



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO COMUNITARIO: PROYECTO EDUCACIÓN
TEMPRANA EN EL HOGAR “JUEGO Y APRENDO” VERSIÓN II

PACHACUTEC-VENTANILLA

PRESENTADA POR
MERLYN BARRETO RÍOS

ASESORA

ESTELA SANTA CRUZ FLORES

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2018



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y
DE PSICOLOGÍA**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO COMUNITARIO: PROYECTO EDUCACIÓN
TEMPRANA EN EL HOGAR “JUEGO Y APRENDO” VERSIÓN II
PACHACUTEC-VENTANILLA**

TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

MERLYN BARRETO RIOS

ASESORA:

MG. ESTELA SANTA CRUZ FLORES

LIMA-PERÚ

2018

A mi Madre

AGRADECIMIENTO

A la ONG IPROMIF por brindarme la oportunidad de trabajar junto a ellos en este proyecto que tuvo gran impacto, no sólo en las personas que participaron de él, sino también en nosotros mismos, quienes tuvimos la oportunidad de intervenir y conocer realidades distintas a las nuestras.

A la asesora que acompañó mis nuevas experiencias en el campo que me apasiona dentro mi carrera profesional, a la Mg. Estela Santa Cruz, por su paciencia infinita y amor por lo que hace, ya que fue lo que me motivó a dar todo de mi en cada paso durante el desarrollo de esta investigación.

Por último, a las madres y bebés que forman parte de este proyecto, ya que sin sus ganas de salir adelante y sentirse motivadas por mejorar día a día como comunidad no se hubiera podido obtener los resultados favorables que se lograron en pro del futuro de sus hijos.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE	iv
INTRODUCCIÓN.....	x

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1. Psicología Comunitaria.....	12
1.1 Definición.....	12
1.1.1 Psicología Social Comunitaria y Psicología Comunitaria.....	13
1.1.2 Objeto de Estudio.....	14
1.1.3 Características.....	16
1.1.4 Principios.....	18
1.2 Paradigma de la Psicología Comunitaria.....	19
1.2.1 Paradigma.....	19
1.2.2 Estructura del paradigma de los modelos científico.....	20
1.2.3 Paradigmas de la Psicología Comunitaria.....	21
1.2.3.1 Dimensión Ontológica.....	21
1.2.3.2 Dimensión Epistemológica.....	22
1.2.3.3 Dimensión Metodológica.....	23

1.2.3.4 Dimensión Ética.....	24
1.2.3.5 Dimensión Política.....	24
1.3 Roles Y Funciones Del Psicólogo Comunitario.....	25
1.4 La Comunidad.....	32
1.4.1 Definición.....	32
1.5 Modelos Teóricos de la Psicología Comunitaria.....	36
1.5.1 Modelo Ecológico.....	36
1.5.1.1 Definición.....	36
1.5.1.2 Sistemas del Modelo Ecológico.....	36
1.5.2 Desarrollo Humano.....	37
1.5.2.1 Definición.....	37
1.5.2.2 Principios del Desarrollo Humano.....	38
1.5.2.3 Índice de Desarrollo Humano.....	39
1.5.2.4 Potencialidades.....	40
1.5.3 Potenciación/ Empowerment.....	41
1.5.3.1 Definición.....	41
1.5.3.2 Componentes.....	42
1.5.3.3 Niveles de Empowerment.....	42
1.5.4 Salud Mental Comunitaria.....	44
1.5.4.1 Definición.....	44
1.5.4.2 Estrategias de Intervención de la Salud Mental Comunitaria.....	45
1.6 Fases de la Intervención Comunitaria.....	46
1.7 Tipos y Niveles de Intervención.....	50
1.7.1 Prevención.....	50
1.7.1.1 Definición.....	50

1.7.1.2	Conceptos relacionados.....	51
1.7.1.3	Tipos de Prevención.....	51
1.7.1.4	Niveles.....	52
1.7.1.4.1	Prevención Primaria.....	52
1.7.1.4.2	Prevención Secundaria.....	53
1.7.1.4.3	Prevención Terciaria.....	54
1.7.1	Promoción.....	55
1.7.2	Protección.....	56
1.8	Métodos de Análisis en el Área Social Comunitaria.....	56
1.8.1	Método Cuantitativo.....	56
1.8.2	Método Cualitativo.....	58
1.9	Evaluación y Monitoreo.....	63
1.9.1	Evaluación.....	63
1.9.2	Monitoreo.....	67
1.10	Sistematización.....	72
1.11	Paradigma de la intervención temprana.....	75
1.11.1	Bases Científicas.....	77
1.11.2	Estimulación temprana.....	84
1.11.2.1	¿Qué es la estimulación temprana?.....	85
1.11.2.1.1	Áreas de desarrollo.....	86
1.11.3	Apego.....	89
1.11.4	Factores protectores.....	92
1.12	Desarrollo del niño.....	103
1.12.1	El bebé recién nacido hasta los 3 meses	103

1.12.2 El bebé de 3 a 6 meses.....	107
1.12.3 De 6 a 12 meses.....	109
1.12.4 De 1 a 2 años.....	118
1.12.5 De 2 a 3 años.....	126
1.13 Violencia.....	134
1.13.1 Tipos de violencia.....	134
1.13.2 Violencia a menores.....	135

CAPÍTULO II: ASPECTOS APLICATIVOS

2. Descripción de Ámbito de Intervención.....	138
2.1 Pachacútec.....	138
2.2 Datos sociodemográficos.....	143
2.2.1 Población.....	143
2.2.2 Estructura de la familia.....	143
2.2.3 Ingresos y gastos familiares.....	150
2.2.4 Construcción de la vivienda.....	151
2.2.5 Servicios.....	153
2.2.6 Población participante.....	153
2.3 Evaluación de necesidades.....	154
2.3.1 Fundamentos.....	154
2.3.2 Necesidades.....	154
2.3.3 Recursos.....	154
2.4 Diseño del proyecto.....	155

2.4.1	Educación temprana en el hogar “Juego y Aprendo” versión II.....	155
2.4.1.1	Componentes.....	156
2.4.1.2	Justificación.....	157
2.4.1.3	Propósito.....	157
2.4.1.4	Objetivo general.....	157
2.4.1.5	Meta.....	158
2.5	Procedimiento.....	158
2.6	Evaluación.....	159
2.6.1	Evaluación inicial.....	159
2.6.2	Evaluación final.....	165
2.7	Sesión de Estimulación Temprana.....	166
2.8	Presupuesto.....	169

CAPÍTULO III: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

3.	Evaluación.....	170
3.1	Evaluación Inicial.....	170
3.1.1	Grupo Lactantes: 4 meses a 11 meses.....	170
3.1.2	Grupo Caminadores: 1 año a 2 años.....	171
3.1.3	Grupo Pre kínder: 2 a 3 años.....	172
3.2	Evaluación Final.....	172
3.2.1	Grupo Lactantes: 4 meses a 1 año.....	173
3.2.2	Grupo Caminadores: 1 año a 2 años.....	174
3.2.3	Grupo Pre kínder: 2 a 3 años.....	176
3.3	Triangulación de los resultados.....	178
3.4	Resultados comparativos finales.....	179

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4. Discusión.....	180
-------------------	-----

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones.....	184
5.1 Conclusiones.....	184
5.2 Limitaciones.....	185
5.3 Recomendaciones.....	185

REFERENCIAS REFERENCIAS	187
-------------------------------	-----

ANEXOS

APÉNDICE

INTRODUCCIÓN

Todo sujeto pasa gran parte de su vida en su comunidad, dentro de esta se ve influenciado por las diversas variables de su entorno, sean estas positivas o negativas, la intervención que se desarrolla junto a ellos se da en pro del bienestar de su vida, el desarrollo social y psicológico que estos puedan lograr.

En el presente Estudio de Caso se da a conocer los resultados obtenidos tanto en la fase de diagnóstico como en la intervención propiamente dicha del *Proyecto Educación Temprana en el Hogar Juego y Aprendo II* ejecutado por el Instituto de Promoción de la Mujer Infancia y Familia “IPROMIF” en el Centro de Salud “Bahía Blanca” Pachacutec, Ventanilla Callao y, dirigido a niños y niñas monores de 3 años y a sus respectivos padres o adulto cuidador, con el objetivo de desarrollar una intervención social comunitaria que aborde los criterios metodológicos pertinentes para efectuar acciones preventivas, y promocionales de calidad en la comunidad de Pachacútec, tanto en el ámbito de salud, educativo y familiar, que contribuya a la promoción de capacidades y competencias con énfasis en los bebés, niños y

padres de familias que acuden al mencionado Centro de Salud, para así lograr en conjunto una mejor calidad de vida y bienestar social para la comunidad.

A partir de este objetivo, se realizó la recopilación de información del proyecto desarrollado a lo largo de las prácticas pre- profesionales.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1. Psicología comunitaria

1.1 Definición

Rappaport en 1977 (citado por Montero, 2004), indica que la psicología comunitaria busca el bienestar de las distintas sub comunidades sociales por medio del desarrollo de recursos humanos, la acción política y la aplicación de la ciencia social.

Asimismo, Caplan en 1979 (citado por Montero, 2004), explicó la psicología comunitaria como el conjunto de conocimientos profesionales teóricos y prácticos que pueden usarse para planificar y realizar programas para reducir la duración y efectos de los trastornos mentales en una comunidad.

Posteriormente, Sánchez (1996) desarrolla una definición en la que resalta que la psicología comunitaria busca estudiar la relación entre sistemas sociales entendidos como comunidades y comportamiento personal y de su aplicación interventiva a la potenciación y el desarrollo humano integral y a la prevención de los problemas psicosociales desde la comprensión de sus raíces socio ambientales y a través de de la modificación de los sistemas sociales y de la comunidad.

Por otro lado, Montero (2004) señala que la psicología comunitaria consiste en el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y el poder de los individuos sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios ambientales y en la estructura social.

En la actualidad encontramos a Wiesenfeld (2011) que define a la psicología comunitaria como aquella que se propone entender e influir, desde y con las comunidades en situación de desventaja económica y social, en contextos, condiciones y procesos psicosociales vinculados con su calidad de vida, para que adquieran o refuercen competencias que faciliten la conservación de recursos necesarios para ejercer su ciudadanía en condiciones de justicia y equidad. Como sugiere la definición mencionada, un propósito central de la psicología comunitaria es contribuir a la emancipación de sectores oprimidos, propiciando cambios psicosociales, en distintas escalas, entornos y con los agentes corresponsables.

A modo de síntesis, se entiende que la psicología comunitaria es un ámbito de investigación de la psicología en el cual, el objeto de estudio son los colectivos y/o comunidades a partir de la interrelación de factores sociales y ambientales, a fin de realizar acciones orientadas al mejoramiento de las condiciones de vida de la gente a partir del fortalecimiento de su comunidad. La metodología que utiliza privilegia un enfoque territorial, participativo para quienes están involucrados en sus procesos de intervención, intentando generar cambios de largo plazo en los sistemas sociales en los que esos grupos están insertos.

1.1.1 Psicología Social Comunitaria y Psicología Comunitaria

La psicología comunitaria surge en América en un momento de crisis que obliga a muchas ramas de la psicología, y sobre todo a su rama social, a analizarse desde un óptico crítico y evaluar su papel social y científico. El nacimiento de la psicología social comunitaria, o también comunitaria a secas, provino de la creciente crítica de las formas establecidas y de la

necesidad de producir una disciplina eficaz en el tratamiento de los problemas sociales, siendo una de las manifestaciones del cambio paradigmático que estaba ocurriendo (Montero, 2004).

Como destaca Montero (2004) en América latina ha habido un uso extensivo e intensivo de la denominación de psicología social comunitaria, ello se debe a que en sus orígenes en esta parte del continente fue en el campo de la psicología social donde se gestó la nueva práctica; es de ella de donde se toman muchos de sus métodos, estrategias y técnicas, así como algunos conceptos y explicaciones teóricas iniciales.

La psicología social comunitaria, quizás la expresión más desarrollada y extendida en América, tiene como centro el desarrollo de comunidades autogestoras para la solución de sus problemas; estudia para ello las relaciones de poder y de control sobre las circunstancias de vida, su efecto sobre procesos psicosociales y en el ámbito latinoamericano (como también en ciertos centros de docencia, investigación y práctica en otros lugares del mundo), se orienta hacia la intervención crítica para la transformación social, facilitando y fortaleciendo los procesos psicosociales que posibilitan el desarrollo de comunidades autogestoras para la solución de sus problemas (Montero, 2004).

1.1.2 Objeto de Estudio

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, resaltamos que Montero en 1982 señaló el poder y el control sobre las circunstancias de vida por parte de las personas que integran las comunidades, así como el cambio social como objeto de esta rama de la psicología. Ciertamente, el primer señalamiento coloca a la comunidad como ámbito y sujeto del quehacer psicosocial comunitario. Espacio delimitado por la comunidad misma y no desde una perspectiva netamente histórica. De la misma forma se considera al sujeto autodefinido por la propia comunidad, conformándose en un sujeto activo en su proceso de

transformación, constructor de su propia realidad que interviene en cada acción llevada a cabo; no como un sujeto definido externamente (Montero, 2004).

El segundo señalamiento hace referencia al cambio y la transformación crítica. Nuevamente este cambio es definido por la comunidad y no de forma externa a esta, en donde cualquier incorporación de aspectos externos provenientes de consideraciones de salud mental, salud comunitaria, avances de la ciencia, aspectos culturales, religiosos, políticos o económicos, por ejemplo, debe ser conocida, discutida, reflexionada y aceptada por la comunidad. El trazado de las líneas de transformación se hace desde la propia comunidad y, sobre todo, desde las aspiraciones, los deseos y las necesidades de la comunidad (Montero, 2004).

En este sentido, es importante mencionar que las ideas de la psicología de la liberación, unidas a la conciencia del carácter autodeterminante de la comunidad, han interactuado con la psicología comunitaria latinoamericana generando una influencia recíproca y en la actualidad son reconocidas en diferentes obras como la de Nelson y Prilleltensky en el 2003 (citado por Montero, 2004), en la cual se señala como objeto de la psicología comunitaria el bienestar y la liberación, y más aún, la coexistencia de esos dos objetivos con el cambio social, en una forma de asociación social debido a la complejidad de los fenómenos comunitarios.

Finalmente, los objetivos de la psicología comunitaria se pueden agrupar en cuatro aspectos muy importantes:

- a. Toma de conciencia, de los problemas, de su situación, su identidad y de sus recursos y de su utilización colectiva para resolver problemas comunes.
- b. Desarrollar elementos de tipo motivacional, de tal manera que las personas sean capaces de organizarse en torno a lo que perciban como meta de cambio.
- c. Autogestión, utilizar los recursos de la propia comunidad de forma independiente.
- d. Socialización en el sentido de trabajo organizado.

