inventario de la ansiedad rasgo-estado* (versión en español del STAI [State-Trait Anxiety Inventory]) publicada en 1970 por Gorsuch, Lushene y Spielberger. Evalúa dos tipos de ansiedad comprendidos en los

siguientes rubros: 1) La Escala *Ansiedad-Rasgo* que consiste en 20 afirmaciones en las que se pide al sujeto describir como se sienten generalmente y; 2) la Escala *Ansiedad-Estado* que también consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se siente en un momento dado.

- *Autescala de Zung para depresión* creada por William W. K. Zung en 1965. Consta de 20 preguntas, cada una relacionada con características específicas de la depresión, y cuyas respuestas generan puntajes individuales, que son totalizados y transformados en un índice que señala el grado de depresión del individuo. Las puntuaciones elevadas no implican un diagnóstico en sí mismas, pero sí indican la presencia de depresión. La puntuación de cada pregunta muestra signos y síntomas específicos, mientras que la adición de la puntuación de varias preguntas indica las áreas donde el sujeto presenta las mayores dificultades. De esta manera, en este instrumento, las preguntas se subdividen en cuatro categorías: *afectiva, fisiológica, psicomotora y psicológica*, lo que permite delinear en sus diferentes aspectos sintomáticos el síndrome depresivo. La categoría afectiva consta de 2 preguntas, la categoría fisiológica consta de 8 preguntas, la motora 2 preguntas y la categoría psicológica con 8 preguntas (Zung, 1965).
- Inventario de Estilos de amor (IEA) de Ojeda-García (1998): se basa en la teoría planteada por Lee (1973), la cual propone una tipología con diferentes estilos de amor. Consta de 24 reactivos distribuidos en 6 factores: *Eros* ($\alpha=.92$), *Storge* (.94), *Ludus* ($\alpha=.91$), *Pragma* ($\alpha=.81$), *Mania* ($\alpha=.85$) y *Agape* ($\alpha=.85$)

Una vez que terminan los padres de contestar los cuestionarios y el consultorio se ha acondicionado para visita, se invita a los padres y al menor a entrar a consulta para actualizar sus datos de la historia clínica y proceder a la evaluación del menor.

Historia Clínica

Cuando la consulta es por primera vez se recolectan datos generales como nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, semanas de gestación, APGAR, talla y peso al nacer, edad de gateo y bipedestación, duración y características de lactancia, transición a la ablactación (introducción de sólidos a la dieta), familiograma, antecedentes de la madre; complicaciones después del nacimiento; nombre, escolaridad y ocupación de los padres; si fue embarazo múltiple; días de hospitalización; contacto piel a piel, entre otros. En consultas posteriores, se actualiza información de la dinámica familiar y se interroga a los padres respecto al niño de acuerdo a la edad agregando más datos como: avance en el control de esfínteres, colecho, asistencia a actividad deportiva, escolaridad, desempeño en los estudios, conducta en casa y escuela, entre otros. Asimismo, todos los datos recolectados se guardan en una base de datos y se actualizan en cada consulta.

Evaluación

A cada paciente se le programan valoraciones anuales con pruebas de desarrollo e inteligencia. Se utiliza la Escala de Desarrollo Infantil Bayley III en 3 ocasiones a partir del primer año de edad, hasta los 3 años y medio. Posteriormente, se evalúa a los 4 años con la Escala de Inteligencia Stanford Binet IV y se repite el procedimiento anualmente hasta los 8 años o hasta que el psicólogo y las áreas correspondientes consideren pertinente dar el alta.

El seguimiento anual permite comparar los resultados del niño con respecto a la media y a la vez comparando el desempeño del niño respecto a sí mismo a través del tiempo para definir avances o retrasos en su desarrollo y las pautas para poder intervenir.

La Escala de Desarrollo Bayley III (BDS-III)

Esta prueba diagnóstica permite evaluar el desarrollo de los bebés y niños pequeños desde el 1er mes hasta los 42 meses de edad. Con el objetivo de detectar posibles retrasos en el desarrollo y proporcionar información para elaborar un plan de intervención.

El Bayley III evalúa el desarrollo de los bebés y niños en tres dominios que se dividen en cinco grandes rubros (Sattler, 2010) (Tabla 1.)

Tabla 1.

Dominios de la Escala de Desarrollo Bayley III

Dominios	Escalas	α	Descripción
Cognitivo	Cognitiva	.91	Incluye ítems que evalúan el desarrollo sensoriomotor, la exploración y la manipulación, la relación entre los objetos, la formación de conceptos, la memoria y otros aspectos del desarrollo cognitivo.
Lenguaje	Comunicación receptiva	.87	Evalúa las conductas preverbales como el desarrollo del vocabulario, la capacidad de identificar objetos y dibujos, el vocabulario relacionado con el desarrollo y comprensión de pronombres, preposiciones, plurales y algunos tiempos verbales. También mide la referencia social del niño y su comprensión verbal.
	Comunicación expresiva	.91	Evalúa el balbuceo, las gesticulaciones, la referencia conjunta y los turnos; el desarrollo del vocabulario como la denominación de objetos, imágenes y colores; y el desarrollo morfosintáctico como formar frases de dos o más palabras, el plural y algunos tiempos verbales.

Dominios	Escalas	α	Descripción
Motor	Motricidad fina	.86	Hace referencia a las habilidades motoras asociadas a la prensión, la integración perceptivo-motora, la planificación y la velocidad con la que ejecuta sus movimientos. También, evalúa en niños más pequeños el seguimiento visual, el alcance, la manipulación de objetos y el agarre, así como las habilidades manuales funcionales y las respuestas a informaciones táctiles.
	Motricidad gruesa	.91	Mide en particular el movimiento de las extremidades y el torso. Los ítems evalúan el posicionamiento sentado, de pie; el movimiento dinámico, incluida la locomoción y la coordinación; el equilibrio y la planificación motora.

Además, cuenta con una escala socioemocional que valora los comportamientos asociados al desarrollo emocional del menor. Es una escala de conducta adaptativa que consiste en un formato que el cuidador contesta con respecto a la conducta del menor. Los temas que abarca se relacionan con: comunicación, salud y seguridad, actividades recreativas, cuidado personal, conocimientos pres académicos funcionales y actividades en el hogar.

Cuando se comienza la valoración del menor se les indica a los padres que observen en silencio mientras su hijo es valorado. Para los niños más pequeños el padre sólo colabora en las actividades para motivarlo. A su vez el examinador realiza un rapport con el menor para conseguir que éste se sienta en confort con el ambiente y pueda ser motivado a realizar las actividades que debe llevar a cabo.

Para una descripción más ilustrativa, se ejemplifica el siguiente caso:

Paciente femenino de 1 años, dos meses y un día, se presenta con su padre y su madre a consulta de primera vez. En el expediente clínico se reporta 31.3 semanas de gestación, peso de 1295 gramos y APGAR de 5 / 8 al momento del nacimiento. Se le dio de alta dos meses después de nacer debido a que la niña presento complicaciones: displasia broncopulmonar, sepsis, anemia y síndrome de dificultad respiratoria. Mientras que la Mamá reporta como antecedente hipotiroidismo y perdidas anteriores. Los padres refieren que el embarazo de la menor fue planeado, deseado y aceptado por ambas partes y que, actualmente, ambas gozan de buena salud. Los padres también reportan familia nuclear. La madre reporta que su hija gateó a los 11 meses pero que aún no logra la bipedestación sin apoyo. La madre continúa dándole leche materna y aún se presenta el colecho.

Mientras el examinador entrevista a los padres para la elaboración de la historia clínica, el coterapeuta realiza el cálculo para la edad corregida para conocer el punto de comienzo en la valoración:

Tabla 2.

Cálculo de la edad cronológica y punto de comienzo

	Año	Mes	Día
Fecha de aplicación	2023	07	11
Fecha de nacimiento	2022	05	10
Edad cronológica	1	2	1
Edad cronológica en meses y días		14	1
Ajuste por prematuridad	2022	06	18
Edad ajustada	(en meses y días)	12	23
Punto de comienzo			I

El ajuste de edad se hace hasta los 24 meses de edad en el caso de los niños y niñas que nacieron prematuros. Se realiza porque los bebés nacidos antes de las 37 semanas de gestación tienen un desarrollo neurológico diferente al de los bebés nacidos a término. Para ello es necesario contar con las semanas exactas de gestación (SDG), posteriormente, con ayuda de un calendario, se ubica la fecha de nacimiento del menor y recorren los días hasta determinar en qué fecha cumpliría las 37 semanas de gestación, restando así las semanas de prematuridad de la edad cronológica. Se anota la fecha correspondiente y se determina el cálculo de la edad corregida. La edad tiene que ser al día de la valoración especificando años, meses y días exactos.

En este caso, la niña nació el día 10 de mayo de 2022 con 31.3 SDG. Por lo que, al día de la consulta tenía 1 año, 2 meses, 1 día. No obstante, al realizar el ajuste de prematuridad (18 de junio de 2022) se obtuvo la edad corregida de 12 meses 23 días. Que finalmente corresponde al punto de comienzo I en la Escala Bayley de Desarrollo Infantil III.

Una vez que se procede a la valoración, el examinador comienza mostrando el material a la menor y establece un rapport invitándola a explorar. A continuación, una descripción de la sesión:

La menor se observa receptiva para participar en las actividades que se le presentan mediante el juego. Se percibe un buen aprovechamiento del lenguaje a su edad en el transcurso de la prueba, específicamente en la comunicación expresiva. Además, se observa como demuestra su capacidad real en el área cognitiva. También, se esfuerza por realizar las actividades de la escala motora, no obstante, no alcanza a cubrir los objetivos esperados en su nivel de edad, específicamente en la motricidad gruesa, obteniendo un puntaje por debajo del promedio.

Figura 5.