1.1.3 Características

De acuerdo con Maldonado (2006) los constituyentes y características básicas de la psicología comunitaria serían los siguientes:

- Se interesa por lo que las personas tienen en común o compartido, ya sea desde el punto de vista positivo, de potencial o recursos presentes o desde el punto de vista carencial, requerimientos y problemas.
- Se interesa por el comportamiento humano en relación a los contextos, a los cambios susceptibles en dichos contextos y en las relaciones Inter.-individuales e inter-grupales dentro de dichos contextos y entre ellos, principalmente, la comunidad.
- Sus temas fundamentales son: cambio social, desarrollo humano y su relación.
- Privilegia la máxima participación de los miembros del sistema. Por lo tanto, las personas miembros de la comunidad son no sólo objeto de la intervención, sino sujeto activo y participante.
- Define su intervención externa, de manera racional e informada. Esto significa que es intencional, en tanto se orienta a efectos y/o resultados esperados a partir de un conocimiento. Significa también que se realiza desde una autoridad científico-técnica, derivada de unos conocimientos y modelos teóricos válidos y de una tecnología instrumental eficiente. Implica también su legitimidad, en tanto agrega algo a lo presente dado por la propia comunidad o sistema social, pero que es compatible con los propios intereses de la comunidad y su modo de participar.
- El rol del psicólogo comunitario se propone como un facilitador, en oposición al rol de experto.

Asimismo, en 1977, Heller y Monahan (citados por Montero, 2004) presentaban como propios de la psicología comunitaria los siguientes aspectos

- El enfoque ecológico.
- La preocupación por problemas del "funcionamiento humano", que incluían la prevención de trastornos, pero que iban más allá de aquellos tradicionalmente señalados como "de salud mental".
- La investigación multidisciplinaria, colaboradora, ya que el campo de las comunidades no es privativo de una sola ciencia.
- El énfasis en la capacidad para enfrentar los problemas, en la adaptación y la competencia y no sólo en los trastornos.
- Un enfoque empírico, experimental, de la intervención social.
- El rechazo (Heller y Monahan usaron el verbo "evitar") del modelo médico.

De los seis puntos mencionados, el primero, el cuarto y el sexto están presentes como fueron enunciados entonces. El segundo y el tercero han sido ampliados a través de la praxis desarrollada en los últimos treinta años del siglo pasado y lo que va del presente. Y el quinto se ha ampliado, pues se han creado y adoptado otros modelos de investigación que incluyen aspectos cualitativos, entre ellos se ha desarrollado especialmente la investigación-acción participativa; importante en el proceso de transformación de una comunidad (Montero, 2004).

Asimismo, Montero (2004) resume los aspectos o características que tipifican la psicología social comunitaria, dentro de las cuales podemos encontrar:

- Se ocupa de fenómenos psicosociales producidos en relación con procesos de carácter comunitario, tomando en cuenta el contexto cultural y social en el cual surgen.
- Concibe a la comunidad como ente dinámico compuesto por agentes activos, actores sociales relacionados constructores de la realidad en que viven.
- Hace énfasis en las fortalezas y capacidades, no en las carencias y debilidades.
- Toma en cuenta la relatividad cultural.

- Incluye la diversidad.
- Asume las relaciones entre las personas y el medio ambiente en que viven.
- Tiene una orientación hacia el cambio social dirigido al desarrollo comunitario, a partir de una doble motivación: comunitaria y científica.
- Incluye una orientación hacia el cambio personal en la interrelación entre individuos y comunidad.
- Busca que la comunidad tenga el poder y el control sobre los procesos que la afectan. .
- Tiene una condición política en tanto supone formación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil.
- La acción comunitaria fomenta la participación y se da mediante ella.
- Es ciencia aplicada. Produce intervenciones sociales.
- Tiene un carácter predominantemente preventivo.
- A la vez, y por su carácter científico, produce reflexión, crítica y teoría.

1.1.4 Principios

En base a Montero (2004), los principios fundamentales de la Psicología Comunitaria son:

1. Autogestión de los sujetos o comunidades que constituyen su área de estudio, lo que significa que toda transformación se realizará con y sobre todos los individuos involucrados en la relación.
2. El centro de poder o empoderamiento recaerá sobre la comunidad, liberándose de cualquier forma de paternalismo, autoritarismo e intervencionismo.
3. El tercer principio fundamental de la Psicología comunitaria es, la unión entre teoría y práctica para lograr una explicación integradora y una comprensión verdadera de la situación de la comunidad.

Asimismo, Montero (1993), señala a Borda que en 1959 define cinco principios fundamentales, que se asientan en valores adoptados posteriormente por la Psicología:

1. Catálisis social: rol del agente externo que actúa con la comunidad en procura de su transformación.
2. Autonomía del grupo: toda acción debe ser decidida, organizada y realizada con una orientación democrática, por y con los grupos organizados de la comunidad.
3. Prioridades: jerarquización, por parte de las personas de la comunidad, de las necesidades o acciones que se desea atender o cumplir.
4. Realizaciones: necesidad de obtener logros y producir resultados en el sentido de la transformación deseada.
5. Estímulos: que la comunidad y sus integrantes construyan y definan como estímulos, tanto materiales como inmateriales, aspectos relacionados con sus logros.

1.2 Paradigmas de la Psicología Comunitaria

1.2.1 Paradigma

Primero es importante aclarar a qué nos referimos con paradigma, puesto que tiene múltiples connotaciones distintas. Por paradigma se entiende un modelo o modo de conocer, que contiene tanto una concepción del individuo o también conocido como “sujeto cognoscente” como una concepción del mundo en que éste vive y de la interacción entre ambos. Lo cual supone un conjunto sistemático de ideas y de prácticas que rigen las interpretaciones acerca de la actividad humana, acerca de sus productores y de sus efectos sobre las personas y sobre la sociedad, y que señalan modos preferentes de hacer para conocerlos (Montero, 1993).

Según Munné en 1989 (citado por Montero, 2004), para que haya un paradigma es necesario: generar una comunidad científica, informal, pero bien diferenciada, caracterizada

por disponer de unos canales de comunicación propios, por compartir un mismo enfoque epistemológico, por emplear una terminología conceptual común, por utilizar un método o métodos particulares, e incluso por asumir una similar escala de valores. Tales exigencias señaladas por Munné, se cumplen en el caso de la psicología comunitaria.

1.2.2 Estructura del paradigma de los modelos científicos

De acuerdo con Lincon y Guba en 1985 (citados por Montero, 2004), la estructura o las instancias básicas de un paradigma científico está conformado por tres campos, epistemológico (naturaleza del conocimiento), ontológico (naturaleza del ser) y metodológico (naturaleza de la forma de conocer), los cuales suelen considerarse como la estructura o las instancias básicas de un paradigma científico.

Sin embargo, Montero (2004) presenta cinco dimensiones, sosteniendo que la psicología comunitaria desde su nacimiento presenta ese continuo examinarse críticamente que permitió darnos cuenta de que los aspectos éticos y políticos, que muchas veces se encontraban presentes en la acción, aunque no estaban siendo considerados como parte integral de un modo de producción de conocimientos. Es por eso que Montero en 1993 (citado por Montero, 2004) considera necesario dar el lugar que corresponde a estas dos dimensiones, al lado de las otras tres tradicionalmente consideradas (ontología, epistemología y metodología).

Asimismo, señala que esa clasificación tripartita que excluye los aspectos ético y político puede ser un remanente de la consideración dominante que se ha podido observar en los tres últimos siglos en aquellos aspectos de la producción de conocimiento que privilegian el individualismo y el lugar institucionalizado de la ciencia, lo cual no significa que muchos investigadores no hayan dado importancia a las otras dos dimensiones (Montero, 2004).

Frente a esto coexisten diferentes consideraciones de parte de múltiple autores como, Smith en 1990; House en 1990 (citado por Moreno 2004); por ejemplo, señalan que podrían o

que deberían ser considerados por los investigadores como aspectos independientes, no son vistos como parte intrínseca del modelo de producción de conocimiento asumido.

1.2.3 Paradigmas de la Psicología Comunitaria

1.2.3.1 Dimensión Ontológica

En psicología tradicional, la presente dimensión se ha centrado en el individuo y su subjetividad; sin embargo, surge una clara diferencia respecto a la psicología social, principalmente en la interacción cara a cara con colectivos. En donde el ser con el que se trabaja deja de ser denominado “sujeto” para ser reconocido por la psicología comunitaria como “actores sociales”. En la psicología comunitaria este actor social no solo se constituye como un ser activo, sino que es alguien que construye realidad y que es el protagonista de su vida diaria. El escenario de lo social es múltiple. Especialmente al hablar de actor social hacemos referencia a alguien que posee conocimientos y que continuamente los produce; por lo que es alguien que piensa, actúa y crea, cuyo conocimiento, llamado conocimiento popular, el cual es importante tenerlo en cuenta. Es por eso, que en la investigación comunitaria participa tanto el sujeto de trabajo, desde su conocimiento popular, de la mano del conocimiento científico del profesional para la efectiva construcción del nuevo conocimiento (Moreno, 2004).

Las consecuencias de esta posición ontológica para la psicología comunitaria resaltan el derecho de la comunidad de tomar decisiones sobre aquellos asuntos que les conciernen, al igual que tienen el compromiso de llevarlas a cabo. Al respecto, Santiago, Serrano-García y Perfecto en 1983 (citados por Montero, 2004) ejemplifican los efectos de esta posición en la psicología comunitaria cuando establecen como guía del trabajo comunitario los siguientes supuestos:

- La comunidad tiene el derecho a decidir qué tema se va a intervenir-investigar y cómo desea que esto se haga;
- La comunidad es quien más se ve afectada por cualquier tipo de intervención-investigación. Por lo tanto, nadie tiene el derecho a intervenir-investigar sin su consentimiento.
- La comunidad posee recursos para realizar sus propias intervenciones-investigaciones sin necesidad de que vengan extraños a realizar dicha tarea.
- El rol del profesional en este trabajo debe ser de facilitador y no de experto.

1.2.3.2 Dimensión Epistemológica

En esta dimensión se hace referencia a la naturaleza de la producción del conocimiento. En donde, de acuerdo con Montero (2004), la relación posee un carácter monista, lo cual significa que entre sujeto y objeto no hay distancia. Puesto que se trata de que ambos, sujeto y objeto, sean considerados parte de una misma dimensión en una relación de mutua influencia. Y la construcción de la realidad del sujeto, ésta a su vez lo transforma, lo limita y lo impulsa. Ambos se encuentran en un proceso dinámico en donde se ven influenciados en la construcción continua, de mutua transformación entre sujeto cognoscente y objeto conocido (Montero, 2004).

La realidad, en base a esta concepción del saber, es inherente a los sujetos que la construyen cada día de forma activa y simbólica, dándole existencia, y que son parte de ella. La realidad está en el sujeto y alrededor de él; a su vez, el sujeto está en la realidad, es parte de ella, y no es posible separarlos.

Los aspectos epistemológicos y ontológicos antes presentados plantean una relación entre sujeto cognoscente y objeto cognoscible, en donde los miembros de las comunidades conforman un tipo particular de relación, en donde ellos son igualmente sujetos cognoscentes,

participantes de derecho y de hecho en la intervención-investigación comunitaria. Por lo que Montero (2004), considera necesario plantear una relación sujeto-sujeto/objeto, sustentándose en que hay doble sujeto cognoscente.

El presente razonamiento explica porque en la psicología se habla de agentes externos y agentes internos en el trabajo comunitario, y plantea una relación dialógica, horizontal, de unión de conocimiento científico y conocimiento popular y de devolución sistemática del conocimiento científico producido a las comunidades, a la vez que de entrega del conocimiento popular construido a los agentes externos. Razón por la cual, el rol de los psicólogos comunitarios no es el de interventores expertos, sino más bien el de catalizadores de transformaciones sociales (Montero, 2004).

1.2.3.3 Dimensión Metodológica

Teniendo en cuenta que no existe distancia entre el sujeto cognoscente y la construcción del conocimiento, y más bien, resaltando lo inmersos que están en el proceso, se vuelve evidente que los métodos tradicionales resultan limitantes en este campo. Por lo cual se asume la investigación-acción en su expresión participativa (IAP), tomada del campo de la sociología y de la educación popular enriqueciéndola con aspectos provenientes de aquellos métodos ligados a la psicología tradicional, de carácter dinámico y colectivo (Montero, 2004).

Sin embargo, en la dimensión metodológica comunitaria es importante generar métodos que se transformen al mismo ritmo que cambian las comunidades. Cuya característica sea la capacidad de cambiar según los cambios del problema que estudia, de tal manera que se generen construcciones en una acción crítica y reflexiva de carácter colectivo, logrando así una forma de intervención y de estudio que responda a los intereses de la gente a la cual se suponen " destinados sus beneficios (Montero, 2004)

1.2.3.4 Dimensión Ética

En esta dimensión Montero (2004), indica que el objetivo principal es la relación con el Otro en términos de igualdad y respeto, incluyendo la responsabilidad que cada uno tiene respecto del Otro. La consideración del Otro en psicología comunitaria significa reconocer la existencia independiente de la comunidad como forma de grupo y de sus miembros en su singularidad, en su carácter de dueños de una historia construida por ellos, anteriores a las intervenciones comunitarias y posteriores a ella. En donde se incluye al otro en la producción de conocimiento.

De acuerdo con Montero (2004), la concepción ética pasa por el carácter incluyente del trabajo comunitario, en el cual se busca integrar, respetando las diferencias individuales, en lugar de excluir o de apartar. En donde se reconoce a la comunidad como grupo o conjunto de grupos organizados que posee voz propia, y que sus miembros activos cuentan con capacidad para tomar y ejecutar sus propias decisiones, tienen la capacidad y el derecho de participar.

1.2.3.5 Dimensión Política

Finalmente, Montero (2004), señala que el carácter y la finalidad del conocimiento producido, así como su ámbito de aplicación y sus efectos sociales, configuran el carácter político de la acción comunitaria. La política se refiere a la esfera de lo público, al ámbito de la ciudadanía y a cómo nos relacionamos con otras personas en ella, tiene que ver con el tener voz y hacerla oír, con tener un espacio representativo dentro de la estructura política para que así aquellos que han sido relegados al silencio puedan establecer el diálogo en donde ejerzan su derecho de ser escuchados y atendidos. Por eso, la relación dialógica que se propone en la psicología comunitaria, al generar un espacio de acción transformadora, crea al mismo tiempo un espacio de acción ciudadana que permite la expresión de las comunidades y, por lo tanto, es ejercicio de la democracia (Montero, 2004).

Es por esto que la psicología comunitaria propone una participación cuyo carácter político se muestra en la función desalienante, movilizadora de la conciencia y socializadora, que puede tener la praxis llevada a cabo. Lo cual se plantea como procesos que forman parte de la reflexión que busca contrarrestar los efectos ideológicos de estructuras de poder y de dependencia. Con esa participación no solo se busca remediar algún mal, cumplir algún deseo, sino, mucho más importante, busca además generar conductas que coloquen al individuo de forma activa dentro de su medio ambiente social, así como una concepción equilibrada de ese medio y de su lugar en él (Montero, 2004).

En relación con lo mencionado los aspectos significativos de la dimensión política en la psicología comunitaria son los siguientes:

- Organización de la comunidad de acuerdo con sus intereses, objetivos y procesos.
- Señalamiento de aspectos psicológicos e información sobre ellos por parte de los psicólogos. Respeto de derechos y cumplimiento de deberes y obligaciones por ambos tipos de agentes. Toma de decisiones reflexiva.
- Problematización, concientización, desideologización.

1.3 Roles y Funciones del Psicólogo Comunitario

En un principio la psicología comunitaria carecía de conceptos y acciones propias, en muchos casos tomaba teorías e intervenciones propias de otras áreas, en su gran mayoría de la psicología clínica, quien veía a la persona como sujeto pasivo en relación con el tratamiento de la enfermedad.

Los últimos años, el desarrollo de la psicología en general se debió al aporte de la psicología social comunitaria, ya que esta fue elaborando nuevas maneras de intervención en relación con grupos sociales y no solamente de manera individual (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1984).

La exigencia de su desarrollo a partir de los años cincuenta y sesenta, a inicios como psicología comunitaria, se debió a que no solo se debía enfocar en el tratamiento de los problemas que se mostraban en la sociedad, teniendo un rol pasivo ante este último. Sino también en la interacción entre el sujeto y su entorno (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1984).

Montero (2004) refiere que en muchas de las acciones realizadas en un principio se llevaban de manera tradicional en cuanto a su aplicación, siendo esta una manera insuficiente, tardía y en muchos casos inocua, al limitarse al diagnóstico y al producir intervenciones fuera de foco.

Para Rappaport, mencionado en Montero (2004) señala el conflicto o la compleja relación que existe entre el sujeto y los grupos sociales, resaltando así mismo el derecho a la diversidad y a la igualdad, a la educación y a la información.

“El enfoque del/la Psicólogo/a de la Intervención Social, lejos de circunscribirse únicamente a la red de servicios sociales, busca de una manera más amplia, mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, superando el marco conceptual que incluye términos como “marginación”, “inadaptación”, “pobreza””. (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos COP- 2013, p,3).

Estos cambios que se fueron dando, brindó al psicólogo social comunitario un papel más profesional que científico, puesto que tenía la posibilidad de emplear sus conocimiento teórico en un plano social activo.

Gracias al desarrollo de la psicología social comunitaria, se pudo apreciar una notable diferencia en cuanto a la ejecución de esta última en relación con la psicología comunitaria, que se presentará a continuación.

La psicología comunitaria parte del apoyo del estado norte americano por medio de dar respuesta a la problemática que se estaba desarrollando debido a los efectos que había dejado las últimas guerras en ese país y que, gracias a las medidas tomadas, se pudo empezar a trabajar con las comunidades de personas afectadas (Montero 2004).

Por otro lado, en Latinoamérica nacía debido a una disconformidad en relación con el tratamiento individualista que existía hacia la comunidad y solamente se enfocaban en el tratamiento de la enfermedad, mas no en el malestar que la comunidad podría estar desarrollando (Montero 2004).

En relación con estas actividades de manera individual, no se buscaba nuevas formas de dar explicación a lo que sucedía en el entorno social, tomando una posición más activa, pero sin conceptos propios, así como la escases de teorías para la intervención adecuada hacia el grupo (Montero 2004).

A diferencia de la psicología comunitaria, la psicología social comunitaria, desarrolla nuevos mecanismos en cuanto a la intervención hacia los sujetos a evaluar, de la misma manera que busca desarrollar teorías y conceptos propios (Montero 2004).

Para Sarason citado por Montero (2004) define a la psicología social comunitaria como una subdisciplina en función de un tema central del estudio: el sentido de la comunidad y su fortalecimiento y producción.

“Es la rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos puedan ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social”. (Montero, 1982, p,32).

La importancia de la psicología social comunitaria radica en el desarrollo de conceptos y teorías propias de dicha área que faciliten la acción e intervención propiamente dicha dentro de la comunidad, así mismo que el grupo desarrolle sus propias habilidades para poder desarrollarse de manera conjunta (COP, 2013).

Para el Consejo General de colegios oficiales de psicólogos (COP 2013) es un enfoque más amplio, la psicología social comunitaria, pretende superar enfoques basados en carencias y de las patologías, con el fin que el sujeto adquiriera un rol más proactivo y autónomo.

La psicología social comunitaria adopta el enfoque ecológico de Bronfenbrenner, quien fundamenta el desarrollo de la comunidad, gracias a la interacción de sus diferentes sistemas implicados, desarrollando en el sujeto un rol activo ante la comunidad (Hernández, 2014).

Para una mayor comprensión de la importancia en cuanto las actividades que realiza el psicólogo social comunitario, se explicaran cada uno de sus roles y funciones que se debe desarrollar con el fin de ejercer de mejor manera dichas actividades (Hernández, 2014).

En relación con los roles del psicólogo comunitario, Saavedra (2008) indica que existe coincidencia en afirmar que el rol de la psicología comunitaria debe orientarse a facilitar procesos de organización comunitaria, favoreciendo la participación activa de los integrantes para la solución de problemas, a través de una toma de conciencia de su posición dentro de la sociedad y del cuestionamiento a la misma.

Para Montero (2004) un rol diferente para los profesionales en psicología, es el de agentes de transformación social, que comparten su conocimiento con otros actores sociales, provenientes de la comunidad, poseedores de un saber y orientados por un mismo objetivo, con los cuales se trabaja de manera conjunta.

“Otro rol importante para la psicología comunitaria, es que el rol de “experto” en un sistema social, con la finalidad que el mensaje que maneja pueda ser acatado y en cierta parte obedecido por la comunidad, para ello el investigador debe desarrollar la creatividad como mecanismo eficaz para el manejo de información” (Marín, 1980, p667685786).

Asimismo, Marín (1980) indica que otro rol necesario para la aplicación de la psicología social comunitaria es la evaluación sistemática de los resultados en la evaluación, haciendo uso de los conocimientos generales que el investigador debe manejar en relación con el tema u objetivo evaluado.

Para Quintal de Freitas, citado en Montero (2006) la psicología social comunitaria estudia los aspectos subjetivos de la comunidad, la cual contribuyen a una mayor incidencia de las determinaciones, analizando la realidad concreta de la vida y su cotidianeidad, caracterizados en los procesos sociales.

Asimismo, Quintal de Freitas indica que uno de los roles de la psicología social comunitaria, el emplear estrategias de evaluación y diagnóstico ya sea grupal o individual, asume un nuevo aspecto en cuanto a la interacción con la comunidad, empleando instrumentos tradicionales de la psicoterapia, test y evaluación de problemas psicosociales (Montero, 2006).

El psicólogo en la comunidad es un analista de ésta, es un valorador del estado de bienestar social, salud colectiva, calidad de vida, entre otros; así como es capaz de incidir en cualquiera de estas capacidades con el fin de obtener resultados. (Rueda, 1994)

El psicólogo comunitario trabaja con comunidades pauperizadas con el fin de colaborar en su aprendizaje para expresarse, organizarse y lograr reivindicaciones que son importantes

para la comunidad, por medio de dinámicas que faciliten la comunicación y organización. (Montero, 2006).

Por último, el contribuir a la comunidad por medio de las conclusiones de las diferentes investigaciones que realizó con el fin de buscar mecanismos que ayuden a desarrollarse por sus propias capacidades. (Marín, 1980).

Ya habiendo conocido algunos roles del psicólogo social comunitario en relación con la interacción con la comunidad, se dará paso a deslindar las funciones que tiene éste, ante el grupo evaluado.

Se entiende a la función como el ejercicio o actividad de un empleo, facultad u oficio, dentro de una situación o grupo. (Oceano, 1994).

Para la psicología social comunitaria, las funciones que desarrolla esquematizan las actividades a realizar con la comunidad, dando como resultado, ciertas diferencias en relación con otras áreas.

Brinda la importancia de la psicología social comunitaria en relación con la psicología comunitaria, puesto que esta brinda una acción activa en cuanto a la interacción con la comunidad en la cual está interviniendo, a diferencia de la segunda. Que solo da un punto de vista pasivo hacia su interacción con los sujetos.

Da el énfasis a los principios propuestos por la psicología social comunitaria con relación a su intervención y el análisis de la problemática en relación con el grupo o el individuo.

Durante toda la intervención, el psicólogo tiene la función de informar sobre las actividades y sus objetivos que se realizarán con el grupo, a fin de que el grupo pueda tener conocimiento de este y darle el valor necesario para la actividad. (COP, 2013).

- Comprender que la comunidad tiene un conjunto de comportamientos auto producidos y auto mantenidos, así como la capacidad de autosustentarse de manera material, cognitiva y social, siendo nosotros facilitadores de dichas capacidades.

-La atención de la problemática ya sea de manera individual o grupal, con el fin de aconsejar a los sujetos y apoyarlos ante cualquier circunstancia que se le permita al evaluador poder ser parte, como parte del acompañamiento emocional.

-Dejar las raíces clínicas con el fin de buscar capacidades que puedan ayudar a la comunidad a desarrollarse de mejor manera, potencializando sus fortalezas y desarrollando objetivos.

-Desarrollar conceptos afines a la necesidad y el tiempo en relación con el desarrollo del área social comunitaria, con el fin de que pueda emplearlo en grupos o situaciones similares, de la misma manera reforzar dichos conceptos.

-El empleo de elementos de investigación ya sea cualitativa o cuantitativa, brindan la capacidad al investigador de seguir obteniendo información en relación al comportamiento de las comunidades en general.

-El diseño de programas de intervención psicosocial, con el fin de intervenir en el desarrollo de la comunidad y poder modificar las conductas observadas en relación con el requerimiento predispuestos por el investigador o en ocasiones por la misma comunidad en acuerdo con el investigador.

-El diagnóstico de la problemática en relación con la comunidad con el fin de poder desarrollar programas que ayuden el fortalecimiento de sus capacidades y el reconocimiento de sus debilidades.

-Promoción y mejora de las redes formales e informales de apoyo social, incluyendo el asociacionismo y la creación u optimización de proyectos, planificando e implementando programas de carácter preventivo de sensibilización y activación de los recursos propios de la comunidad.

1.4 La Comunidad

1.4.1 Definición

Se denomina comunidad a un sistema o a un grupo social de raíz local, que se va diferenciando del seno de la sociedad de la que es parte en base a sus características, particularidades e intereses compartidos por sus miembros y sus subsistemas que incluyen: localidad geográfica, interacción psicosocial estable, interdependencia, sentido de pertenencia a la comunidad, identificación con sus símbolos e instituciones. La comunidad generalmente está organizada como una institución donde la relación sociedad e individuo se ve con la socialización, la comunicación, el bienestar social, la salud, la educación, con relevancia social (Meza, 2009).

Características:

Hernán San Martín (1988) señala tres principales características de la comunidad, las cuales son:

1. Tienen intereses sociales en común.
2. Están ligados por aspiraciones comunales.
3. Tienen ciertos valores y ciertos objetivos comunes.

Tipología:

Las comunidades pueden ser geográficas, territoriales, socioeconómicas, profesionales o simplemente tradicionales. Por otro lado, algunos autores como Chavis y Wanderman (1990) han recogido una tipología que resumiera muy simplificada los núcleos de significación del concepto relacionándolos con los tipos básicos de actuación social o comunitaria. Según ellos la comunidad designaría en las ciencias sociales:

1. Un lugar
2. Una serie de relaciones
3. Un poder colectivo

Procesos psicosociales comunitarios:

Definición:

Son procesos que influyen en las relaciones sociales de las personas y a su vez están influidos por las circunstancias sociales y que suponen subprocesos de carácter cognoscitivo, emotivo, motivacional que tienen consecuencias conductuales. Desde otras perspectivas, esos procesos comunitarios han sido objeto de estudio no sólo en el campo de la psicología, sino en otras ciencias sociales o en la filosofía, en las cuales algunos de ellos se han originado como modos de explicación para la conducta humana y también para fenómenos sociales igualmente complejos. Asimismo, estos conceptos que emergen de la praxis comunitaria forman parte de la construcción teórica de la psicología comunitaria.

Tales procesos, si bien han sido ampliamente discutidos en las ciencias sociales y en la educación, necesitan ser estudiados en su vertiente psicosocial, por cuanto afectan no sólo a los individuos, sino a las relaciones mediante las cuales esas personas se construyen a sí

mismas y construyen su mundo de vida. Más aún, ellos tienen una función fundamental tanto en el mantenimiento como en la transformación de las condiciones de vida y constituyen el eje del trabajo comunitario.

Tipos:

Concientización: Es el proceso continuo de movilización de la conciencia, de carácter liberador respecto de situaciones, hechos o relaciones, causas y efectos hasta ese momento ignorados e inadvertidos, que lleva a pasar de lo real a lo posible y a darse cuenta de que existe una situación considerada negativa. Supone una posición política, en el sentido amplio del término.

Conversión: Sutil proceso de modificación cognitiva o perceptiva por el cual una persona continúa dando su respuesta usual cuando implícitamente adopta los puntos de vista o las respuestas de otros. Esos cambios sólo llegan a ser percibidos mucho después de haber estado expuesta la persona a una influencia, de tal manera que se acepta una idea pero sin necesariamente aceptar a su autor.

Desideologización: Construcción y reconstrucción de una conciencia integral, no fraccionada, mediante la cual se produce una comprensión del mundo en que se vive y de las circunstancias de vida, en lo que tiene de totalidad. Conlleva un proceso de producción de conocimiento que conduce a establecer causas y conexiones, disipando la ignorancia necesaria para mantener cierto estado de cosas.

Naturalización: Proceso mediante el cual ciertos fenómenos y pautas de comportamientos son considerados como el modo de ser de las cosas en el mundo, como parte esencial de la naturaleza de la sociedad. Es responsable del mantenimiento y facilitación de circunstancias

propias de la vida cotidiana y también de la aceptación de aspectos negativos que pueden hacer difícil, cuando no insoportable, la vida de las personas.

Desnaturalización: Examen crítico de aquellas nociones, creencias y procedimientos que sostienen los modos de hacer y de comprender en la vida cotidiana, de tal manera que lo naturalizado sea desprovisto de su naturalidad mostrando su carácter construido. Consiste en problematizar el carácter esencial y natural adjudicado a ciertos hechos o relaciones, revelando sus contradicciones, así como su vinculación con intereses sociales o políticos.