Ejemplo de resumen de calificación

	Puntaje directo	Puntaje escalar	Edad mental	Puntaje compuesto	Percentil	Intervalo de confianza (95%)
Cognitiva	44	11	14	105	63	97-113
	Clasificación			Promedio		
Lenguaje						
Comunicación receptiva	13	7	10			
Comunicación expresiva	16	17	12			
Suma		24		112	79	104-118
	Clasificación			Arriba del promedio		
Motora						
Motricidad fina	29	9	12			
Motricidad gruesa	38	6	10			
Suma		15		85	6	79-94
	Clasificación			Por debajo del promedio		

En cuanto a los factores ambientales, se observa sobreprotección, fallas en la estimulación y crianza permisiva, además de percibir secuelas emocionales y duelos no resueltos por parte de la madre, por lo que se brinda apoyo emocional, orientación respecto a la crianza y el desarrollo del menor.

Escala de Inteligencia Stanford-Binet IV

Por otro lado, la Escala de Inteligencia Stanford-Binet cuarta edición está diseñada para aplicarse en rangos de edad desde los dos años a los veintitrés años. El tiempo de aplicación varía de entre treinta a noventa minutos. La escala evalúa cuatro grandes áreas de habilidades cognitivas: razonamiento verbal, razonamiento de abstracto visual, razonamiento cuantitativo y memoria a corto plazo. Estas áreas a su vez se conforman de subpruebas, (15 en total), cada una con sus propios rangos de edad para ser aplicadas (ver Tabla 1). Esta escala posee una confiabilidad de consistencia interna para la puntuación mixta de un rango desde .95 hasta .99 y la confiabilidad de las subpruebas va desde .73 a .94 (Sattler, 2003).

Tabla 3.

Áreas, subpruebas y rangos por edad para la Stanford- Binet IV

Área designada	Subprueba	Rango de edad
Razonamiento verbal	Vocabulario	2 a 23
	Comprensión	2 a 23
	Absurdos	2 a 14
	Relaciones Verbales	12 a 23
Razonamiento abstracto/visual	Análisis de patrones	2 a 23
	Copiado	2 a 13
	Matrices	7 a 23
	Doblado y cortado de papel	12 a 23

Tabla 3.

Áreas, subpruebas y rangos por edad para la Stanford- Binet IV

Área designada	Subprueba	Rango de edad
Razonamiento cuantitativo	Cuantificación	2 a 23
	Series de números	7 a 23
	Construcción de ecuaciones	12 a 23
Memoria a corto plazo	Memoria de cuentas	2 a 23
	Memora de oraciones	2 a 23
	Memoria de dígitos	7 a 23
	Memoria de objetos	7 a 23

Adaptada de Sattler, 2003, *Evaluación Infantil: Fundamentos cognitivos*. México:

Manual moderno p. 487

Esta escala cuenta con tres formas de aplicación breve (Sattler, 2003):

- **Forma breve de dos subpruebas:** la cual se compone de Vocabulario y Análisis de patrones.
- **Forma breve de cuatro subpruebas:** Ésta se compone de Vocabulario, Memoria de Cuentas, Cuantificación y Análisis de patrones
- **Forma breve de seis subpruebas:** Ésta se compone de Vocabulario, Comprensión, Memoria de cuentas, Cuantificación, Memoria de Oraciones y Análisis de patrones.

En las consultas se aplica esta última forma abreviada, que cuenta con una confiabilidad interna de .90, ya que es útil para detectar menores que presentan un funcionamiento inferior al promedio o aquellos con trastornos de desarrollo (Sattler, 2003)

Durante el procedimiento es necesario reforzar el desempeño del niño, cuidando el manejo como examinador para no caer en sesgos durante la aplicación de los ítems, además de observar muy bien al menor, tomando nota de sus conductas, si se mostró participativo, reservado, retraído, disperso o inquieto para analizar el porqué de los resultados no sólo desde la perspectiva psicométrica sino también desde el punto de vista clínico.

Finalmente, después de comunicar los resultados obtenidos en la prueba, se orienta a los padres o cuidadores con respecto a las prácticas de crianza, el desarrollo infantil del menor, la dinámica familiar y se reagenda cita dentro de un año. A continuación, se expone un caso:

Asiste a consulta paciente masculino de 4 años, 0 meses y 12 días en compañía de su madre para su valoración. Se corroboran los datos recabados en citas previas y se actualiza información relevante acerca de la dinámica familiar, la crianza y conductas del menor. La mamá refiere que su hijo cursa el primer año de preescolar, que ya domina el control de esfínteres y que duerme en su propia cama; con buena adaptación en el ámbito académico, no obstante, con dificultades en el manejo de la crianza en casa.

Se procede a su valoración. El niño interactúa con la examinadora, muestra interés por los materiales y responde de manera rápida. Sin embargo, no espera indicaciones, por lo que requiere de estímulos constantes para autorregular su conducta y responder a las consignas. En ocasiones deja de responder en actividades que no son de su agrado, pero con ayuda de reforzadores vuelve a adaptarse a las condiciones de la valoración. No obstante, no logra alcanzar los objetivos esperados para su edad en la mayoría de las áreas, con excepción al área de razonamiento verbal. Por lo que se sugiere mayor estimulación, aunado un mayor establecimiento de límites claros y consistentes en el hogar y el ingreso del menor a una actividad deportiva.

Los resultados de la prueba se visualizan en la Tabla 4.

Tabla 4.

Ejemplo de los resultados de px masculino en la Escala de Inteligencia Stanford-Binet IV.

Escalas	Puntaje estandarizado	Edad mental	Resultado
RAZONAMIENTO VERBAL			
Vocabulario	52	4.8	
Comprensión	56	5.0	
Suma de subtest	108		109
RAZONAMIENTO ABTRACCIÓN/ VISUAL			
Análisis del modelo	35	2.5	
Suma de subtest	35		70
RAZONAMIENTO NUMÉRICO			
Cuantitativo	41	3.0	
Suma de subtest	41		82
MEMORIA A CORTO PLAZO			
Memoria de cuentas	48	3.10	
Memoria de oraciones	52	4.6	
Suma de subtest	100		100
Resultado global		total	361
		CI	88

Elaboración de notas clínicas

Cuando los padres y el menor se retiran de la consulta, se procede a la elaboración de la nota clínica y a la actualización de las bases de datos. A continuación, se presentan dos ejemplos de la redacción de notas clínicas.

Nota 1:

Varón de 4 años asiste a consulta en compañía de su madre, al comenzar la evaluación, se observa inhibido al interactuar con la examinadora y voluntarioso para explorar, por lo que tarda en responder a las actividades designadas, no obstante, conforme su madre lo anima y se le cambian los materiales, empieza a tener mayor participación en las actividades. En ocasiones se esfuerza en alcanzar los objetivos y en otras pierde el interés y deja de seguir a las indicaciones, lo que dificulta conocer su capacidad real, por lo que no logra los objetivos esperados para su edad en la mayoría de las áreas valoradas.

Al explorar dinámica familiar la mamá no reporta cambios, aún no se presenta el menor al preescolar. Se detecta estilo de crianza permisiva por lo que se trabaja con la madre sobre estimulación y crianza, ya que se observa tendencia a la sobreprotección, lo que dificulta que el varón no logre desenvolverse del todo en su entorno. Se sugiere a la madre un cambio de hábitos en la crianza en donde se promueva mayor autonomía, estructura y límites claros, firmes y consistentes, También se sugiere que el menor ingrese al preescolar para apoyar su estimulación. Se orienta al respecto y se cita para revaloración.

Nota 2

Varón de 3 años explora y juega con el material de la prueba, responde y se adapta bien a las condiciones de la valoración, sin embargo, no aprovecha su capacidad real en el área de motora y el área de lenguaje. Presenta un retroceso en todas las áreas valoradas en comparación con el año anterior.

Al explorar dinámica familiar se detecta familia uniparental trigeneracional con apoyo intermitente del papá, también se detecta estilo de crianza ambivalente. La mamá refiere al respecto que los abuelos del menor la limitan en su rol como madre lo que genera fallas en el establecimiento de límites claros y consistentes para el menor. Se trabaja con la mamá sobre estimulación y crianza, ya que se observa tendencia a la sobreprotección y centralidad del niño. Mamá con dificultad para hacer cambios, no obstante, interesada en el neurodesarrollo del menor, por lo que se sugiere realizar un cambio de hábitos para favorecer el desarrollo y promover la autonomía del menor. Se orienta y se cita dentro de un año.

Nota 3:

Asiste un varón de 2 años en compañía de su madre a consulta. La madre se observa saturada y con conflictos emocionales, lo que genera poca estimulación hacia el niño, así como fallas en la adaptación al medio, ya que cuando tienen que esforzarse para lograr objetivos de acuerdo con su edad, se niega a participar, llora desconsoladamente y arroja el material, lo que dificulta evaluar su capacidad real.

Al explorar funcionamiento familiar, se observa familia uniparental sin apoyo del papá y con demandas de custodia por ambas partes, por lo que la

mamá se encuentra saturada y con un duelo no resuelto. Se observa dinámica de madre soltera y crianza trigeneracional ambivalente con dificultad para realizar cambios. La mamá refiere que cuando intenta corregir a su hijo, la abuela la limita diciendo “Déjalo” o “Dale lo que quiere”, situación que le genera mayor frustración.

Se le brinda a la madre contención emocional al respecto, así como orientación sobre las prácticas de crianza. Finalmente, se sugiere a la madre buscar apoyo psicológico para trabajar el conflicto emocional y el duelo no resuelto que presenta. Se reagenda cita dentro de un año.

Elaboración de base datos

Al concluir las notas psicológicas se procede a la elaboración de la base datos en donde se recopilan la información del paciente y de sus cuidadores en una hoja Excel. De esta manera es como se organizan y registran los datos que se recolectaron durante la consulta, como los datos generales del paciente, la puntuación obtenida en las escalas, el estilo de crianza que ejercen los padres, así como indicadores de conductas relevantes. Asimismo, se registran las respuestas que los padres proporcionaron por medio de los cuestionarios que contestaron antes de la valoración.

Exposición de temas

Otra actividad académica que formó parte del SS fue la exposición de temas acerca del desarrollo infantil. Se asignaron temas de exposición durante el transcurso del servicio, las cuales se impartían en una clase a primera hora, 1 o 2 veces a la semana, en un lapso de 1 hora. Los temas de exposición eran parte de una lista previamente estructurada que se repartió equitativamente entre las compañeras adscritas y se impartieron como clases para reforzar la teoría y llevar los conocimientos a la práctica.