Familiarización: Proceso cognoscitivo consistente en hacer que lo extraño se asimile y se parezca a lo conocido, de manera que no sólo sea aceptable sino además fácilmente manejable por la persona. Utiliza mecanismos de clasificación, categorización, etiquetamiento, denominación y explicación que, sujetos a una lógica específica, permiten asumir lo extraño acercándolo mediante los mecanismos indicados a lo ya conocido, asemejándolo a lo sabido.

Habitación: Comportamiento cotidiano maquinal que no requiere ser pensado ni planificado, pues se efectúa de manera casi automática; supone el uso de pautas sociales y culturales no expresas, unidas a expectativas sociales implícitas. Facilita la vida social al liberar de la planificación, reflexión y decisión una serie de comportamientos que son parte de la vida diaria. Puede llevar a reproducir irreflexiva y acríticamente circunstancias de vida que pueden ser perjudiciales para las personas.

Problematización: Proceso de análisis crítico de las circunstancias de vida y del rol que en ellas desempeña la persona, que cuestiona las explicaciones y las consideraciones habituales acerca de esas circunstancias.

1.5 Modelos Teóricos de la Psicología Comunitaria

1.5.1 Modelo Ecológico:

1.5.1.1 Definición:

Bronfenbrenner (1987) “La ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos.”

1.5.1.2 Sistemas del Modelo Ecológico:

Bronfenbrenner (1987) manifiesta que el ambiente ecológico se concibe, topológicamente, como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente. Estas estructuras se denominan microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema, y se definen de la siguiente manera:

- **Microsistema:** Es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares.
- **Mesosistema:** Comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente.
- **Exosistema:** Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero con los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno.

- **Macrosistema:** Se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (microsistema, mesosistema y exosistema) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias.

1.5.2 Desarrollo Humano:

1.5.2.1 Definición:

Caplan (1964-1979) los individuos tienen la capacidad de desarrollarse que puede ser “activada” mediante la aportación externa de aquellos “suministros” de que carecen. El desarrollo humano sería así el desarrollo de “sumar” a las capacidades individuales los aportes externos. Estos aportes pueden ser positivos o negativos, de manera que pueden añadir potencialidades operativas a las de los sujetos o si son negativos o inadecuados “restar” posibilidades de actuar a las que aquellos ya poseían.

Los aportes o suministros se agrupan en tres categorías, que cubren toda la gama de necesidades y potencialidades por desarrollar de las personas: físicos, psicosociales y socioculturales.

- **Suministros Físicos:** Aseguran el crecimiento corporal, mantenimiento de la salud y protección del daño externo. Incluyen alimentación, vivienda, entorno y medio ambiente, estimulación sensorial y disponibilidad del ejercicio físico.

- **Suministros Psicosociales:** Se ocupan de la estimulación y desarrollo intelectual y afectivo de la persona logrados en base a la relación interpersonal con miembros significados de la familia, los iguales o pares y los superiores jerárquicos en la escuela, la iglesia y el

trabajo. Estos suministros ayudan a satisfacer las necesidades interpersonales, obtener información y desarrollar papeles sociales según patrones establecidos.

- **Suministros Socioculturales:** Comprenden el efecto de la estructura social y las costumbres culturales transmitidas tanto desde la sociedad global (medios de masas, educación formal y otros) como desde grupos o agentes sociales más concretos: la familia, la comunidad, etc. Estos suministros fijan la posición de los individuos en la estructura social y le permiten orientarse, avanzar en ella y desarrollarse como miembros de colectivos que conocen y pueden utilizar conscientemente y contribuir a cambiar las normas y pautas sociales y culturales. Los aportes socioculturales incluyen: percepciones y expectativas, valores y significados, normas y reglas sociales, poder personal y colectivo y pautas de comportamiento.

PNUD (1990) el desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo.

1.5.2.2 Principios del Desarrollo Humano:

PNUD (2006) refiere que el objetivo del desarrollo es, entonces, el ser humano. En ese entendido, debemos tomar en cuenta los principios que la sustentan.

- **Principio de Productividad y Sostenibilidad:** Si una sociedad desea ser productiva, sus miembros deben tener acceso a la educación y nutrición. Solo así ellos participarán y contribuirán creativamente en su comunidad. Además, si en esa sociedad se hace énfasis en el

mercado y progreso tecnológico, se logrará el éxito económico y se garantizará, al mismo tiempo, un mejor futuro para las próximas generaciones.

- **Principio de Equidad:** El desarrollo tiene validez sólo si se permite que cada uno de nosotros tenga las mismas oportunidades de progreso. Para ello, los recursos económicos del país deben ser distribuidos de modo equitativo y justo, a través de los servicios de salud, educación, y programas sociales, así como el de ingresos justos.

- **Principio de Participación:** Todas las personas deben intervenir activamente en sus localidades en el planteamiento y la aplicación de proyectos que les permita mejorar su calidad de vida.

1.5.2.3 Índice de Desarrollo Humano:

El Índice de Desarrollo Humano es un índice compuesto que mide el promedio de los avances o retrocesos.

Para medir el Índice de Desarrollo Humano (IDH) se consideran tres aspectos básicos: la duración de la vida, la educación y los recursos materiales.

-**La duración de la vida:** Está relacionado con tener una buena salud y una nutrición adecuada, así como vivir en un entorno familiar armónico y en un medio ambiente sano. Ello permitirá disfrutar de una vida prolongada que es la base para poder cumplir anhelos, sueños y proyectos.

- **El logro educativo:** Tener acceso a la educación de calidad a través de centros escolarizados y no escolarizados.

-Acceso a bienes: Se refiere a contar con los recursos suficientes para satisfacer nuestras necesidades y vivir dignamente.

1.5.2.4 Potencialidades:

Las potencialidades son aquellos recursos o capitales cuyo aprovechamiento nos serviría para alcanzar el bienestar pero que, pese a ello, no las utilizamos o lo hacemos de forma inadecuada o insuficiente.

Las potencialidades se refieren a cuatro tipos de capitales los cuales deben integrarse si queremos que traigan un bienestar real a las personas.

- **Capital Humano:** Es el capital más importante del desarrollo. Se encuentra en cada uno de nosotros que somos poseedores de una serie de habilidades, capacidades, talentos y destrezas que nos han servido para generar y transmitir conocimiento a lo largo de la historia.

- **Capital Natural:** Es el regalo que la naturaleza nos ha dado, es decir, son todos aquellos recursos que se encuentran en nuestro país y que están a nuestra disposición: los animales, los vegetales, los suelos, el agua (mares, lagos, ríos) y una serie de minerales como el oro y la plata.

- **Capital Físico:** Son todas aquellas cosas creadas por el hombre a partir de su trabajo, esfuerzo y conocimiento acumulado como las industrias (fábricas, hidroeléctricas), vías de comunicación (carreteras, puertos, aeropuertos), las telecomunicaciones (Internet, teléfono) que fueron obtenidas transformando la naturaleza.

- **Capital Social:** Viene a ser el conjunto de valores (la solidaridad, la honestidad, el respeto), de normas (la Constitución Política, las leyes) y de instituciones (los poderes del Estado) que nos permiten convivir en sociedad y realizarnos dentro de una comunidad

(explorar, producir, comerciar, vender, organizar, entretenerse, entre lo principal). Su existencia es indispensable para la utilización de nuestras potencialidades.

1.5.3 Potenciación/ Empowerment

1.5.3.1 Definición

Rappaport (1981) la potenciación es el proceso por el que las personas, organizaciones y comunidades adquieren control y dominio de sus vidas.

- Para el Cornell Empowerment Group, la potenciación es un proceso intencionado y progresivo que, centrado en la comunidad local, fundamentado sobre el respeto mutuo, la reflexión crítica, la ayuda natural y la participación en estructuras sociales de la comunidad, permite a aquellos que no comparten por igual los recursos tener un acceso y un control sobre los mismos.

- Para Poweil (1990) el empowerment es el proceso por el que los individuos, grupos y comunidades llegan a tener la capacidad de controlar sus circunstancias y de alcanzar sus propios objetivos, luchando por la maximización de la calidad en sus vidas.

Además, Musito & Buelga (2004) infieren que el Empowerment implica la determinación individual de cada uno sobre su propia vida y, de ahí, el sentimiento de control personal; por otra, sugiere la participación democrática en la vida de la propia comunidad por medio de estructuras tales como las escuelas, el vecindario, la iglesia y otras organizaciones de la comunidad como grupos de voluntariado, grupos de autoayuda, etc. Mientras que, como hemos señalado, la determinación se relaciona con el sentido de control personal, la participación se vincula al interés por la influencia social real, el poder político y la defensa de los derechos legales. Por lo tanto, determinación individual-sentido de control personal y

participación– e influencia social, son los elementos claves sobre los que se fundamenta el empowerment.

1.5.3.2 Componentes

Zimmerman identifica tres componentes en el empoderamiento: acceso a los recursos sociales, participación social conjunta y comprensión crítica del contexto social.

- **Acceso a los recursos sociales** que, a nivel individual (trabajo, salud, autoestima, dinero, etc.) o comunitario (sentimiento de comunidad, financiación pública, disponibilidad de empleos, redes de comunicación...), pueden satisfacer necesidades y deseos humanos; una concepción paralela a los suministros de Caplan. Es lugar común asumir que el poder consiste en —o se logra a través de— el control de recursos sociales valiosos pero escasos.

- **Participación social** de los desfavorecidos creando una «causa común» y una conciencia de grupo oprimido que los lleve a buscar colectivamente el cambio global en pos de la justicia social.

- **Comprensión crítica** («concientización») del contexto sociopolítico que, según el esquema evolutivo de la conciencia de Freiré, llevará a rechazar el estado injusto de cosas y a buscar una liberación de la opresión.

1.5.3.3 Niveles de Empowerment:

A partir de las ideas previas, Musito y Buelga (2004), consideran que el empowerment, la potenciación, puede producirse en distintos niveles de análisis: individual, grupal, organizacional y comunitario. Es, por tanto, un constructo multinivel; es necesario analizar la realidad de las personas en función de los diferentes niveles para comprender por qué ciertos

aspectos organizacionales, políticos o económicos tienen un peso específico para adquirir, o en contraposición, para inhibir, los procesos de control y de dominio.

- Nivel individual: potenciación psicológica

El empowerment a nivel individual se refiere a la potenciación psicológica. La potenciación psicológica (PP) incluye tres componentes básicos:

- Las creencias sobre la propia competencia.
- La comprensión del entorno sociopolítico
- Los esfuerzos por ejercer un control sobre el entorno.

Cada uno de estos tres componentes remite a su vez a tres dimensiones diferentes: intrapersonal (en relación con las creencias acerca de la propia competencia), interaccional (para la comprensión del entorno sociopolítico al entender que se trata de saber utilizar correctamente las habilidades analíticas para influir en el entorno) y conductual (relacionada con el desarrollo de acciones específicas para conseguir determinados objetivos).

- Nivel organizacional:

El empowerment a nivel organizacional implica centrarse en un tipo concreto de organización: las organizaciones ciudadanas o sociales, que incluyen tanto organizaciones políticas como apolíticas –al menos en sus criterios fundamentales. Estas últimas organizaciones (objeto de interés de la teoría del empowerment) comprenden a su vez a organizaciones de defensa de los derechos de los trabajadores (sindicatos) y a organizaciones de promoción de los intereses ciudadanos.

- **Nivel comunitario:**

Como hemos señalado anteriormente, una comunidad potenciadora actúa según los mismos principios que una organización potenciadora, en el sentido de promover un espacio real de encuentro para que sus miembros puedan participar en los asuntos que les interesan o afectan.

Una comunidad está fortalecida cuando:

- Sus miembros tienen las aptitudes, la motivación y los recursos suficientes para realizar acciones que mejoran la vida de la comunidad - comunidad competente.
- Identifica eficazmente sus necesidades, y tiene la capacidad de desarrollar estrategias adecuadas para la resolución de sus problemas.
- Hace esfuerzos por mejorar la comunidad, proporciona oportunidades para la participación ciudadana, tiene capacidad de acción ante situaciones que considera injustas o ilegítimas.

Por lo tanto, una comunidad fortalecida es una comunidad que trabaja para el bien común o colectivo. Para ello, obviamente, debe ser una comunidad que sepa gestionar o adquirir los recursos necesarios. De ahí, que una comunidad potenciada disponga de unos recursos accesibles para todos los residentes de la comunidad.

1.5.4. Salud Mental Comunitaria:

1.5.4.1 Definición

Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Bloom (1984), define la Salud Mental Comunitaria como el "conjunto de actividades emprendidas y realizadas en la comunidad en nombre de la salud mental".

Para San Martín y Pastor (1984) la Salud Mental Comunitaria es la estrategia que trata de aplicar los programas de Salud Pública al ámbito local de la comunidad. La Salud Mental Comunitaria consiste en "el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud (mental) de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud (mental), prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad"

Sánchez (2007) La salud mental comunitaria aborda los problemas de salud mental con un enfoque comunitario conformando un híbrido, también llamado psicología clínico-comunitaria, que acoge un conjunto de alternativas a las estrategias clínicas clásicas.

1.5.4.2 Estrategias de Intervención de la Salud Mental Comunitaria

La Salud Mental Comunitaria comprende un conjunto de estrategias de intervención sustentado en unas bases teóricas valorativas y metodológicas ya descritas en sus diferencias de principio con la clínica.

Las estrategias son: intervención de crisis, consulta de salud mental, utilización de ayudadores no profesionales, educación y promoción de la salud mental y prevención; pueden también añadirse la comunidad terapéutica y la terapia social o del medio. Multidisciplinariedad y participación de la comunidad son principios operativos básicos.

Las estrategias de salud comunitaria tienen a menudo una *orientación poblacional y social*, de forma que van dirigidas a grandes masas de población que incluyen a los más necesitados y desfavorecidos—que no suelen usar los servicios normalizados— y acercan la atención de salud mental a la comunidad. Tratan, además, de optimizar los recursos de ayuda para ponerlos a disposición del mayor número de personas, estando, a la vez, mejor definidos y técnicamente probados que las estrategias comunitarias más directamente sociales. El carácter *multidisciplinar* del campo es valorado de manera mixta y ambivalente: mientras que unos ven ventajoso poder colaborar con otras disciplinas no psicológicas y hacer aportaciones a la salud mental sin caer en el sectarismo propio de cada profesión, otros encuentran negativa la imposibilidad de contemplar los aspectos específicamente psicológicos del campo y del papel involucrado.

1.6 Fases De La Intervención Comunitaria

La intervención comunitaria sigue un proceso de fases no estrictamente secuenciales, sino con cierto grado de retroalimentación mutua (Mori, 2008). De esta manera las fases del proceso están en constante movimiento e interacción; de igual manera las fases y las actividades que en ellas se realizan varían de acuerdo al contexto en que se aplicara, pues el proceso de intervención comunitaria no es único ni prescriptivo para cualquier tipo de intervención comunitaria, dado que el curso y formato de ésta depende considerablemente del ámbito y nivel de la intervención (educación, salud mental, urbanismo, etc.; barrio región, centro u organización, etc.) así como de las estrategias usadas y objetivos perseguidos (Sánchez, 1991).

Así como existe una gran variedad de opciones para aplicar la intervención dependiendo de factores propios de la práctica, también existen grandes diferencias entre los modelos teóricos propuestos por cada autor. Para el presente trabajo se presentarán los modelos

propuestos por Alipio Sánchez y María del Pilar Mori, ya que su metodología es la más cercana al trabajo realizado por los internos.

Fases de Intervención Comunitaria

Autor		Sánchez	Mori
F A S E S	E V A L U A C I Ó N P A R A I N T E R V E N C I Ó N	<p>1. DEFINICIÓN (Y ANÁLISIS) DEL TEMA, COMUNIDAD O PROBLEMA</p> <p>Identificar el tema, grupo o problema objeto de la intervención; definirlo y delimitarlo de manera clara y precisa.</p> <p>Análisis inicial del contexto: identificando carencias y recursos.</p>	<p>1. DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD</p> <p>Etapa 1: Evaluación preliminar de los datos. Revisión de archivos. Mapeo y lotización. Construcción o selección del instrumento para acceder a los datos. Aplicación de la entrevista.</p> <p>Etapa 2: Diagnóstico participativo de sensibilización de actores principales. Taller participativo (árbol de problemas con los principales actores de la comunidad)</p>
		<p>2. EVALUACIÓN INICIAL</p> <p>Seleccionar métodos adecuados para recoger información (observación, entrevista, grupo focal, encuesta, etc.).</p> <p>Evaluación de necesidades, recursos y actitud/motivación social.</p>	
			<p>2. CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO</p> <p>Debemos describir el grupo y establecer diferencias o semejanzas entre uno y otro.</p> <p>Los datos obtenidos en esta fase sirven no solo para establecer la línea base del programa, además permite la justificación del tipo de programa, técnicas y estrategias a usar durante la implementación. Todo ello haciendo uso</p>

			<p>de una metodología que permita recolectar y evaluar los datos de manera objetiva y sistemática.</p> <p>Las técnicas de recolección y análisis de datos que pueden emplearse son:</p> <p>Observación directa de los comportamientos del grupo en distintos escenarios y frente a diversos estímulos sociales.</p> <p>Entrevista, con la que se puede precisar datos personales, percepciones, actividades cotidianas, intereses, habilidades. Todo ello a considerarse en el diseño de actividades y estrategias de intervención.</p> <p>Análisis de contenido y reflexivo, que permita sustentar las respuestas conductuales bajo teorías o marcos referenciales.</p> <p>3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL GRUPO</p> <p>En esta fase, donde se constata la jerarquización y priorización de los problemas y necesidades que se hicieran en la fase 1, se analizan también dos procesos psicosociales: la problematización y la desnaturalización; que son intrínsecos al proceso y se debió evaluar también en la primera fase. Los pasos necesarios para hacer esa identificación, jerarquización y evaluación de necesidades y recursos, al problematizar y revelar el carácter socialmente construido, así como intereses implicados en esa construcción naturalizarte forman parte de un proceso de concientización (Montero, 2007).</p>
		<p>3. DISEÑO/ PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN</p> <p>Definir, ordenar y jerarquizar objetivos.</p> <p>Determinar planes y acciones para alcanzar los objetivos.</p> <p>Establecer estrategia eficaz para obtener medios</p>	<p>4. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN</p>

		concretos para hacer realidad los objetivos.	
	APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN		<p>5. EVALUACIÓN INICIAL</p> <p>La quinta fase de la intervención comunitaria se orienta a obtener la <u>línea de base</u> del programa. Para obtenerla se necesita:</p> <p>Determinar las técnicas que se emplearán para acceder a la información.</p> <p>Realizar una descripción de la población objetivo.</p> <p>Determinar el momento en el que se realizará la evaluación.</p> <p>De esta fase se debe obtener un informe cualitativo y cuantitativo de los indicadores que determinan el problema central. Se realiza para establecer qué y cuántos comportamientos, deben ser trabajados para eliminar total o parcialmente el problema central y alcanzar el objetivo general.</p>
		<p>4. EJECUCIÓN O IMPLEMENTACIÓN</p> <p>Aplicación de estrategia interventiva.</p> <p>Contacto con la comunidad.</p> <p>Ajustes precisos.</p> <p>Mantenimiento del programa.</p>	<p>6. EJECUCIÓN E IMPLEMENTACIÓN</p> <p>Esta fase operativiza todo el trabajo estructurado durante el diseño y planificación. Debe aplicarse el <u>registro anecdótico</u>, para detallar las acciones a desarrollar, además es una excelente fuente de verificación para los indicadores de logro.</p>
		<p>5. FINALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS</p> <p>Evaluar eficacia de resultados con respecto a los objetivos, satisfacción de los usuarios.</p> <p>Constatar que los efectos producidos se mantengan mediante un seguimiento y monitoreo de la comunidad.</p>	<p>7. EVALUACIÓN FINAL</p> <p>Aplicamos nuevamente la matriz de observación participante, la misma que se empleó en la evaluación inicial, bajo los mismos indicadores; los resultados de esta observación son comparados con la situación inicial, y para determinar en qué medida fueron dándose los cambios de manera favorable, se triangula con la evaluación de proceso; así tenemos: evaluación inicial-evaluación de proceso evaluación final, a ello acompaña el análisis reflexivo de los resultados.</p>

		<p>6. DISEMINACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Retroalimentación del programa y sus efectos a la comunidad (Secuencialidad). Documentar el programa y sus efectos como guía para futuros planes interventiva. (Universalidad y prescriptividad).</p>	<p>8. DISEMINACIÓN se refiere a la difusión efectiva de programas ejecutados (con resultados conocidos) a la comunidad donde se implementó el programa y a otros entornos organizacionales o sociales (OPCIÓN 2001). Al presentársele a la comunidad los resultados obtenidos, ésta analiza los mismos y plantea sus opiniones o sugerencias sobre el modelo que se aplicó, puede obtenerse además lecciones aprendidas, en las que se muestra a la comunidad los factores que se fortalecieron y la importancia de la consecución de acciones similares.</p>
--	--	--	--

1.7 Tipos y Niveles de Intervención

Al hablar de prevención, promoción y protección de la salud estamos haciendo un enlace entre la salud pública y la psicología. Estos tres conceptos, abarcan variados tipos y niveles de intervención, cada uno abocado a una etapa, población y proceso distinto, pero todos en torno a las enfermedades o problemas psicosociales.

1.7.1 Prevención:

1.7.1.1 Definición:

La prevención es considerada como el proceso de intervención social que manipula factores asociados o implicados en las problemáticas y desarrolla acciones puntuales para así evitar su aparición, reaparición o agravamiento. (Casas, 1996)

Asimismo, son aquellas medidas que buscan prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo así como también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez que se presente (OMS, 1998 en Vargas et al. 2003).

Es considerada uno de los objetivos centrales de la psicología comunitaria. Es un modelo conceptual y operativo que proviene de la salud pública. (Sánchez, 1998) Uno de sus varios

representantes es Gerard Caplan, quien propone mediante este modelo, los conceptos de prevención en los tres niveles – primaria, secundaria y terciaria – que se tratarán a continuación.

1.7.1.2 Conceptos relacionados

Para una mejor comprensión de los niveles de prevención, es útil conocer términos básicos de epidemiología estrechamente relacionados con la salud.

Incidencia, prevalencia y riesgo

La incidencia es entendida como el número de casos nuevos que se producen en la población durante un tiempo dado. La prevalencia es considerada como el número total de casos en una población en un momento dado – multiplicación de la incidencia por la duración promedio del problema –. El riesgo es definido como la probabilidad de ser afectado por el problema. (Sánchez, 1998)

Factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes

Los factores predisponentes hacen al individuo vulnerable para desarrollar el trastorno. Los factores precipitantes contribuyen en que el trastorno se desencadene en el individuo que ya es vulnerable. Los factores perpetuantes son aquellos que mantienen el trastorno en la persona. (Sánchez, 1998)

1.7.1.3 Tipos de Prevención

Entre las diferentes maneras de clasificar los tipos de prevención, la siguiente es relacionada a la extensión e intensidad. Existen cuatro tipos:

Inespecífica: Se considera prevención inespecífica cuando el objetivo es prevenir varios problemas al mismo tiempo.

Específica: Se llama prevención específica a aquella que busca evitar un problema en particular.

Impersonal: Se entiende como prevención impersonal a la que se dirige a grandes conjuntos de personas.

Personal: Se nombra prevención personal cuando está dirigida a grupos o personas en riesgo.

1.7.1.4 Niveles

1.7.1.4.1 Prevención Primaria

Para la OMS (1998) la prevención primaria comprende a las “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (En: Vargas et al, 2003).

Busca la disminución de la incidencia del problema, tiene como foco reducir el riesgo, está dirigida a grupos que no manifiestan signos evidentes del problema pero que se considera que pueden estar en situaciones de riesgo. (Casas, 1996).

Está dirigida al conjunto de la población, es proactiva, plantea estrategias educativas y busca proporcionar recursos adaptativos a nivel personal y socio ambiental. (Sánchez, 1998)

Niveles

Según Korchin, (En: Sánchez, 1998) la prevención primaria se puede dividir según la población objetivo de las acciones que se ejecuten.

Social

Este nivel se alcanza al incrementar la calidad de vida, el nivel educativo, la atención en salud y plazas de trabajo a través de programas preventivos para la sociedad en tanto posibiliten su desarrollo humano global.

Comunitario

Se llega a este nivel a través de la educación de los líderes comunitarios y de la comunidad; la organización comunitaria es una estrategia utilizada.

Familiar y pequeño – grupal

Este nivel considera la importancia e influencia nuclear y social del sistema familiar, del mismo modo, considera a los grupos de iguales como importantes en tanto sean una alternativa a los grupos de pares de personas aquejadas del problema psicosocial.

Individual

Este nivel tiene como meta fortalecer a la persona ante situaciones estresantes como las crisis y transiciones vitales.

1.7.1.4.2 Prevención Secundaria

Para la OMS (1998) la prevención secundaria comprende las “medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición” (En: Vargas et al, 2003).

Está dirigida a personas en riesgo y tiene como objetivo la reducir los efectos, disminución de la prevalencia y se concentra en la detección precoz, identificación de individuos vulnerables. (Casas, 1996)

Es tratamiento, pero, a diferencia del tratamiento clínico utiliza un tamizaje abocado a poblaciones grandes para descubrir los problemas de manera temprana. Así como brindar la información necesaria sobre el problema y su tratamiento tanto a los afectados como a las personas que tengan llegada a grandes grupos. (Sánchez, 1998)

Prevención secundaria temprana y prevención secundaria tardía

La prevención secundaria temprana es la dirigida a poblaciones infantiles afectadas por el problema pero que no lo han desarrollado completamente. Mientras que, la prevención secundaria tardía está centrada en las personas que han desarrollado el trastorno. (Cowen En: Sánchez, 1998)

1.7.1.4.3 Prevención Terciaria

Para la OMS (1998) la prevención terciaria comprende a las “medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.” (En: Vargas et al, 2003)

Está dirigida a personas ya enfermas, con el objetivo de minimizar consecuencias mediante la rehabilitación y reinserción social, así como evitar recaídas. (Sánchez, 1998). Las áreas de actuación que se proponen son las de rehabilitación o reinserción del afectado trabajando autoconfianza y competencias, confrontar la segregación de la que pueda ser objeto; cambio de actitudes y conducta de la comunidad que implica vencer segregación ante problemas psicosociales mediante educación de la comunidad sobre el problema, las consecuencias del tratamiento, de modo que se acorten las brechas entre los afectados por el

problema y el resto de la comunidad; por último la implementación de centros como alternativas intermedias y de transición hacia la comunidad: con el fin de hacer más fácil y gradual la desinstitucionalización. (Sánchez, 1998)

1.7.2 Promoción

La promoción consiste en brindarle a la población las herramientas necesarias para mejorar y tener un mayor control sobre su salud al igual que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social; por ello un individuo o grupo debe estar en la capacidad de identificar y realizar sus anhelos de satisfacer necesidades de cambiar y adaptarse al medio ambiente. (Vargas, et al, 2003)

La promoción se centra en eliminar las influencias negativas para la salud mediante el desarrollo de políticas públicas de salud, ambientes vitales saludables y resiliencia personal. (AFMC, 2016) Del mismo modo, apunta a movilizar a la comunidad hacia la búsqueda y mantenimiento de la salud, tanto mental y física, así como a la valoración de estas.

Su filosofía, además de la responsabilidad busca promover la equidad y justicia social, una definición holística de la salud, la consideración del abanico de determinantes de la salud, reconocer las influencias ambientales en la salud, empoderar a las personas y construir capacidades individuales y colectivas y, finalmente, aumentar la participación social de las personas. (AFMC, 2016)

Según la carta de Ottawa, sus campos de acción son construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales y reforzar la acción comunitaria. (Vargas et al., 2003) Mientras que su tarea es identificar niveles de causalidad y elaborar modelos de intervención.

Le brinda principal importancia a la relación de la persona con su ambiente – emocional, social, cultural, físico y político – y a la acción comunitaria. Todo ello con el fin de fortalecer habilidades y cambiar las condiciones en las que se desenvuelve hacia unas que mejoren su calidad de vida, salud mental y bienestar común. Entre sus funciones tiene la defensa de la salud, capacitación y mediación (Ronda, 2009).

1.7.3 Protección

La protección está conformada por las acciones que protegen a las personas ante riesgos de salud y seguridad. (Kinnon, 2002) Está centrada en eliminar las influencias negativas para la salud en el hogar, el trabajo y en el ambiente en el que se desenvuelve la persona. (AFMC, 2016) La ciencia, vigilancia, manejo de riesgos y desarrollo de programas son la base de las actividades de protección de la salud. Estas acciones inciden en el saneamiento ambiental, control de calidad, análisis de laboratorio, entre otras.

1.8 Métodos de análisis en el área social comunitaria

1.8.1 Método cuantitativo

Una vez que se ha concebido la idea de investigación y el científico, estudiante o experto ha profundizado en el tema en cuestión y elegido el enfoque cuantitativo, se encuentra en condiciones de plantear el problema de investigación.

El paso de la idea al planteamiento del problema en ocasiones puede ser inmediato, casi automático, o bien llevar una considerable cantidad de tiempo; ello depende de cuán familiarizado esté el investigador o la investigadora con el tema a tratar, la complejidad misma de la idea, la existencia de estudios antecedentes, el empeño del investigador y sus habilidades personales.