Las temáticas guardaban relación con el desarrollo infantil y permitían un espacio seguro para que el pasante complementara los aprendizajes esperados y resolviera sus dudas. En total se impartieron 10 exposiciones en el transcurso de la estancia en el servicio social que se extendieron en varias sesiones hasta dar por concluido cada tema:

- Teoría del desarrollo de Jean Piaget
- Teoría de maduración Gesell
- Neurodesarrollo
- Escala de Desarrollo Infantil Bayley
- Escala de Inteligencia de Stanford-Binet
- Conceptos clave
- Embarazo y nacimiento de alto riesgo
- Conductismo
- Terapia de Grupo: Selección y preparación de pacientes / Organización del grupo
- Pruebas Psicológicas: Persona bajo la lluvia

Asimismo, se mantuvo una participación activa en las exposiciones de las compañeras del servicio en los siguientes temas:

- Familiograma
- Teorías de desarrollo: Freud, Erikson, Spitz, Bandura, Bronfenbrenner y Luria
- Introducción a la Terapia de Grupo:
- Pruebas Psicológicas: Figura humana, Familia, Frases incompletas de Sacks, CAT y HTP
- Pruebas de inteligencia
- Integración sensorial

Abordar estas temáticas permitió la psicóloga en formación mejorar sus habilidades para la búsqueda, síntesis y estructuración de la información, así como para generar contenido visual llamativo y proporcionar ejemplos para la práctica clínica. Asimismo, sirvió de ayuda para identificar áreas de fortaleza en las habilidades de

enseñanza y recibir retroalimentación para mejorar la claridad, la precisión y la relevancia de los temas.

Talleres de modificación de conducta

Se planificaron y se llevaron a cabo dos talleres dirigidos a los padres de familia. Estos se realizaron de manera virtual y sincrónica por medio de la plataforma de Zoom con la supervisión y mediación de la psicóloga a cargo. Para ambos talleres se otorgó un espacio de 2 horas y media para exponer la presentación, dar ejemplos, responder dudas, retroalimentar a los padres y hacer un cierre general del taller. En cada uno se buscó la participación de los padres planteando situaciones reales o hipotéticas en donde se ponían en práctica los aprendizajes esperados de cada taller y se respondían dudas respecto a situaciones particulares de la crianza.

Estos talleres se realizaron con el objetivo de ofrecer a los padres de familia herramientas para ejercer prácticas de crianza favorables, ya que, durante la atención de estas familias, se observaba que en la mayoría de los casos los padres tendían a una crianza permisiva y sobreprotectora (resultado del impacto emocional del evento del nacimiento de alto riesgo de sus hijos)

El primer taller titulado “Crianza respetuosa” tuvo varios propósitos: 1) familiarizar a los padres con el concepto de crianza respetuosa, 2) Reconocer el adultocentrismo como un obstáculo al momento de abordar conflictos y retos en la crianza 3) Conocer las diferencias entre el modelo de crianza tradicional versus el modelo de crianza respetuosa 4) Identificar la importancia de poner límites 5) Acompañar la emoción y 6) Fomentar la autonomía de sus hijos. Además, se hizo hincapié en los efectos negativos de la invalidación emocional, las etiquetas, los castigos físicos, mentiras, amenazas, humillaciones o cualquier otra forma de violencia en el desarrollo socioemocional de los niños. Luego, se expuso la diferencia entre alentar y elogiar al niño para promover su autoestima. Finalmente, se señaló la importancia de ser un modelo a seguir en la

autorregulación de la conducta de los hijos; promover los acuerdos y el trabajo en equipo entre papá y mamá (o la familia extensa); y los beneficios de practicar una crianza respetuosa.

Figura 6.

Diapositivas del taller “Crianza respetuosa”

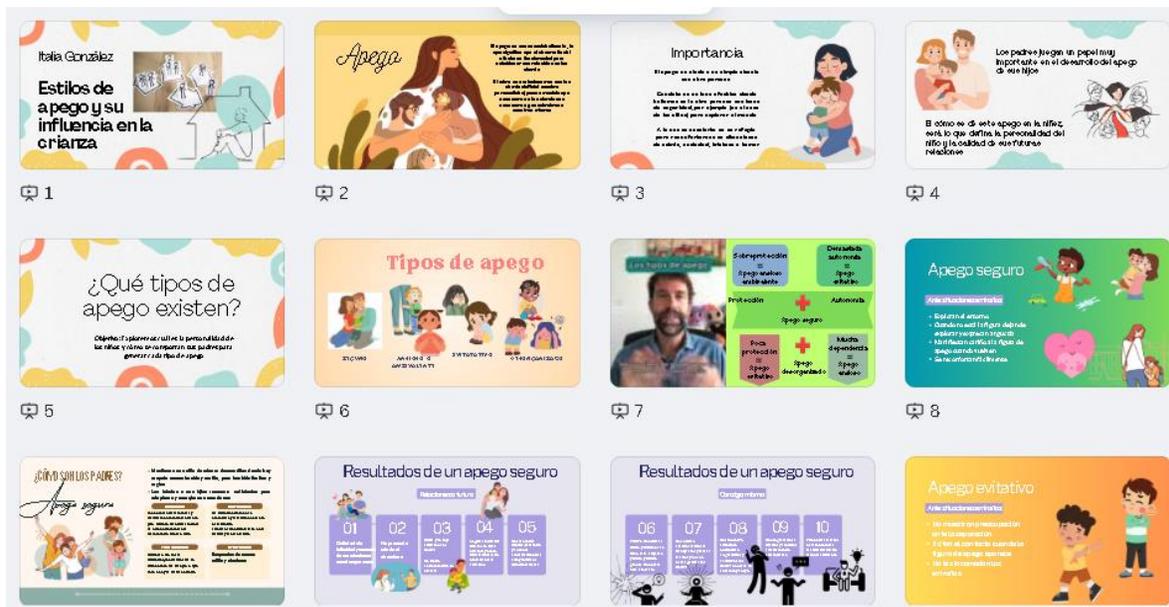


Posteriormente, se realizó un taller con el título “Estilos de Apego y su influencia en la crianza”, en el cual se abordó el apego como un vínculo indispensable en la vida de cualquier niño que visualiza al cuidador como la base de su seguridad para explorar el mundo y que funge a la vez como un refugio para reconfortarlo en situaciones de estrés, ansiedad, tristeza y temor. Se expuso cómo los padres juegan un papel importante en el desarrollo del apego en los hijos y cómo el apego desarrollado en la niñez predice la calidad de sus relaciones futuras. Se expuso los tipos de apego que existen: Seguro, Ambivalente, Evitativo y Desorganizado; las características que le corresponden a cada uno y la relación que guardan con los estilos de crianza de los padres. Se concientizó acerca de los resultados a largo plazo de cada estilo de apego en las relaciones futuras del niño. Se reconoció la importancia de un balance entre protección y autonomía para un apego seguro. Por último,

se presentaron ejemplos para discutir y proponer técnicas para enfrentar los retos que se pueden presentar en la crianza.

Figura 7.

Diapositivas del taller “Estilos de apego y su influencia en la crianza”



Terapias de grupo

La psicóloga en formación se presentó como coterapeuta en terapia de padres y madres de niños con nacimiento de alto riesgo. Las sesiones de terapia se realizaron por medio de la plataforma de Zoom en un horario establecido de 10 am a 12:30 pm. Se formó un grupo de padres y un grupo de madres y la terapia se fijó una vez por mes para ambos grupos. En las primeras sesiones la participación consistió en la observación de la dinámica de trabajo terapéutico, escucha activa e interpretación del tema central de la sesión. Posteriormente, con la experiencia se presentó la oportunidad de obtener un mejor análisis clínico y participación activa en el diálogo terapéutico, participando en la retroalimentando a los padres respecto a temas de crianza.

Al final de la terapia, se realizaba un análisis de la sesión, separando lo que se aprendía a nivel personal de lo que se aprendía a nivel académico o profesional, cerrando con una opinión general de la sesión. Se registraba la asistencia de los padres y se redactaba el tema central de la terapia y las observaciones. Finalmente, se guardan notas individuales de cada paciente para registrar su avance en las terapias.

Esta experiencia ofreció la oportunidad de profundizar y sensibilizar a la psicóloga en formación acerca de los factores que afectan a esta población, de brindar una orientación con la supervisión de un profesional en el área clínica, ganar confianza y seguridad para ejercer un rol a nivel profesional frente a los pacientes; trabajar la escucha activa y la empatía, así como el fortalecimiento de habilidades para análisis de discursos, agudizar el ojo clínico y reforzar la habilidad de memoria y atención para el seguimiento de casos.

Cuidados Paliativos

Otra de las actividades en la que la prestadora de servicio social participó fue en la atención de cuidados paliativos. El objetivo de este ejercicio fue proporcionar bienestar psicológico a los padres que recibieron la noticia de complicaciones severas en el nacimiento y/o el pronóstico de muerte neonatal. Los cuidados paliativos ofrecen soporte y acompañamiento emocional a los padres y les ayuda a afrontar y a adaptarse a las condiciones de salud y muerte de su o sus hijos.

La psicóloga adscrita dirige la sesión de cuidados paliativos como parte del seguimiento pediátrico. Generalmente, se informa a través de una solicitud de interconsulta sobre las familias que requieren la intervención en crisis. Esta atención incluye la asistencia y el acompañamiento de las madres y los padres que presentan duelo y dificultad de afrontamiento ante la condición de salud de su hijo durante su estancia en la UCIN.

Posterior a la interconsulta, la psicóloga adscrita agenda una cita lo más oportuna posible para los padres, en donde la prestadora del servicio social acude como observadora. Al finalizar las sesiones se analizaba el caso de cada paciente y se elabora su nota clínica.

Actualización de pruebas

Se impartió una capacitación para aprender a evaluar la última edición de la Escala de Inteligencia Stanford Binet IV, aportando la interpretación de la forma de calificación para el análisis de resultados. Para ellos se realizó una presentación en donde se explican los pasos a seguir en la calificación de este, apoyándose con el manual del examinador de la prueba traducida al español.