Según Kerlinger y Lee (2002), los criterios para plantear adecuadamente un problema de investigación cuantitativa son:

- El problema debe expresar una relación entre dos o más conceptos o variables.
- El problema debe estar formulado como pregunta, claramente y sin ambigüedad; por ejemplo, ¿qué efecto?, ¿en qué condiciones...?, ¿cuál es la probabilidad de...?, ¿cómo se relaciona con...?
- El planteamiento debe implicar la posibilidad de realizar una prueba empírica, es decir, la factibilidad de observarse en la “realidad única y objetiva”. Por ejemplo, si alguien piensa estudiar cuán sublime es el alma de los adolescentes, está planteando un problema que no puede probarse empíricamente, pues “lo sublime” y “el alma” no son observables. Claro que el ejemplo es extremo, pero nos recuerda que el enfoque cuantitativo trabaja con aspectos observables y medibles de la realidad.

El objetivo de la investigación

Unas investigaciones buscan, ante todo, contribuir a resolver un problema en especial; en tal caso debe mencionarse cuál es y de qué manera se piensa que el estudio ayudará a resolverlo; otras tienen como objetivo principal probar una teoría o aportar evidencia empírica en favor de ella. Los objetivos deben expresarse con claridad para evitar posibles desviaciones en el proceso de investigación cuantitativa y ser susceptibles de alcanzarse (Rojas, 2002); son las guías del estudio y hay que tenerlos presente durante todo su desarrollo. Evidentemente, los objetivos que se especifiquen requieren ser congruentes entre sí.

No siempre en la pregunta o las preguntas se comunica el problema en su totalidad, con toda su riqueza y contenido. A veces se formula solamente el propósito del estudio, aunque las preguntas deben resumir lo que habrá de ser la investigación. Al respecto, no podemos decir que haya una forma correcta de expresar todos los problemas de investigación, pues cada uno de ellos requiere un análisis particular. Las preguntas generales tienen que aclararse y delimitarse para esbozar el área-problema y sugerir actividades pertinentes para la investigación (Ferman y Levin, 1979).

León y Montero (2003) mencionan los requisitos que deben cumplir las preguntas de investigación:

- Que no se conozcan las respuestas (si se conocen, no valdría la pena realizar el estudio).
- Que puedan responderse con evidencia empírica (datos observables o medibles).
- Que impliquen usar medios éticos.
- Que sean claras.

1.8.2 Método cualitativo

El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad. También es recomendable seleccionar el enfoque cualitativo cuando el tema del estudio ha sido poco explorado, o no se ha hecho investigación al respecto en algún grupo social específico.

Una vez concebida la idea del estudio, el investigador debe familiarizarse con el tema en cuestión. Aunque el enfoque cualitativo es inductivo, necesitamos conocer con mayor profundidad el “terreno que estamos pisando”.

Ingresando al ambiente o campo

Lo primero es decidir en qué lugares específicos se recolectarán los datos y quiénes serán los participantes (la muestra).

La inmersión total en el ambiente implica:

- Observar los eventos que ocurren en el ambiente (desde los más ordinarios hasta cualquier suceso inusual o importante). Aspectos explícitos e implícitos, sin imponer puntos de vista y tratando en la medida de lo posible, de evitar el desconcierto o interrupción de actividades de las personas en el contexto. Tal observación es holística (como un “todo” unitario y no en piezas fragmentadas), pero también toma en cuenta la participación de los individuos en su contexto social. El investigador entiende a los participantes, no únicamente registra “hechos” (Williams, Unrau y Grinnell, 2005).

- Establecer vínculos con los participantes, utilizando todas las técnicas de acercamiento (programación neurolingüística, rapport y demás que sean útiles), así como las habilidades sociales.

- Comenzar a adquirir el punto de vista “interno” de los participantes respecto de cuestiones que se vinculan con el planteamiento del problema. Después podrá tener una perspectiva más analítica o de un observador externo (Williams, Unrau y Grinnell, 2005).

- Recabar datos sobre los conceptos, lenguaje y maneras de expresión, historias y relaciones de los participantes.

- Detectar procesos sociales fundamentales en el ambiente y determinar cómo operan.
- Tomar notas y empezar a generar datos en forma de apuntes, mapas, esquemas, cuadros, diagramas y fotografías, así como recabar objetos y artefactos.
- Elaborar las descripciones del ambiente (poco más adelante se retomará este punto).
- Estar consciente del propio rol y de las alteraciones que se provocan.
- Reflexionar acerca de las vivencias, que también son una fuente de datos.

La descripción del ambiente es una interpretación detallada de casos, seres vivos, personas, objetos, lugares específicos y eventos del contexto, y debe transportar al lector al sitio de la investigación (Creswell, 2009).

No hay un modelo de descripción, cada uno capturará los elementos que le llaman más la atención y esto constituye un dato (como toda la intervención del investigador).

Por otra parte, el investigador escribe lo que observa, escucha y percibe a través de sus sentidos, mediante dos herramientas: anotaciones y bitácora o diario de campo. Usualmente en esta última se registran las primeras.

Las anotaciones o notas de campo:

Es muy necesario llevar registros y elaborar anotaciones durante los eventos o sucesos vinculados con el planteamiento. De no poder hacerlo, la segunda alternativa es efectuarlo lo más pronto posible después de los hechos. Y como última opción las anotaciones se producen al terminar cada período en el campo (al momento de un receso, una mañana o un día, como máximo).

Resulta conveniente que tales registros y notas se guarden o archiven de manera separada por evento, tema o periodo. Así, los registros y notas del evento o periodo 1 se archivarán de manera independiente de los registros y notas del evento o periodo 2, y así sucesivamente. Son como páginas separadas que se refieren a los diferentes sucesos (por ejemplo, por día: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo). De cada hecho o periodo se anotan la fecha y hora correspondientes. Esto se hace sin importar el medio de registro (computadora de bolsillo, grabadora de voz o video, papel y lápiz, entre otros).

Los materiales de audio y video deben guardarse. También es conveniente tomar fotografías, elaborar mapas y diagramas sobre el contexto o ambiente (y en ocasiones sus “movimientos” y los de los participantes observados).

En las anotaciones es importante incluir nuestras propias palabras, sentimientos y conductas.

Asimismo, cada vez que sea posible es necesario volver a leer las notas y los registros y, desde luego, anotar nuevas ideas, comentarios u observaciones.

Otras recomendaciones sobre las notas son:

- Al escribir las notas se recomienda utilizar oraciones completas para evitar confusiones posteriores. Si son abreviadas (con palabras iniciales, incompletas o mnemotécnicas) se deben elaborar más ampliamente a la brevedad posible.
- No olvidar que debemos registrar tiempos (fechas y horas) y lugares a los que se hace referencia, o anotar la fuente bibliográfica.
- Si se refieren a un evento, anotar la duración de éste.

- Transcriba las notas (o la bitácora de campo) en computadora, a la brevedad posible y vaya respaldando las transcripciones en otro medio (CD, dispositivo de almacenamiento como la memoria USB, etcétera).

Las anotaciones pueden ser de diferentes clases:

1. Anotaciones de la observación directa. Descripciones de lo que estamos viendo, escuchando, olfateando y palpando del contexto y de los casos o participantes observados. Regularmente van ordenadas de manera cronológica. Nos permitirán contar con una narración de los hechos ocurridos (qué, quién, cómo, cuándo y dónde).

2. Anotaciones interpretativas. Comentarios sobre los hechos, es decir, nuestras interpretaciones de lo que estamos percibiendo (sobre significados, emociones, reacciones, interacciones de los participantes).

3. Anotaciones temáticas. Ideas, hipótesis, preguntas de investigación, especulaciones vinculadas con la teoría, conclusiones preliminares y descubrimientos que, a nuestro juicio, vayan arrojando las observaciones.

4. Anotaciones personales (del aprendizaje, los sentimientos, las sensaciones del propio observador o investigador).

5. Anotaciones de la reactividad de los participantes (cambios inducidos por el investigador), problemas en el campo y situaciones inesperadas.

Es común que las anotaciones se registren en lo que se denomina diario de campo o bitácora, que es una especie de diario personal, donde además se incluyen:

1. Las descripciones del ambiente o contexto (iniciales y posteriores). Recordemos que se describen lugares y participantes, relaciones y eventos, todo lo que juzguemos relevante para el planteamiento.

2. Mapas (del contexto en general y de lugares específicos).
3. Diagramas, cuadros y esquemas (secuencias de hechos o cronología de sucesos, vinculaciones entre conceptos del planteamiento, redes de personas, organigramas, etc.).
4. Listados de objetos o artefactos recogidos en el contexto, así como fotografías y videos que fueron tomados (indicando fecha y hora, y por qué se recolectaron o grabaron y, desde luego, su significado y contribución al planteamiento).
5. Aspectos del desarrollo del estudio (cómo vamos hasta ahora, qué nos falta, qué debemos hacer).

Como resultado de la inmersión, el investigador debe:

- a) Identificar qué tipos de datos deben recolectarse.
- b) En quién o quiénes (muestra).
- c) Cuándo (una aproximación) y dónde (lugares específicos, por ejemplo, en una empresa detectar los sitios donde los empleados se reúnen para comentar sus problemas).
- d) Por cuánto tiempo (tentativamente) (Creswell, 2009; Daymon, 2010).
- e) Así como definir su papel.

1.9 Evaluación y Monitoreo

1.9.1 Evaluación

El vocablo evaluación proviene del latín *valere*, que significa valorar. Evaluar es fijar el valor de una cosa y para hacerlo se requiere un procedimiento que permita comparar aquello a evaluar respecto de un criterio o un patrón determinado (Cohen y Franco, 1988).

La evaluación de programas se refiere al estudio sistemático de los componentes, procesos y resultados de las intervenciones y programas.

La Evaluación Comunitaria se define como la interacción selectivamente dirigida a obtener información para actuar, es un conocimiento público que permite autorreflexión y debate social que implica un aprendizaje de la práctica (Sánchez, 2007).

Es decir que es el proceso que se apoya en la formulación de preguntas precisas sobre uno o varios aspectos relativos al diseño, ejecución o finalización de las políticas, programas y proyectos sociales. Los procedimientos de recolección, análisis e interpretación de información constituyen la base sobre la cual es posible responder a dichos interrogantes.

Además, la evaluación se lleva a cabo mediante procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información y a través de comparaciones respecto de parámetros definidos.

Su finalidad es emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables, sobre las actividades y los resultados de las intervenciones sociales y formular recomendaciones que permitan decisiones orientadas a ajustar la acción. (Nirenberg, 2009).

También se debe tener en cuenta que no se ejecuta una evaluación si no se prevé la posibilidad de provocar consecuencias que induzcan a la acción o modifiquen el curso de la intervención. La evaluación responde a un propósito (Martínez, 2004).

En definitiva, es una herramienta para la toma de decisiones y como cualquier producto de un proceso de investigación aplicada, los resultados de una evaluación constituyen un nuevo conocimiento práctico. La evaluación busca conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar (Padrón, 2006), que ayudara a construir un futuro deseado en relación con una determinada política o programa social.

Al hablar de evaluación podemos referirnos a diferentes tipos de evaluación (Barriga, 1990).

Por su función de evaluación diagnóstica:

Centrada en el análisis de la situación sobre la que se quiere intervenir. Análisis que necesariamente se relaciona con las normas que tamizan la percepción de dicha situación.

Por su función de evaluación formativa:

Que se orienta a introducir elementos de regulación del proceso interactivo y que tiene particular incidencia en el campo pedagógico, concretamente en el marco escolar.

Por su función de evaluación sumativa:

Que desemboca en un juicio de cómo se desarrolla el programa, con el análisis de sus resultados y de la eficacia y eficiencia de los medios empleados en relación con los objetivos previstos. La evaluación sumativa es una forma de control social ejercida sobre los responsables de llevar a término un determinado programa.

También existen otros tipos que por su ubicación a lo largo de la realización de un programa se pueden clasificar como. (Virgilio, 2012).

La evaluación ex ante que es la que se realiza antes de poner en ejecución el programa a evaluar. Su objetivo es determinar las posibilidades reales de que las decisiones que se pretenden poner en práctica generen el mayor impacto social posible (Pichardo Muñoz, 1989). Este tipo de evaluación permite determinar la viabilidad de la intervención, es decir, la posibilidad real de que pueda ser implementada con éxito y la trascendencia social de la política, programa o proyecto, esto es, su idoneidad y pertinencia para generar impacto social.

Por otro lado, la evaluación concurrente es la que se realiza durante la ejecución de una política, programa o proyecto. En aquellos de corta duración, la evaluación concurrente puede realizarse una única vez; sin embargo, en otros de mayor duración se pueden realizar varias. Este tipo de evaluación nos permite indagar sobre la eficacia, es decir la probabilidad

de que los proyectos alcancen sus objetivos, de acuerdo con el ritmo de su ejecución. Además, permite verificar sobre la eficiencia que analiza la racionalidad en el uso de los recursos. Y permite indagar la productividad que se ocupa de la relación entre recursos invertidos y resultados alcanzados.

Por ultimo La evaluación ex post que se realiza al finalizar la ejecución de una intervención y examina, a partir de la situación inicial, los cambios que se generaron a lo largo de su implementación. Por eso, podemos decir que con ella se pone a prueba la política, programa o proyecto en su totalidad. Este tipo de evaluación se nutre de todas las evaluaciones que se hayan realizado previamente y de los insumos que genera el proceso de monitoreo. En ella se tienen en cuenta los productos que son los resultados concretos de la implementación de un programa. Se obtienen al comparar los objetivos, metas, actividades e insumos planificados, con los alcanzados. En términos de productos, se analiza tanto la cantidad como la calidad. También los efectos esperados son los cambios previstos que se desean generar a través de los programas. Son cambios positivos, con respecto a la situación inicial, y se producen como consecuencia de los productos logrados. Asi como también el impacto que remite a un mayor nivel de profundidad ya que toma en cuenta el desarrollo de los efectos. En este sentido, pueden considerarse también los resultados a largo plazo.

La construcción de un futuro deseado, es decir, hacia dónde queremos ir, está mediada entre otros factores por los insumos que proveen el monitoreo y la evaluación para la toma de decisiones estratégicas, operativas o tácticas en el marco del desarrollo de una política. Siendo estas decisiones de tipo preventiva, es decir, cuando nos anticipamos a los riesgos potenciales que se detectaron en una evaluación o de tipo correctiva, cuando reorientamos procesos, estrategias o técnicas para corregir efectos no deseados, ineficacias o ineficiencias de nuestras acciones.

La evaluación y el monitoreo son instrumentos de política ya que forman parte de la atmósfera política inherente a la toma de decisiones que rodea a las 3 P (políticas, programas y proyectos sociales.) evaluadas, y porque el contenido de la evaluación, su juicio de valor tiene un componente claramente político (Subirats, 1995).

Por su parte, la evaluación permite la formulación de conclusiones acerca de lo que se observa a una escala mayor, aspectos tales como el diseño del proyecto y sus impactos, tanto aquellos previstos como no previstos (Cerezo y Fernández Prieto, 2011).

1.9.2 Monitoreo

El monitoreo es uno de los instrumentos que también colabora en la construcción de ese futuro. Ambos son fundamentales para la toma de decisiones a mediano y largo plazo y constituyen una fuente primordial de aprendizaje para los gobiernos y las/los gestores de políticas y programas (Subirats, 1995).

A diferencia de la evaluación, el monitoreo es el seguimiento que se realiza durante la ejecución de una política, programa o proyecto. Aunque incluye una dimensión técnica, no se agota en ella. Por el contrario, es un instrumento de gestión y de política que permite revisar en forma periódica los aspectos sustantivos de las 3 P (políticas, programas y proyectos sociales) para optimizar sus procesos, resultados e impactos. Por eso, constituye un insumo indispensable para la gestión administrativa y estratégica de una iniciativa pública (Virgilio, 2012).

El monitoreo consiste en un examen continuo o periódico que se efectúa durante la implementación de un proyecto. Su objetivo es; indagar y analizar permanentemente el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con lo planificado, con el fin de detectar a tiempo eventuales diferencias, obstáculos o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución (SIEMPRO y UNESCO, 1999).

El monitoreo es un proceso continuo y permanente; la evaluación se realiza en períodos establecidos y es de corte transversal. El monitoreo constituye un proceso continuo de análisis, observación y elaboración de sugerencias de ajustes que aseguren que el proyecto esté encaminado hacia el objetivo propuesto.

En el proceso de monitoreo se recolecta información sobre la ejecución de las actividades planificadas, para apoyar la gestión cotidiana de los proyectos sobre el terreno. También se recolecta los resultados conseguidos a través de la realización de las actividades y la respuesta de los/las titulares, para comprobar los avances y revisar el plan de trabajo. Además, se revisa la consecución de los objetivos del programa y sus impactos para observar la lógica de intervención y la resolución de problemas.

Un sistema de monitoreo se construye a partir de indicadores. Los indicadores son medidas directas o indirectas de un evento, condición, situación o concepto, y permiten inferir conclusiones apreciativas acerca de su comportamiento o variación (Virgilio, 2012).

Los indicadores son el resultado de operacionalizar los objetivos a alcanzar en el marco de una política, programa o proyecto. Se expresan en metas a partir de las cuales se diseñan los indicadores que permiten medir el grado en el que fueron alcanzadas (Cohen y Franco, 1988).

En cuanto a la selección de indicadores, es importante para construir un buen sistema de monitoreo. Su elección requiere tener en cuenta criterios como independencia, verificabilidad, validez y accesibilidad. Si a través de la consulta con los actores involucrados es posible definir los indicadores y acordar su importancia y características específicas, quiere decir que los objetivos de la política son claros, compartidos y están democratizados entre los/as responsables de su implementación.

Los indicadores más habitualmente utilizados son los indicadores cuantificables, es decir, los que se expresan en cifras absolutas, tasas, proporciones o porcentuales. Si bien son necesarios, no resultan suficientes para comprender cómo se producen los procesos, qué

oportunidades se encuentran, cuáles son los principales obstáculos o qué factores dificultan la acción. Para mejorar esa comprensión son necesarios los indicadores cualitativos, que complementan a los anteriores (Nirenberg, 2000).

Las funciones de los indicadores en el monitoreo son dos los cuales en primer lugar ayudan a monitorear los avances en la consecución de los objetivos. Y en segundo lugar aclara la lógica de intervención del proyecto al indicar lo que se desea lograr, la duración, la calidad requerida y la población objetivo.

Sin una correcta definición de los indicadores, se dificulta la recolección de datos y disminuye la posibilidad de monitorear o evaluar en forma adecuada la relación entre lo previsto y lo realizado (Virgilio, 2012).

La selección de los indicadores no depende solo de la estructura y de los objetivos del proyecto, sino también de la disponibilidad de datos, del tiempo y de las capacidades necesarias para su recolección. Puede suceder que los datos disponibles sean poco confiables, y que por eso la información más importante para la elaboración de los indicadores relevantes sea también recogida durante el proceso evaluativo.

Cerezo y Fernández (2011) encontraron que existen diferentes categorías de indicadores como los indicadores de resultado, los cuales dan cuenta del grado de alcance de los objetivos específicos de las 3 P (políticas, programas y proyectos sociales) y de su contribución concreta para mejorar la situación que les dio origen.

Además, los indicadores de cobertura que son la proporción de la población objetivo que efectivamente recibe los servicios que brindan una política, programa o proyecto.

También son importantes los indicadores de producto que son los resultados concretos de las actividades, desarrolladas a partir de los insumos disponibles. Según su carácter de materialidad, pueden distinguirse entre bienes producidos (o resultados materiales) y servicios prestados.

Y por último los indicadores de proceso los cuales están constituidos por el conjunto de actividades que se realizan para tratar de alcanzar el objetivo buscado. Estos indicadores se relacionan con los insumos que se proveen para concretar estas acciones y con los productos que se obtienen durante dichos procesos.

Cerezo y Fernández (2011) mencionan que todo indicador debe cumplir con cuatro requisitos básicos como la independencia el cual se refiere a que cada indicador debe ser utilizado para medir un solo objetivo, así como también la verificabilidad en donde cada indicador debe ser empíricamente constatable. También la validez referida a que cada objetivo debe contar con, al menos, un indicador. Y la accesibilidad entendida como la medición de los indicadores los cuales debe de ser accesible.

El monitoreo debe permitir que los resultados de las actividades estratégicas se reflejen en la toma de decisiones. El mejor monitoreo no es aquel que da cuenta de todas y cada una de las actividades del programa, sino de aquellas que son clave para la gestión y el aprendizaje. (Virgilio, 2012).

También es importante mencionar los instrumentos por el cual se vale el monitoreo para recoger información como los son las encuestas que es un instrumento para recolectar información. Puede aplicarse a cualquier tipo de evaluación (Cohen y Franco, 1988). Proporciona datos cuantitativos y permite su comparación. Además, facilita la sistematización de la información proporcionada por un gran número de actores.

Así como también son las entrevistas que son una forma especial de encuentro cara a cara entre el evaluador y el entrevistado. Es una herramienta no tan compleja, que requiere recursos moderados. A través de las entrevistas es posible recabar información cualitativa que recupere la perspectiva de los actores sobre distintos tipos de cuestionarios: hechos específicos, procesos, análisis, propuestas, reacciones a las primeras hipótesis de los evaluadores, entre otras.

Otro instrumento son los grupos focales los cuales son un tipo de entrevista particular en la que se trabaja con un grupo en simultáneo. Se organiza la interacción entre un conjunto determinado de personas y sobre un tema específico de interés para el evaluador. Esta discusión es guiada por el facilitador, ya que se busca recolectar la información producida durante la interacción y el debate, además de perspectivas y experiencias grupales.

Cuando se agrupa a actores con posturas diferentes, se habilita la expresión y la posibilidad de explicar los distintos puntos de vista, y también la profundización de sus opiniones. Esta dinámica grupal es registrada y luego sistematizada para su análisis. (European Comission, 2005).

Otra forma de recabar información es mediante la observación participante que es uno de los primeros modos de conocer y acercarse a un problema. Su propósito es obtener información sobre lo que las personas hacen, formularse nuevas preguntas, plantear hipótesis explicativas, verificar datos y priorizar cuestiones clave que puedan ser luego profundizadas, por ejemplo, a través de entrevistas o grupos focales.

También se usan las listas de control el cual es un instrumento sencillo que puede ser utilizado para apoyar la difusión de prácticas de monitoreo estructuradas y estandarizadas. Dichas listas pueden ser utilizadas y comparadas en momentos diferentes y representan un instrumento práctico para ayudar al equipo a familiarizarse con los temas del proyecto y, por lo tanto, a volverse más rápido y efectivo.

Los datos secundarios también son otra fuente más económica para conseguir información. En este caso, se utiliza la información construida por otros. Al no estar diseñados para el objetivo de la evaluación, los datos pueden resultar insuficientes o inadecuados; sin embargo, muchas veces es la mejor opción para acercarse a un tema con

pocos recursos. En general, las fuentes secundarias son datos cuantitativos, pero también puede tratarse de datos cualitativos.

Se pueden encontrar tres tipos, los cuales son en primer lugar datos que existen, pero que no están publicados, generalmente por organismos públicos o investigaciones. En segundo lugar, están los informes publicados por agencias del gobierno, organismos internacionales, universidades, organizaciones sin fines de lucro o empresas. Y en tercer lugar están los informes previos del propio programa a evaluar, estos son documentos como artículos, actas de reuniones, etc. El propósito de la revisión de la documentación es comprender mejor la historia y la evolución del proyecto.

1.10 Sistematización

La evaluación no es un fin en sí misma, sino un instrumento para la toma de decisiones. Evaluar conjuntamente el tiempo compartido, lo que fue posible y aquello que hizo obstáculo, es un camino.

En este camino es difícil constatar los alcances en relación con un cambio social a largo plazo. Pero este es un buen motivo para sistematizar los aprendizajes obtenidos a partir de las prácticas, apostando porque las metodologías comunitarias son las más adecuadas para una transformación en busca la equidad y justicia social, la inclusión de sectores más desprotegidos. Obligándonos a pensar y replantear nuestras prácticas permanentemente.

La sistematización como modalidad de indagación busca reconstruir, documentar e interpretar las experiencias, favoreciendo la comprensión de los fundamentos implícitos o explícitos que sustentan las prácticas, privilegiando los saberes y el punto de vista de los participantes que las desarrollan.

No siempre que nos referimos a la sistematización de la experiencia estamos hablando de la parte cualitativa del proceso, por ello que encontramos dos formas de concebir la sistematización; el primero se refiere a: sistematización de datos (sistematización de información) el cual es el más usado, porque hace referencia al ordenamiento, clasificación de datos e información y, la segunda: como sistematización de experiencias, la cual es menos común y más compleja, porque se trata de ir más allá, de mirar las experiencias como procesos históricos y complejos en los que intervienen diferentes actores que se analizan en un contexto determinado y en un momento institucional del cual forman parte.

Se puede definir a la sistematización como la recuperación del saber, como la forma de organizar las experiencias y poderlas comunicar, un proceso de teorización y evaluación de las prácticas sociales y el mejoramiento de las propias prácticas.

El desafío de la sistematización radica en no quedarnos solo con la reconstrucción de lo que sucede, sino pasar a una interpretación crítica, es decir se traslada la reconstrucción de lo sucedido y el ordenamiento de la información a una interpretación crítica de lo acontecido para extraer el aprendizaje con utilidad para el futuro, es decir que pasemos de lo narrativo y descriptivo a lo interpretativo crítico.

Entonces la sistematización es un proceso teórico y metodológico, que a partir del ordenamiento, evaluación, análisis, interpretación y reflexión crítica pretende construir conocimiento y cambio de las prácticas sociales, mejorándolas y transformándolas.

Es importante la sistematización para comprender y, en consecuencia, mejorar nuestra propia práctica; para revertir nuevos conocimientos en nuestra acción; porque al ser difundida permite que otros líderes, inmersos en realidades parecidas y enfrentando problemas similares puedan aprender de la experiencia, posibilitando no repetir los mismos errores.

Es importante porque nos obliga a reflexionar constantemente sobre nuestro trabajo, a repensar permanentemente en el sentido que tiene nuestro quehacer, nos ayuda a reconocer sus avances y límites superando las posibles desviaciones.

Es además importante por los aportes a la producción de conocimiento científico y saber comunitario.

Para lograr un proceso óptimo es necesario tener conciencia plena de la importancia de la sistematización, que la experiencia se pueda sistematizar (es decir lograr un objetivo), que se pueda realizar (teniendo el apoyo institucional) y, conformando un equipo para realizar el proceso.

En la metodología a utilizar se debe tener en cuenta los criterios de, secuencia global del proceso, la cual debe tener coherencia global en su conjunto y, las herramientas, que pueden ser casi infinitas, para cada momento del proceso (para hacer registros, recuperación histórica, análisis, síntesis, para comunicar, socializar, etc.), sin perder de vista la integridad del proceso, que cada herramienta utilizada sirva para alcanzar la visión y el objetivo en conjunto.

Sin duda la práctica social, la acción social a sistematizar, está ligada a y condicionada por contextos culturales, sociales, políticos, económicos y por aspectos subjetivos como las motivaciones, intereses, personalidad y comportamiento de las personas involucradas. Las condiciones existen y pueden ser objetivadas, detalladas, descritas, narradas y relacionadas, pero las prácticas y experiencias sociales no son sólo fenómenos reales; los sujetos adquieren conocimientos a partir de la reflexión de sus propias prácticas y pueden o no dar cuenta de ellas dependiendo de sus niveles de conciencia; por otro lado, desde una perspectiva crítica, sistémica e histórica, las acciones y saberes inciden en las condiciones, estructuras e

instituciones. La sistematización entonces da cuenta de las dinámicas estructurales y emergentes de toda acción social.

1.11 Paradigma de la intervención temprana

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

- Dr. T. Barry Brazelton, Centro Médico del Hospital de Niños, Boston, Massachusetts
(citado en: Fundación Bernard Van Leer 1994, p. 13)

Doce de cada trece lactantes sobreviven actualmente al primer año de vida, lo cual indica que el número de niños del mundo en desarrollo (donde viven cuatro quintas partes del total mundial de niños) va en aumento (Myers 1995). Hasta hace poco, debido a las alarmantes tasas de mortalidad infantil, los países pobres se vieron obligados a concentrar sus exiguos recursos en asegurar la supervivencia de sus niños y tuvieron que dejar de lado el problema menos inmediato sobre cómo mejorar sus perspectivas para el futuro.

Por lo tanto, en los países en desarrollo se estima que actualmente sólo 1% de las madres obtienen ayuda más allá de lo que reciben de su familia y amistades para la crianza de sus bebés; al sur del Sahara, sólo 1% de los niños están aptos para ser matriculados en programas preescolares; y en otros países en desarrollo ni siquiera alcanzaron una cobertura preescolar de 25 a 30%. En contraste, 80% de los niños de tres años en Bélgica, Dinamarca, Francia e Italia están matriculados en cunas para recién nacidos o centros preescolares (Bennett 1993).

Al mismo tiempo, cada vez es mayor el número de mujeres que ingresan a la fuerza laboral y cada vez son más los hogares encabezados por mujeres solas. Este cambio demográfico se está registrando desde Europa oriental a América Latina y desde África a los Estados Unidos. En los casos en que ambos padres trabajan o si hay sólo un soporte para el niño y éste trabaja, el acceso a un programa de atención infantil y de alta calidad se convierte en una necesidad tanto económica como social.