Figura 8.

Diapositivas de la presentación “Calificación del SB5”



Actividades de Investigación

Los jueves nos poníamos al día analizando artículos relacionados con el desarrollo infantil, la escala de desarrollo infantil Bayley y la Escala de inteligencia Standford Binet. En donde se discutía la relevancia y especificidad del artículo. De tal manera que esta práctica ayuda a las estudiantes a mejorar la lectura de artículos científicos para su elección en trabajos de investigación.

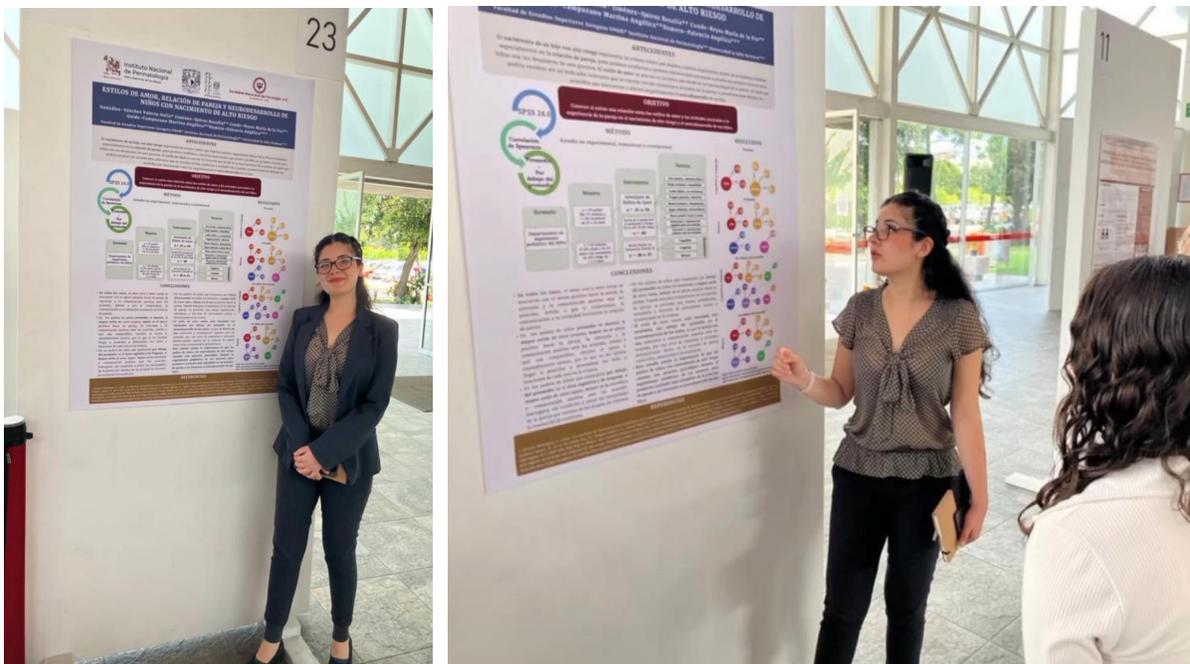
Asimismo, se realizó una investigación en colaboración con la Dra. Rosalía Jiménez-Quiroz, la Dra. María de la Paz Conde-Reyes, la Dra. Martina Guido-Campuzano y la Dra. Angélica Romero Palencia, con el título “Estilos de amor, relación de pareja y neurodesarrollo de niños con nacimiento de alto riesgo” para participar como ponente y

concurrir en la presentación de carteles en el XXIX Congreso Mexicano de Psicología y II Congreso Latinoamericano de Psicología que se celebró en la Ibero de Puebla el 25, 26 y 27 de octubre de 2023. Actualmente, este trabajo se encuentra publicado en las Memorias del mismo congreso. En el *Anexo 1* se encuentra un reporte de la misma investigación. Asimismo, se puede visualizar el cartel de investigación en el Anexo 2.

Después, se utilizaron los resultados de la misma investigación para participar como ponente en el XX Congreso Mexicano de Psicología Social y IX Congreso Latinoamericano de Psicología Transcultural celebrado del 18 al 20 de septiembre del 2024 en Guadalajara, Jalisco en colaboración con la Dra. Rosalía Jiménez-Quiroz, la Dra. María de la Paz Conde-Reyes, la Dra. Angélica Romero Palencia, Lic. Monserrat Hernández-Chávez y Lic. Diana Sánchez-Gómez.

Figura 12.

Evidencias fotográficas de la presentación del cartel de investigación



La experiencia de participar en los congresos ofreció a la psicóloga en formación la oportunidad de conocer nuevas investigaciones de profesionales con intereses afines; desarrollar habilidades en la investigación como la interpretación de resultados; y mejorar en la planeación de su discurso frente a un público específico, con seguridad y hechos.

Asimismo, la psicóloga en formación encontró mucho entusiasmo al reconocer el impacto y la relevancia que puede tener un trabajo de investigación, lo que la motiva a seguir aprendiendo y explorando acerca del desarrollo infantil y los factores que se ven implicados en él.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

En conclusión, como egresada de la carrera de psicología de la FES Zaragoza, la experiencia que implicó la prestación del SS en el programa “Psicología perinatal y desarrollo infantil” me permitió poner en práctica una parte significativa de conocimientos y habilidades adquiridas a lo largo de mi formación. En particular, conocer y aplicar pruebas psicométricas y participar en la redacción de informes. Lo que favoreció un buen aprovechamiento de habilidades en la prestación del SS para la valoración de niños que requieren un seguimiento de su desarrollo.

También, fueron útiles los conocimientos adquiridos a lo largo de mi formación para la realización de entrevistas clínicas, el cual se vio favorecido en el servicio, debido a que me proporcionó una innumerable cantidad de oportunidades para poner en practicar los recursos para recabación completa, práctica y rápida de datos, reconociendo distintas alternativas para obtener la información.

Asimismo, considero que la carrera de psicología me proporcionó una base sólida de conocimientos teóricos, incluyendo un gran repertorio de corrientes psicológicas, modelos terapéuticos y metodologías de investigación. Fueron evidentes los conocimientos en investigación, que sirvieron como apoyo en la búsqueda de información, el análisis de artículos y en los trabajos de investigación.

Sin embargo, la aplicación práctica de los conocimientos en el SS reveló una brecha significativa entre la teoría y la realidad. En particular, considero que, debido a la pandemia, los conocimientos prácticos respecto al área clínica en mi caso no cumplían con las expectativas deseadas en términos de calidad.

Entre las oportunidades de formación durante la carrera que me parece pudieran ser mejor aprovechadas en situaciones como las que enfrenté en el SS, recomiendo ampliar el repertorio del conocimiento acerca de las pruebas diagnósticas, que estas pruebas estén actualizadas y la capacitación en la interpretación de los resultados se centre en una

perspectiva clínica (y no solo psicométrica) para ofrecer un análisis de calidad en los informes y a su vez, se puedan ofrecer una mejor retroalimentación a las personas que vaya dirigido el informe de evaluación.

Por otro lado, considero importante aumentar el tiempo dedicado a las prácticas clínicas con supervisión continua y en la incorporación de más simulaciones o juegos de roles durante la formación de los estudiantes para que estos puedan enfrentarse a situaciones complejas con mayor seguridad y tomar decisiones en un entorno controlado.

Como pasante aprendí que, en un contexto real, los recursos pueden ser limitados, las cargas de trabajo suelen ser elevadas y que la población atendida puede presentar una gran diversidad de necesidades que a menudo superaran la capacidad de un solo profesional. Además, la aplicación de modelos teóricos ideales se puede ver desafiada por limitaciones del contexto; por ejemplo, muchas veces las terapias se ven ajustadas por el tiempo de atención que se ofrece en los hospitales, que por lo regular suele ser muy breve. Además de que hay una gran complejidad en cada uno de los casos, donde se superponen problemas psicosociales, económicos y de salud, que exigen una mirada integral que la teoría, a veces, no aborda completamente.

En cuanto al plan de estudios que ofrece la carrera de psicología, considero fundamental llevar a cabo una actualización de acuerdo a las últimas investigaciones, tendencias, enfoques y contenidos bibliográficos para conformar el plan de lecturas. Incluyendo la incorporación en avances en la neuropsicología, psicoterapia basada en evidencia, la psicología positiva, las psicoterapias contemporáneas, el impacto de la inteligencia artificial en la intervención psicológica, entre otros temas de relevancia.

También considero que es necesario aumentar el número de temáticas enfocadas en la revisión de la ética profesional en la práctica clínica, laboral, social y educativa, así como fomentar una mayor comprensión de la legislación vigente en el campo de la salud

mental (como el manejo de casos sensibles o la intervención en casos legales) esenciales para tener buenas prácticas.

A pesar de estas limitaciones, la práctica en el servicio social en el Instituto Nacional de Perinatología me ofreció una experiencia invaluable que complementa la formación que la carrera ofrece. Contribuyó al desarrollo y práctica de habilidades esenciales como la entrevista clínica, elaboración de notas clínicas y la valoración y gestión de pacientes fortaleciendo mi formación profesional además de fortalecer mi vocación por el acompañamiento psicológico en el ámbito perinatal e infantil. También me permitió comprender la importancia de contextualizar los casos y la necesidad de integrar diferentes enfoques.

Como estudiante recomiendo ampliamente participar en este tipo de programas, especialmente si se tiene un profundo interés por el estudio e intervención en las etapas tempranas del desarrollo, así como el desempeñarse cómo profesional en el ámbito de la psicología clínica.

Referencias

- Agirre, A. (2016). Negociaciones de pareja: los trabajos domésticos, la crianza y la construcción de la maternidad y la paternidad. *Papeles del CEIC. Revista Internacional de Investigación en Identidad Colectiva*, (1), 1-27
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76544802009>
- American Psychological Association. (2010). *Diccionario conciso de psicología*. México: Manual Moderno.
- Anderson, V., Northan, E., Hendy, J. & Wrennall, J. (2001). *Developmental neuropsychology: A clinical approach*. Psychology Press.
- Ares, S. y Díaz, C. (2014). Seguimiento del recién nacido prematuro y del niño de alto riesgo biológico. *Pediatr*, 18(6), 344-355.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic psychology monographs*.
- Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say L., Moller, AB, Kinney, M. & Lawn, J. (2013). Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*, 10(1), 1-14.
- Britos, G. (2018). *Estado emocional de madres de recién nacidos internados con compromiso de salud. Servicio de Neonatología. Hospital Misericordia. Córdoba. Enero – diciembre 2016*. [Tesis de posgrado] Universidad Nacional de Cordova.
- Campistol, J. (2011). *Neurología para pediatras*. Editorial Médica Panamericana.
- Cantón-Cortés D., Cantón, J. y Ramírez, M. (2014). Antecedentes de las prácticas de crianza: el papel de los conflictos entre los adre. *Revista Internacional de Psicología Evolutiva y de la Educación. Revista de Psicología* 1(1) 267-274.

- Carlos-Oliva, D., Vitale, M.P., Grañana, N., Rouvier, M. E. y Zeltman, C. (2020). Evolución del neurodesarrollo con el uso del cuestionario de edades y etapas ASQ-3 en el control de salud de niños. *Rev Neurol*, 70, 12-8.
- Casado, C., Moya, A, & Corrales, A. (2019). Los recién nacidos muy prematuros: dificultades en la escuela. *Enfermería Global*, 18(55), 554-578.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.347121>
- Castellanos-Garrido, A. L., Alfonso-Mora, M. L., Sánchez-Vera, M. A., & Bejarano-Marín, X. (2016). Factores sociodemográficos asociados al desarrollo motor en niños de un plan madre canguro. *Revista de la Facultad de Medicina*, 64(4), 659-66.
- Conde-Reyes, MP., Romero-Palencia, A., Guido-Campuzano, M., Jiménez-Quiroz, R., Fernández-Carrocer, L., Higareda-Sánchez, J. y Castro, L. (2021). Funcionamiento familiar y coeficiente intelectual en niños a los seis años de edad nacidos prematuros. *Acta Scientific Women's Health Special Issue*, 3, 46-51.
- Domínguez, P. R. (2016). Desarrollo del sistema nervioso humano. Perspectiva general del estadio prenatal hasta 2013. *Revista Internacional de Psicología*, 15(1), 1-50.
<https://doi.org/10.33670/18181023.v15i01.172>
- Duarte-Gómez, M. B., Núñez-Urquiza, R. M., Restrepo-Restrepo, J. A., & Richardson-López-Collada, V. L. (2015). Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(3), 181-189.
- Fernández, C., Matzumura J., Gutiérrez, H., Zamudio, L., & Melgarejo, G. (2017). Secuelas del neurodesarrollo de recién nacidos prematuros de extremadamente bajo peso y de muy bajo peso a los dos años de edad. *Horizonte Médico* 17(2), 6-13.

- Fernández-Carrocerá, L., & González-Mora, E. (2004). Trastornos del neurodesarrollo en niños con antecedente de hemorragia subependimaria/intraventricular a los tres años de edad. *Gaceta médica de México*, 140(4), 367-373.
- Figueiras, A. C., Neves de Souza, I. C., Ríos, V. G. y Benguigui, Y. (2011). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. (2da ed.). Organización Panamericana de la Salud.
- Förster, J., & López, I. (2022). Neurodesarrollo humano: un proceso de cambio continuo de un sistema abierto y sensible al contexto. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 338–346. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.06.001>
- Frade, J., Pinto, C. & Carneiro, M. (2013). Ser padre, ser madre en la actualidad: repensar los cuidados de enfermería en el puerperio. *Matronas Profesion. 14*(2). 45-51.
- Fundación Mayo para la Educación e Investigación Médica. (22, marzo de 2024). Nacimiento prematuro. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/premature-birth/symptoms-causes/syc-20376730>
- García, R., Ayala, P. & Perdomo, S. (2012). Epigenética: definición, bases moleculares e implicaciones en la salud y en la evolución humana. *Revista Ciencias de la Salud*, 10 (1), 59-71.
- Garrido, A., & Álvaro, J. L. (2019). *Psicología Social* (2da ed.). McGrawHill.
- Gómez E, M, C. y Olmo, V. (2012). Dificultades biosociales de la gran prematuridad. *Sociedad Española de Neonatología*. www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-15236/prematuridad
- Gómez, M. y Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(55), 53–61.
- Gómez-Gómez, M., Danglot-Banck, C. y Aceves-Gómez, M. (2012). Clasificación de los niños recién nacidos. *Revista Mexicana de Pediatría*. 79(1). 32-39.

- González, D. (2020). Aspectos centrales de los aportes del neurodesarrollo. *Psyciencia*.
<https://www.psyciencia.com/aspectos-centrales-de-los-aportes-del-neurodesarrollo/>
- González, F. (2010) Nacer de nuevo: La crianza de niños prematuros: Aspectos evolutivos, atención y acompañamiento. *Cuaderno de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* (49), 133-152.
- Hauser, M., Milan, T., González, M. & Oiberman, A. (2017). Incidencia del tiempo de internación en la terapia neonatal sobre las interacciones madre-bebé de alto riesgo. *Estudios de Psicología*, 34(1), 131-140.
- Hernández, R., Del Pilar, M., & Acle, G. (2013). Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. *Universitas Psychologica*, 12(3), 811-820.
- Hernández. L. (2019). Taller sobre prácticas de crianza para padres con hijos con alto riesgo al nacer y su influencia en el funcionamiento familiar. [Tesis Licenciatura]. UNAM México
- Hernández-Flores, C. E., Contreras, G. A. y Beltrán. M. A. (2018). Desarrollo neuroembriológico: El camino desde la proliferación hasta la perfección. *Universitas Medica*, 59(3), 1-10. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-3.dneu>
- Higareda, J., Del Castillo, A., & Romero, A. (2015). Estilos parentales de crianza: una revisión teórica. *Educación Y Salud, Boletín Científico, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 3(6).
<https://doi.org/10.29057/icsa.v3i6.803>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2021). *Guía de neurodesarrollo infantil de 3 a 4 años*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/issste/articulos/guia-de-neurodesarrollo-infantil-de-3-a-4->

- Medina, MD, Caro, I., Muñoz, P., Leyva, J., Moreno, J., & Vega, SM (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32 (3), 565-573.
- Mendoza, L, Claros, D, Osorio, M., Mendoza, L., Peñaranda, C., Carrillo, J. & Londoño, F. (2016). Epidemiología de la prematuridad y sus determinantes, en una población de mujeres adolescentes y adultas de Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(5), 372-380.
- Menéndez, F. (2001). La interconsulta en salud mental infantil de niños recién nacidos con alto riesgo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (80), 101-110.
- Minuesa, Y. (2019). ¿Cómo es la experiencia de los padres durante la estancia en la UCIN? ¿Cuál es el papel de la enfermera? [Tesis de licenciatura, Universitat de les Illes Balears. Repositorio de la Universitat de les Illes Balears.
- Moore K., Kinghorn, A. & Tawana B. (2011). Parental relationship quality and child outcomes across subgroups. (*Research Brief*). Child Trends: Washington, DC.
- Mora, A. & Rojas, A. (2005). Estilo de funcionamiento familiar, pautas de crianza y su relación con el desarrollo evolutivo en niños con bajo peso al nacer. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 181-212.
- Mulas, E. (1993). Evolución neuropsicológica a largo plazo en la edad escolar de los recién nacidos con peso al nacimiento inferior a 1.000 gramos. [Tesis doctoral], Universidad de Valencia.
- Narberhaus, A., & Segarra, D. (2004). Trastornos neuropsicológicos y del neurodesarrollo en el prematuro. *Anales de Psicología*, 20(2), 317-326.

- Narváez, E. (2017). *Influencia del vínculo afectivo en el neurodesarrollo y desarrollo emocional de neonatos prematuros o con bajo peso al nacer* [Tesis de maestría, Universitat de les Illes Balears]. Repositorio institucional - Universitat de les Illes Balears.
- National Institute of Child Health and Human. (14 de abril de 2020). What is a high-risk pregnancy?.
<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/riesgo#:~:text=Un%20embarazo%20de%20alto%20riesgo%20es%20un%20embarazo%20que%20pone,especializada%20de%20proveedores%20especialmente%20capacitados>.
- Ortega, G., & Ricardo, N. (2020). El parto pretérmino desde los registros del nacido vivo en Colombia, período 2008-2017. *Revista Médica de Risaralda*, 26(2), 138-147.
- Pallás, C. (2011). Seguimiento del recién nacido con peso menor de 1500 g o menor de 32 semanas de gestación en Atención Primaria. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 4(2). 82-91.
- Pallás, C., García P. Jiménez A, Loureiro B, Martín y Soriano J, (2018). Protocolo de seguimiento para el recién nacido menor de 1.500 g o menor de 32 semanas de edad gestación. *Pediatr*, 88(4): 229.e1-229.
- Papalia, D. E., Feldman, R. D., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. (12th ed.). McGraw Hill Education.
- Pascual, R. (2018). Desarrollo del sistema nervioso. En D. Redolar (Ed.), *Psicobiología*. Panamericana
- Pérez, MG, Flores, I. y Ramenzoni, V. (2022). Estilos de crianza: revisión conceptual y perspectivas actuales. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de

- Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia*. Herder.
- Pérez-Díaz, R., Rosas-Lozano, A. L., Islas-Ruz, F. G., Baltazar-Merino, R. N., & Mata-Miranda, M. D. P. (2018). Estudio descriptivo de la mortalidad neonatal en un Hospital Institucional. *Acta pediátrica de México*, 39(1), 23-32.
- Portellano, J. (2007). *Neuropsicología infantil*. Editorial Síntesis.
- Pyhälä, R., Räikkönen, K., Pesonen, A. K., Heinonen, K., Lahti, J., Hovi, P. & Kajantie, E. (2011). Parental bonding after preterm birth: Child and parent perspectives in the Helsinki study of very low birth weight adults. *The Journal of pediatrics*, 158(2), 251-256.
- Ramos, A. (2000). Recién nacido neurológico. *VOX PAEDIATRICA*, 8(2), 5-10.
- Rizzoli-Córdoba, A., Campos-Maldonado, M. C., Vélez-Andrade, V. H., Delgado-Ginebra, I., Baqueiro-Hernández, C. I., Villasís-Keever, M. A., Reyes-Morales, H., Ojeda-Lara, L., Davis-Martínez, E. B., O'Shea-Cuevas, G., Aceves-Villagrán, D., Carrasco-Mendoza, J., Villagrán-Muñoz, V. M., Halley-Castillo, E., Sidonio-Aguayo, B., Palma-Tavera, J. A., y Muñoz-Hernández, O. (2015). Evaluación diagnóstica del nivel de desarrollo en niños identificados con riesgo de retraso mediante la prueba de Evaluación del Desarrollo Infantil. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(6), 397-408. <https://doi.org/10.1016/j.bmhix.2015.11.005>
- Rodríguez-Coutiño, S., Ramos-González, R. y Hernández-Herrera, R. (2013). Factores de riesgo para la prematurez. Estudios de caso y controles. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(9), 499-503.
- Rojas-Ortiz, C., León-Suazo, G., Baños-Sánchez, A., Trejo-Morales, M. & Bernal-Alcántara, D. (2017). Resiliencia en padres de familia y docentes de estancias de

- bienestar y desarrollo infantil. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 22(4), 143-152.
- Roncallo, C., Sánchez, M. y Arranz, E. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14-23.
- Saigal, S. (1992). Non-right handedness among ELBW and term children are eight years in relation to cognitive function and school performance. *Developmental Medical Children Neurolog*, 34(5), 435-443.
- Salazar, G., & Roxana, E. (2018). Factores maternos relacionados con la prematuridad, servicio de neonatología del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco. [Tesis de licenciatura, Universidad de Huanuco]. Repositorio de la Universidad de Huanuco.
- Secretaría de Salud (SSA). (2016). NOM-007-SSA2-2016: Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Ciudad de México: SSA.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
- Segura, A. & González, D. (2014) Seguimiento del recién nacido prematuro y del niño de alto riesgo biológico. *Pediatría integral*. 344.
- Torres, M., Gómez, E., Medina, M., & Pallás, C. (2008). Programas de seguimiento para neonatos de alto riesgo. *Asociación Española de Pediatría. Actualizado*, 33, 278-284.
- Trianes, M. (2012). *Psicología del desarrollo y de la educación*. Madrid: Pirámide.
- Triviño, M. & Bembibre, J. (2020). *Desarrollo Ontogenico del sistema nervioso central*. En M. Arnedo (Ed.), *Neuropsicología infantil. A través de casos*. Panamericana.

UNICEF. (2015). El nacimiento prematuro es ahora la principal causa de muerte en niños pequeños.

https://www.UNICEF.org/venezuela/spanish/Dia_Mundial_del_Nacimiento_Prematuro_CdP_Conjunto.Pdf.

Véliz, K. (2016). Prematurez. Factores de riesgo en neonatos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales estudio a realizar en el Hospital Universitario de Guayaquil en el período de enero del 2014-enero del 2015 (Tesis doctoral, Universidad de Guayaquil). Repositorio de la Universidad de Guayaquil.

Verdugo-Muñoz, L. M., Alvarado-Llano, J. J., Bastidas-Sánchez, B. E., & Ortiz-Martínez, R. A. (2015). Prevalencia de restricción del crecimiento intrauterino en el Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2013. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(1), 61-66.

Vericat, A, & Orden, AB. (2017). Riesgo neurológico en el niño de mediano riesgo neonatal. *Acta pediátrica de México*, 38(4), 255-266. <https://doi.org/10.18233/apm38no4pp255-2661434>

Wolke, D. y Meyer, R. (1999). Resultados del Estudio Bávaro del Desarrollo. Implicaciones para Teoría y Práctica. *Infancia y Desarrollo*, 8(1), 23-25.

Zung, W. (1965). A self-rating depressive scale. *Arch Gen Psychiatr*, 12(1), 63-70.

Anexos

Anexo 1

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

ESTILOS DE AMOR, RELACIÓN DE PAREJA Y NEURODESARROLLO DE NIÑOS CON NACIMIENTO DE ALTO RIESGO

González-Sánchez Valeria Italia; Jiménez-Quiroz Rosalía; Conde-Reyes María de la Paz;
Romero-Palencia Angélica; Guido-Campuzano Martina Angélica

Introducción

El nacimiento de un hijo con alto riesgo representa un evento crítico que implica cambios importantes dentro de la dinámica familiar, especialmente en la relación de pareja, pues produce conflictos y secuelas emocionales que ponen a prueba sus propios recursos para lidiar con los desajustes de este proceso. El estilo de amor es uno de los factores que incide de manera importante en la funcionalidad de la pareja, de modo que podría resultar ser un indicador relevante que se vincule con las conductas y actitudes de la pareja, y posteriormente definan los acuerdos que favorezcan o afecten negativamente el neurodesarrollo de su hijo.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre los estilos de amor y las actitudes asociadas a la experiencia de la pareja de niños con nacimiento de alto riesgo y a su vez conocer como esto se ve implicado en el neurodesarrollo de sus hijos.

Materiales y método

El diseño de esta investigación fue transversal y correlacional. Se recopiló información de 59 padres y madres (88.1% mujeres y 11.9% hombres) con una edad de 23 a 44 años ($\mu=33.71$, $DE=5.57$) que acudieron al seguimiento pediátrico de sus hijos en el INPer.

Respecto a los 59 infantes, 57.6% fueron niñas y 42.4% fueron niños con nacimiento de alto riesgo de 1 a 3 años.

Se les aplicó a los padres el Inventario de Estilos de Amor con un α que va de .81 a .94, y la Escala de la pareja ante el nacimiento y crianza de un niño de alto riesgo con un $\alpha = .80$; para evaluar el neurodesarrollo se aplicó a los niños la Escala Bayley de Desarrollo Infantil III con un α que va de .86 a .91. Al realizar la investigación se tomaron en cuenta las consideraciones éticas correspondientes para el trabajo con humanos.

Se analizaron los datos en el programa SPSS 24.0 y se realizó una Correlación de Spearman para encontrar asociación entre las variables. Posteriormente, se dividió la muestra entre los niños que obtuvieron resultados promedio o mayor, y por debajo del promedio en la Escala Bayley de Desarrollo Infantil III, para conocer el estilo de amor y la relación de pareja que presentan los padres.

Resultados

Se recolecto información de 59 padres y madres de los cuales:

Tabla 5.

Estadísticos descriptivos de los padres

Variable	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	52	88.1
	Hombre	7	11.9
Edad	21-25	5	8.5
	26-30	11	18.6
	31-35	24	40.7
	36-40	8	13.6
	41-45	11	18.6
	Escolaridad	Primaria	1
	Secundaria	19	32.2
	Bachillerato	19	32.2
	Técnico	1	1.7

Variable	Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
	Licenciatura o ingeniería	19	32.2
Ocupación	Hogar	39	66.1
	Comerciante	5	8.5
	Oficio	10	16.9
	Técnico	1	1.7
	Profesional	4	6.8
Estado civil	Soltero/a	6	10.1
	Unión libre	28	47.5
	Casado	25	42.4
Tipo de familia	Nuclear	30	50.8
	Reconstruida	3	5.1
	Uniparental con apoyo del papá	2	3.4
	Uniparental sin apoyo del papá	2	3.4
	Nuclear trigeracional	17	28.8
	Uniparental trigeracional con apoyo del papá	4	6.8
	Uniparental trigeracional sin apoyo del papá	1	1.7

También se recolecto información de 59 niños de los cuales:

Tabla 6.

Estadísticos descriptivos de los niños

Variable	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	34	57.6
	Hombre	25	42.4
Peso (gramos)	1000 o menos	8	13.6
	1001 a 1500	18	30.5
	1501 a 2500	13	22
	2501 o más	20	33.9
Semanas de gestación	Prematuro extremo (28 SDG o menos)	4	6.8
	Prematuro (28.1 a 33.6 SDG)	23	39
	Prematuro tardío (34 a 33.6 SDG)	12	20.3
	Termino 37 o más	20	33.9
Tipo de embarazo	Único	43	72.9
	Gemelos	16	27.1
Hiperbilirrubinemia	Afectados	21	35.6
Multifactorial	No afectados	38	64.4
Problemas pulmonares	Afectados	27	45.8
	No afectados	32	54.2
Restricción de crecimiento Intrauterino	Afectados	13	22
	No afectados	46	78
Problemas metabólicos	Afectados	5	8.5
	No afectados	54	91.5
Sepsis neonatal	Afectados	12	20.3
	No afectados	47	79.7
Hemorragia intraventricular	Afectados	7	11.9
	No afectados	52	88.1
Displasia Broncopulmonar	Afectados	10	16.9
	No afectados	49	83.1

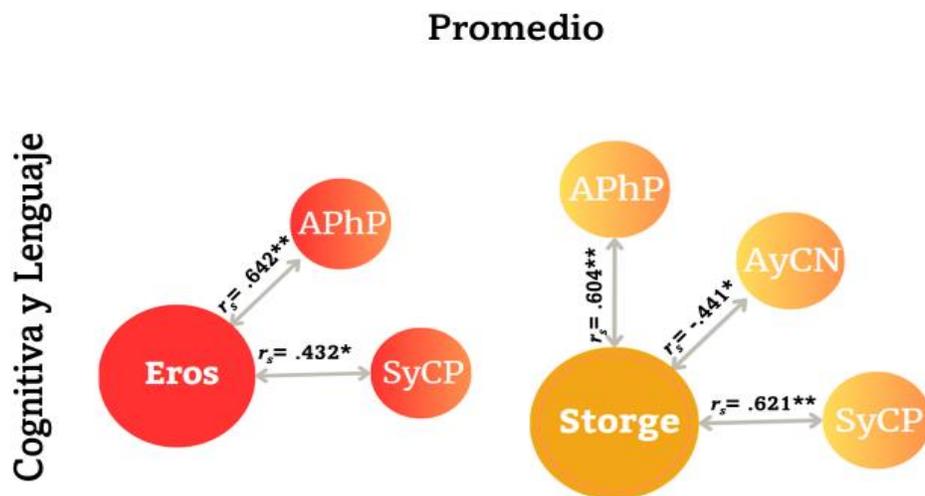
Al evaluar el neurodesarrollo en esta investigación, se puede observar en el área cognitiva y de lenguaje que el 44.2% de la muestra total de los niños obtuvieron resultados promedio o mayor, mientras que el 55.8% de los niños obtuvieron resultados por debajo del promedio; en el área motora 20.8% de los niños obtuvieron resultados promedio o mayor y el 71.2% por debajo del promedio.

En los resultados del neurodesarrollo de los niños que obtuvieron una calificación promedio o mayor en el área cognitiva y lenguaje, se puede observar en los padres que:

- A mayor estilo de *amor eros*, mayor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s = .642$, con una $p = .01$) y mayor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s = .432$, con una $p = .05$).
- A mayor estilo de *amor storge*, mayor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s = .604$, con una $p = .01$), menor es la *asincronía y comunicación negativa ante los acuerdos* ($r_s = -.441$, con una $p = .05$) y mayor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s = .621$, con una $p = .01$).

Figura 9.

Resultados promedio en el área cognitiva y de lenguaje

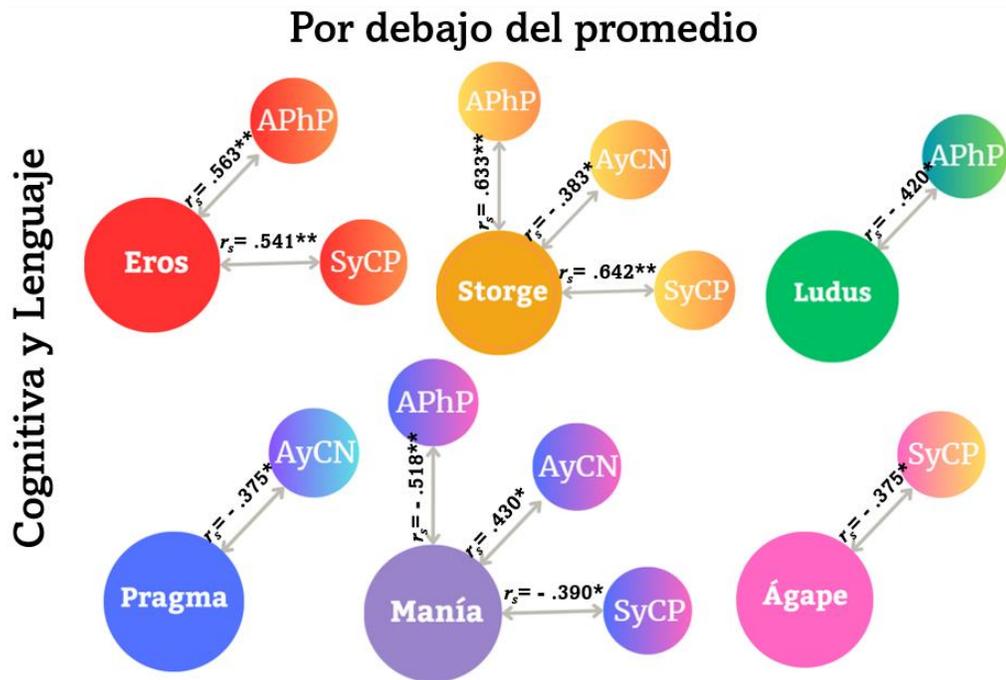


En los resultados del neurodesarrollo de los niños que se encuentran por debajo del promedio en el área cognitiva y lenguaje, se puede observar en los padres:

- A mayor estilo de *amor eros*, mayor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s=.563$, con una $p=.01$) y mayor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s=.541$, con una $p=.01$).
- A mayor estilo de *amor ludus*, menor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s=-.420$, con una $p=.05$).
- A mayor estilo de *amor storge*, mayor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s=.633$, con una $p=.01$), menor es la *asincronía y comunicación negativa ante los acuerdos* ($r_s=-.383$, con una $p=.05$) y mayor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s=.518$, con una $p=.01$).
- A mayor estilo de *amor pragma*, menor es la *asincrónica y comunicación negativa ante los acuerdos* ($r_s=-.375$, con una $p=.05$).
- A mayor estilo de *amor manía*, menor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s=-.518$, con una $p=.01$), mayor es la *asincronía y comunicación negativa ante los acuerdos* ($r_s=.430$, con una $p=.05$) y menor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s=-.390$, con una $p=.05$).
- A mayor estilo de *amor ágape*, menor es la *sincrónica y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s=-.375$, con una $p=.05$).

Figura 10.

Resultados por debajo del promedio en el área cognitiva y de lenguaje



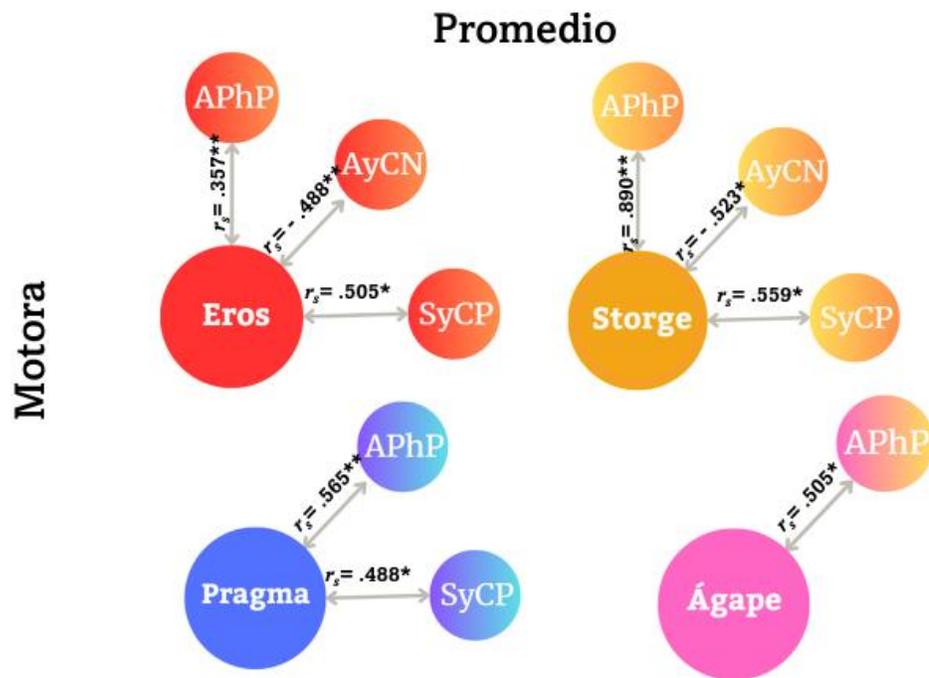
En los resultados del neurodesarrollo de los niños que se encuentran promedio o mayor en el área motora, se puede observar en los padres:

- A mayor estilo de *amor eros*, mayor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s=.757$, con una $p= .01$), menor es la *asincronía y comunicación negativa ante los acuerdos* ($r_s= - .488$, con una $p= .01$), y mayor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s= .505$, con una $p= .05$).
- A mayor estilo de *amor storge*, mayor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s= .890$, con una $p= .01$), menor es la *asincronía y comunicación negativa ante los acuerdos* ($r_s= - .523$, con una $p= .05$) y mayor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s=.559$, con una $p= .05$).

- A mayor estilo de *amor pragma*, mayor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s = .565$, con una $p = .01$) y mayor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s = .488$, con una $p = .05$).
- A mayor estilo de *amor ágape*, mayor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s = .505$, con una $p = .05$).

Figura 11.

Resultados promedio en el área motora



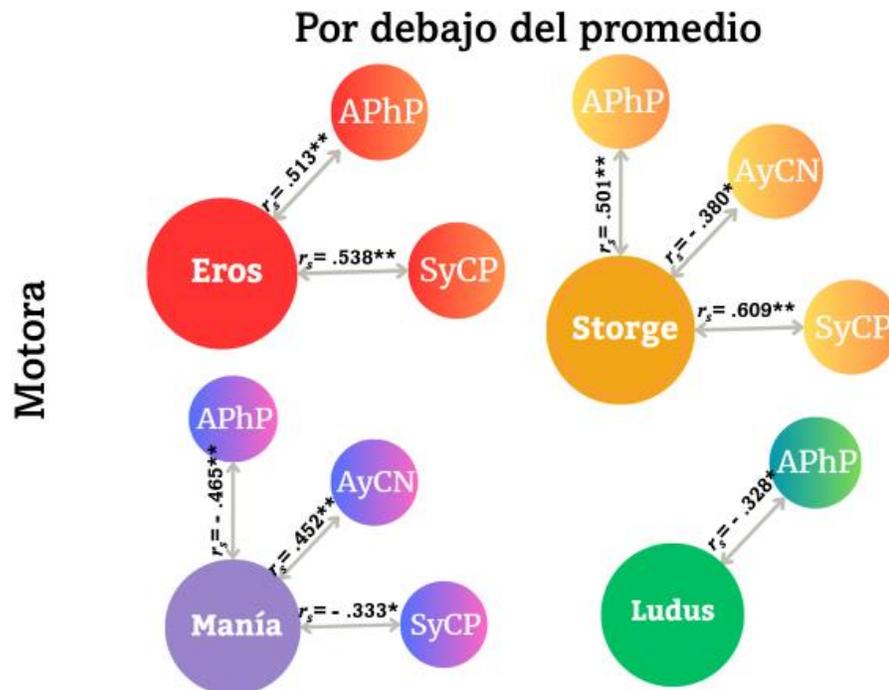
En los resultados del neurodesarrollo de los niños que se encuentran por debajo del promedio en el área motora, se puede observar en los padres:

- A mayor estilo de *amor eros*, mayor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s = .513$, con una $p = .01$) y mayor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s = .538$, con una $p = .01$).

- A mayor estilo de *amor ludus*, menor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s = -.328$, con una $p = .05$).
- A mayor estilo de *amor storge*, mayor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s = .501$, con una $p = .01$), menor es la *asincronía y comunicación negativa ante los acuerdos* ($r_s = -.380$, con una $p = .05$) y mayor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s = .609$, con una $p = .01$).
- A mayor estilo de *amor manía*, menor es el *afecto positivo hacia la pareja* ($r_s = -.465$, con una $p = .01$), mayor es la *asincronía y comunicación negativa ante los acuerdos* ($r_s = .452$, con una $p = .01$) y menor es la *sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos* ($r_s = -.333$, con una $p = .05$).

Figura 12.

Resultados por debajo del promedio en el área motora



Discusión. En esta investigación se puede observar que los estilos de amor que más se presentan en los padres de niños con nacimiento de alto riesgo son el *amor eros* y *amor storge* que se asocian con el afecto positivo hacia la pareja, la sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos, esto puede explicarse debido a que las complicaciones del nacimiento llegan a generar que se fortalezca el compromiso, comunicación y la intimidad en la pareja como refiere la literatura.

Así mismo, a mayor estilo de *amor pragma* mayor es el afecto positivo hacia la pareja, sincronía y comunicación positiva ante los acuerdos. Esto puede deberse a que los padres con este estilo tienen características afines entre sí, lo cual los hace compatibles y les facilita llegar a acuerdos generando sentimientos de satisfacción y respeto, así como tendencia al acompañamiento y apoyo emocional en todo momento, lo que se manifiesta como una habilidad para ser empáticos y para tener claro los roles y funciones de cada uno para ser guías en la crianza y el neurodesarrollo de sus hijos, específicamente en el área motora.

Respecto a padres de niños que puntuaron por debajo del promedio en el área cognitiva y de lenguaje, se detecta que a mayor estilo de *amor ágape*, menor es la *sincrónica y comunicación positiva ante los acuerdos*. Esto puede deberse a que la entrega desinteresada de los mismos antepone las necesidades de la pareja por las propias, aspecto que no favorece la resolución de conflictos y genera una menor coordinación en la tarea principal de guiar y acompañar a los hijos durante la crianza y su neurodesarrollo.

En cuanto a los padres de niños que puntuaron por debajo del promedio tanto en el área cognitiva y de lenguaje como en el área motora, se detecta en ellos que a mayor estilo de *amor ludus*, menor es el *afecto positivo hacia la pareja*. Como existe poco involucramiento emocional en la dinámica de pareja, hay una menor satisfacción, tolerancia, compromiso, afiliación y decisión de permanecer juntos e involucrados en la experiencia de la crianza de un niño con alto riesgo.

Por otro lado, este estudio muestra que el estilo de *amor manía* está vinculado con resultados por debajo del promedio en el neurodesarrollo de los niños, ya que se asocia con una *asincronía y comunicación negativa ante los acuerdos* debido a que se distingue por conductas y actitudes disfuncionales dentro de la relación de pareja como fuertes dependencias, celos intensos, posesividad, ambivalencia, desconfianza, ente otros aspectos, y acompañado con el nacimiento de alto riesgo, puede generar un efecto negativo en la crianza y el neurodesarrollo de los niños.

Los resultados de este estudio proporcionan una mejor comprensión acerca de la relación entre los estilos de amor y las actitudes asociadas a la experiencia de la pareja en la crianza de un niño con nacimiento de alto riesgo. Estos hallazgos podrían tener implicaciones importantes para la terapia de pareja y la orientación familiar, ya que podría dar pauta a futuras investigaciones que proporcionen información sobre cómo promover actitudes más saludables y favorables en la relación de pareja y la crianza de los hijos, además de contribuir a un mayor entendimiento de como el amor y las actitudes de la pareja influyen en el bienestar familiar. Este estudio también nos señala la importancia de que los padres de niños con antecedentes de alto riesgo cuenten con atención psicológica durante el seguimiento pediátrico de sus hijos para propiciar un óptimo neurodesarrollo en los menores.

Cartel de investigación



Instituto Nacional de Perinatología
Sidro Espinosa de los Reyes



Sociedad Mexicana de Psicología, A.C.
Fundada en 1950

ESTILOS DE AMOR, RELACIÓN DE PAREJA Y NEURODESARROLLO DE NIÑOS CON NACIMIENTO DE ALTO RIESGO

González-Sánchez Valeria Italia* Jiménez-Quiroz Rosalía** Conde-Reyes María de la Paz** Guido-Campuzano Martina Angélica** Romero-Palencia Angélica***

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM* Instituto Nacional de Perinatología** Universidad la Salle Pachuca***

INTRODUCCIÓN

El nacimiento de un hijo con alto riesgo representa un evento crítico que implica cambios importantes dentro de la dinámica familiar, especialmente en la relación de pareja, pues produce conflictos y secuelas emocionales que ponen a prueba sus propios recursos para lidiar con los desajustes de este proceso. El estilo de amor es uno de los factores que incide en la funcionalidad de la pareja, de modo que podría resultar ser un indicador relevante que se vincule con las conductas y actitudes de la pareja, y posteriormente definan los acuerdos que favorezcan o afecten negativamente el neurodesarrollo de su hijo.

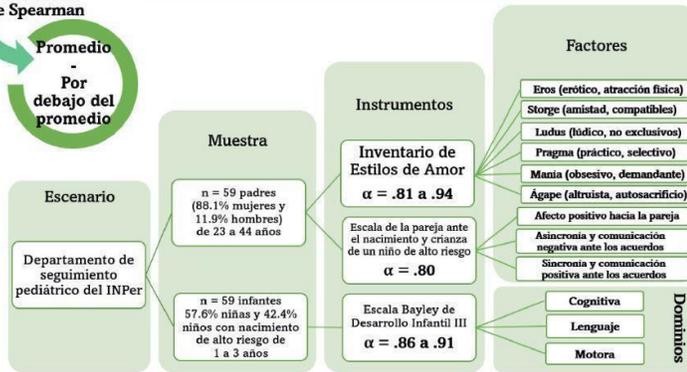
OBJETIVO

Conocer si existe una relación entre los estilos de amor y las actitudes asociadas a la experiencia de la pareja en el nacimiento de alto riesgo y el neurodesarrollo de sus hijos.

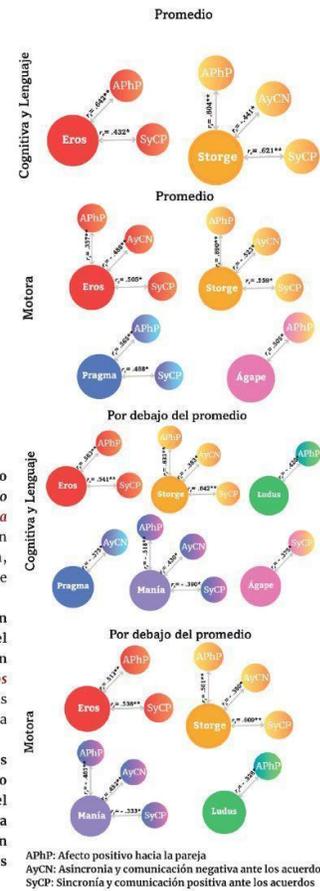


MATERIAL Y MÉTODO

Estudio no experimental, transversal y correlacional



RESULTADOS



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- En todos los casos, el amor eros y amor storge se asociaron con el afecto positivo hacia la pareja, la sincronía y la comunicación positiva ante los acuerdos, debido a que el compromiso, la comunicación y la intimidad fortalecen la relación de pareja.
- En los padres de niños promedio en motora: A mayor estilo de amor pragma, mayor es el afecto positivo hacia la pareja, la sincronía y la comunicación positiva ante los acuerdos, debido a que son compatibles, tienden al apoyo y entendimiento mutuo, por lo que se les facilita llegar a acuerdos y determinar los roles y funciones de cada uno en la crianza.
- En los padres de niños que puntuaron por debajo del promedio en el área cognitiva y de lenguaje, a mayor estilo de amor ágape, menor es la sincrónica y comunicación positiva ante los acuerdos. Entregarse sin condición y poner las necesidades de la pareja por encima de las propias no favorece la resolución de conflictos.
- En los padres de niños que resultaron por debajo del promedio en todos los dominios, a mayor estilo de amor ludus, menor es el afecto positivo hacia la pareja. Cuando hay poco compromiso en la relación de pareja, se presenta una menor satisfacción, tolerancia y decisión de permanecer juntos e involucrados en la crianza.
- El estilo de amor manía está vinculado con resultados por debajo del promedio en el neurodesarrollo de los niños, ya que se asocia con una asincronía y comunicación negativa ante los acuerdos, por una serie de conductas y actitudes disfuncionales dentro de la relación de pareja como celos, posesividad y desconfianza.
- Este estudio señala la importancia de que los padres de niños con antecedentes de alto riesgo cuenten con atención psicológica durante el seguimiento pediátrico de los menores para promover actitudes más saludables en su relación de pareja y así favorecer el neurodesarrollo de sus hijos.

REFERENCIAS

1. Álvarez-Rodríguez, E. (2015). Los patrones de interacción como predictores de la satisfacción marital en la relación de pareja. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional Autónoma de México, México; 2. Jiménez-Quiroz, R., de la Paz Conde-Rey, M., Romero-Palencia, A., Álvarez-Ramírez, E., Angélica Guido-Campuzano, M., & Castro-Soto, I. (2021). Scale Validation: The Couple in Light of the Birth and Upbringing of a Child with High Risk in Mexico. Acta Scientific Women's Health, 3(8), 57-64. <https://doi.org/10.21080/aswh.2021.03.0263>; 3. Gómez López, Ma. E. y Aldana Calva, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. Psicología y Salud, 17(55), 53-61. <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117106.pdf>; 4. Solares, S., Benavides, J., Peña, B., Rangel, D., & Ortiz, A. (2011). Relación entre el tipo de apoyo y el estilo de amor en parejas. Enseñanza e Investigación En Psicología, 16(1), 41-56. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29215963004.pdf>