A la fecha, existe documentación válida que demuestra que los programas integrados de desarrollo infantil pueden hacer mucho para prevenir la malnutrición, el retraso en el desarrollo cognitivo y la preparación insuficiente para la escolaridad. Treinta años de investigación han revelado que los programas mencionados pueden mejorar el desempeño escolar primario y hasta secundario del niño, aumentar sus perspectivas de productividad y de ingresos futuros y reducir la probabilidad de que se convierta en una carga social y de salud pública y presupuestaria. Las intervenciones durante la primera infancia también pueden mejorar la condición de la madre en el hogar y la comunidad, ayudar a reducir la inequidad por razón de sexo, aumentar la participación de la mujer en la fuerza laboral y mejorar la participación de la comunidad en los esfuerzos de desarrollo.

¿Qué determina la bondad de un programa de desarrollo del niño en su primera infancia? Un requisito básico es mantener a los niños saludables y seguros. En las áreas de estimulación mental y educación, todavía nos queda mucho por aprender.

Durante un cuarto de siglo de investigación preescolar en los Estados Unidos se han identificado varias características comunes a los programas en centros preescolares que han tenido éxito. No obstante, algunas de estas características —como la razón de requerir dos adultos para un grupo de veinte niños —demanda ingentes recursos y no se pueden reproducir en los países en desarrollo. (En Kenya, por ejemplo, esa razón se acerca más a

1:70 que a 1:10.) Pero tanto la investigación como la experiencia nos han enseñado que muchos principios de la educación temprana son universales. La idea de los juegos de exploración como la mejor herramienta didáctica, por ejemplo, tiene la misma utilidad para las madres que cuidan a sus propios niños, la de sus vecinos cuidándolos en sus casas o para los maestros remunerados en centros infantiles.

1.11.1 Bases Científicas

Los efectos del cuidado de salud, la nutrición y el estímulo mental en el crecimiento intelectual y emocional del niño —reflejado en su capacidad de vencer actividades cada vez más complejas— y su crecimiento físico son sinérgicos y no pueden dividirse en categorías separadas. Por ende, los programas integrados procuran abordar todas las necesidades básicas del niño. Además de los alimentos, la protección y la atención de salud, los programas de cuidados infantiles también deben proporcionar afecto, estímulo intelectual, interacción humana en un ambiente de apoyo, oportunidades y actividades que promuevan el aprendizaje.

Los estudios realizados en Estados Unidos durante los años sesenta hasta mediados de la década de los 70's confirmaron que la intervención en los primeros años de vida tiene efectos positivos duraderos. Habiendo resuelto la pregunta básica de la eficacia a largo plazo, una segunda corriente de estudios quedó en libertad de investigar los efectos producidos por diferentes modelos de programas. La investigación actual en este campo procura aprovechar resultados a fin de identificar con mayor precisión qué es lo que determina la eficacia de los programas en pequeña escala y cómo crear formas para ampliarlos a escala nacional (Mitchell, Weiss y Schultz 1992).

Los primeros años son cruciales. Las investigaciones médicas y educacionales han demostrado que el crecimiento mental —o sea, el desarrollo de la inteligencia, la

personalidad y el comportamiento social—ocurre más rápidamente en los seres humanos durante la primera infancia. Se calcula, en realidad, que la mitad del potencial de desarrollo intelectual queda establecido a la edad de cuatro años (Bloom 1964). También se sabe ahora que el cerebro responde en mayor grado a las experiencias muy tempranas y que la investigación del cerebro ha documentado el efecto del ambiente sobre la función cerebral. Debido a la importancia de los primeros años, la intervención, inclusive en el jardín de infancia, puede ser demasiado tarde para ayudar a desarrollar la capacidad del niño pequeño. Por contraste, la eficacia de los programas de calidad para activar el desarrollo del niño en la primera infancia en términos de su desarrollo mental, emocional y físico ha sido documentada por treinta años de investigaciones.

Según el Informe del Comité de la Carnegie sobre la satisfacción de las necesidades de los niños pequeños (1994):

- El desarrollo del cerebro antes del primer año de vida es más rápido y extenso de lo que antes se conocía. Aunque la formación de células está prácticamente completa antes del nacimiento, la maduración cerebral continúa después del mismo.
- El desarrollo del cerebro es mucho más vulnerable a la influencia del ambiente de lo que se sospechaba. La nutrición inadecuada antes del nacimiento y en los primeros años de vida puede dificultar seriamente su desarrollo y ocasionar trastornos neurológicos y conductuales como discapacidades del aprendizaje y retraso mental.
- La influencia que ejerce el ambiente de los primeros años en el desarrollo del cerebro es perdurable. Hay pruebas considerables que indican que los lactantes expuestos a buena nutrición, juguetes y compañeros de juego tenían una mejor función cerebral cuantificable a los doce años que los criados en un ambiente menos estimulante.

- El ambiente afecta no sólo el número de (células cerebrales) neuronas y el número de conexiones entre las mismas, sino también la forma en que éstas se afirman o "cablean". El proceso de eliminación del exceso de neuronas y sinapsis del cerebro denso e inmaduro, que continúa ya avanzada la adolescencia, es más notable en los primeros años de vida, y se guía en gran medida por la experiencia sensorial que tiene el niño del mundo exterior.

- El estrés en la primera infancia puede afectar la función cerebral, el aprendizaje y la memoria, en forma negativa y permanente. Las nuevas investigaciones aportan una base científica para el hecho reconocido desde hace tiempo de que los niños que presentan excesivo estrés en sus primeros años están en mayor riesgo de desarrollar dificultades cognitivas, conductuales y emocionales en etapas posteriores de su vida.

- Ayudar a los padres a satisfacer las necesidades de cambio del desarrollo de sus niños. Cuanto más joven es el niño, más difícil es identificar con precisión qué factores fisiológicos y psicológicos dominan su salud y sus necesidades; en este sentido, cambian a medida que pasan de ser lactantes a niños pequeños y de preescolares a niños de escuela primaria.

- A medida que el bebé se convierte en un niño pequeño, por ejemplo, es sumamente importante proporcionarle un ambiente seguro y limpio, además de alimentos adecuados. La alimentación es un proceso interactivo además de físico, y es que, una necesidad tan directa como la nutrición tiene también aspectos psicológicos. Se ha demostrado que la falta de contacto y afecto adecuado retrasa el crecimiento del niño, tanto como la falta de alimentos adecuados.

- Los padres, especialmente los jóvenes o inexpertos, suelen desconocer las necesidades fundamentales de un niño pequeño y las muchas formas simples de satisfacerlas. En muchos casos reciben sus primeras lecciones para la atención constructiva del niño por medio de los programas de desarrollo para la primera infancia.

- Por lo mismo, sólo con la participación dedicada de los padres pueden tener éxito dichos programas. Tanto los estudios como la experiencia de campo han revelado que la participación de los padres en los programas preescolares, por ejemplo, produce mejores niveles de matrícula escolar y mejores tasas de asistencia en general. No es sorprendente, por lo tanto, en muchos casos que el grupo objetivo de los programas sean tanto padres, como los lactantes —como sucede en Colombia en el Programa de Mejoramiento de la Educación, la Salud, y el Ambiente (Promesa) y en Haryana, India— donde las tasas de deserción han descendido extraordinariamente. La participación de los padres parece ser esencial, además, de sostener las conquistas de las intervenciones preescolares.

El Estudio Abecedarian en Estados Unidos —repetido en el Proyecto CARE y en el Programa de Salud y Desarrollo del Niño —determinó en forma sistemática que los niños pequeños más vulnerables fueron también los más afectados positivamente por la intervención temprana de alta calidad.

El Programa de Salud y Desarrollo del Niño fue un ensayo aleatorio y controlado de ocho locales sobre la eficacia de las técnicas de educación elaboradas en los segmentos preescolares de los experimentos de Abecedarian y CARE. La mayoría de los 985 lactantes de bajo peso al nacer que participaron eran hijos de madres desfavorecidas social y económicamente. Con el programa, la intervención intensiva en la primera infancia demostró prevenir el retraso en el desarrollo. Cuando se comparaba con los controles aleatorios, la incidencia del retraso mental (o sea, de los cocientes de inteligencia que medían menos de 70) fue reducida por un factor promedio de 2,7 (Ramey y otros 1990). El programa de estimulación se inició a la edad de tres meses, mientras que en otros programas comenzó alrededor de los tres años (Campbell y Ramey 1994).

Estudios similares en Asia, Medio Oriente y América Latina confirmaron que la intervención temprana puede aumentar la disposición para ir a la escuela, promover niveles de matrícula oportunos, reducir las tasas de repetición y deserción y mejorar las aptitudes académicas. El examen de R. G. Myers (1995) de diecinueve evaluaciones longitudinales del efecto de la intervención temprana en América Latina determinó que los niños participantes tenían mucho menos probabilidad de repetir los grados en la escuela primaria. Los siguientes beneficios han estado vinculados sólidamente a las intervenciones integradas en la primera infancia:

- Mejor nutrición y salud. Al proporcionar el estímulo psicosocial, los programas de desarrollo para la primera infancia pueden mejorar la eficacia de la atención sanitaria y las iniciativas nutricionales. También pueden ayudar a asegurar que los niños reciban atención de salud. Los niños que participan en el Proyecto Comunitario de Atención y Nutrición del Niño en Colombia, y los Proyectos Integrados de Desarrollo del Niño en Bolivia, por ejemplo, están obligados a completar sus inmunizaciones dentro de los seis meses de la fecha de ingreso. Los programas también pueden vigilar el crecimiento y brindar suplementos alimentarios y micronutrientes, además de ayudar los esfuerzos de salud pública como son las inmunizaciones masivas.

- Mayor inteligencia. Los niños que participaron en las intervenciones en la primera infancia con el primer Programa de Visitas a Domicilio de Jamaica, el proyecto de Cali en Colombia, el Programa No Formal de Educación Inicial (Pronoei) de Perú y el Proyecto de Enriquecimiento en la Primera Infancia, de Turquía, sacaron mejor puntuación, en promedio, en las pruebas de aptitud intelectual frente a los niños que no participaron.

- Mayor nivel de matrícula. El programa Promesa de Colombia obtuvo tasas de matrícula significativamente mayores entre los niños del programa que entre los que no participaron.
- Menos repetición. Los niños que asistieron a un programa durante su primera infancia repitieron menos grados y avanzaron más en la escuela que los que no participaron en circunstancias similares. Los niños del estudio de Promesa, en Colombia, el estudio de Alagoas y Fortaleza en el noreste de Brasil y el estudio de Argentina registraron en total, en promedio, tasas bajas de repetición.
- Menos deserciones. Las tasas de deserción fueron bajas para los niños del programa en tres de cuatro estudios. En el programa Dalmau de India —el único estudio en que se midió la asistencia— la asistencia aumentó 16% para los niños del programa entre seis y ocho años. En el proyecto Promesa de Colombia, las tasas de matrícula de tercer grado subieron en 100%, reflejando menores tasas de deserción y repetición. Además, 60% de los niños del programa llegaron a cuarto grado, comparado con sólo 30% del grupo de control.

Ayuda para los desfavorecidos. Son cada vez más las pruebas que indican que las intervenciones en la primera infancia benefician en particular a los pobres y los desfavorecidos. En el proyecto Haryana de India, por ejemplo, las tasas de deserción no experimentaron cambios significativos para los niños de la clase más alta, pero se redujeron notablemente en 46% para la clase baja y un asombroso 80% para la clase media (Chaturvedi y de otros 1987). El estudio de Jamaica demuestra inequívocamente que la administración de suplementos nutricionales para los niños desnutridos —quienes tienen mayor probabilidad de pertenecer a familias desfavorecidas— mejora el desarrollo mental (Grantham-McGregor y otros 1991). Un programa en Argentina fue especialmente exitoso en reducir las edades en que se matriculan los grupos rurales y de bajos ingresos, mientras que en los programas de la

India y Guatemala la edad de matrícula sólo descendió significativamente para otro grupo tradicionalmente desfavorecido: las niñas (Myers 1995).

Las niñas obtienen considerable beneficio de las intervenciones durante la primera infancia, ya que la barrera de la desigualdad por razón de género les afecta con frecuencia, incluso antes de ingresar a la escuela. En muchos países africanos, un número de niñas menor a la mitad de los varones se matricula en la escuela primaria. Los estudios de diversas culturas revelan que las niñas que participan en programas durante la primera infancia están mejor preparadas y tienen más probabilidad de asistir a la escuela. Existen casos en que el éxito de las niñas en la escuela cambia las expectativas de los padres hacia ellas y les permite continuar su educación (Myers 1995).

Lograr equidad educativa entre los sexos se considera actualmente aconsejable tanto económica como éticamente. Las mujeres educadas tienen menos niños y los cuidan mejor. El nivel de escolaridad de la madre es el mejor factor pronóstico del crecimiento cognitivo del niño, su salud y los resultados reproductivos en el ingreso de la familia, la ocupación del jefe de la familia u otras variables domésticas (Myers 1995).

Las intervenciones durante la primera infancia orientadas a las niñas reducen la fecundidad materna y las tasas de mortalidad de lactantes y niños pequeños. Aumentar el nivel de matrícula escolar de las niñas, ofrece por ende a los países en desarrollo una manera eficaz, en función de los costos, de mejorar la esperanza de vida, la salud y el control de fecundidad (LeVine y otros 1994).

La inversión en la educación asociada con la estimulación en la primera infancia y la aptitud motora y sensorial produce una tasa de rendimiento mucho mayor que equivale a la inversión en la educación secundaria o superior (Psacharopoulos 1986). En el programa

preescolar Perry de High/Scope iniciado en 1962, por ejemplo, se calculó que una inversión de US\$1.00 producía US\$7.16 en ahorros en educación primaria y en gastos de asistencia pública, combinados con ganancias en la productividad (Schweinhart, Barnes y Weikart 1993). Esa proporción de costo/beneficio puede sobrestimarse si se aplica a los países en desarrollo, porque incluye resultados medidos por los beneficios (tales como menores gastos de asistencia pública) que no existen en los países en desarrollo.

1.11.2 Estimulación Temprana

El crecimiento del bebé y del niño es un mundo frágil y fascinante. Frágil porque los humanos requerimos para nuestro desarrollo de muchos cuidados médicos, de alimentación, estímulos adecuados y de un entorno estable, lleno de afecto. Fascinante porque cada ser encierra capacidades que se perfeccionan con el tiempo y que asombran por inesperadas. La estimulación temprana, también llamada aprendizaje oportuno, ha evolucionado a través de los años, y lo ha hecho a la par del avance de la filosofía, la pedagogía, la psicología y las neurociencias. Hoy sabemos que el feto tiene desarrollada su memoria y los sentidos de la vista, el tacto y la audición. Que el recién nacido tiene rasgos temperamentales y que discrimina y muestra preferencias por ciertos estímulos visuales y auditivos. Que en los primeros cinco años se forman el 90% de las conexiones sinápticas. Y que los programas de estimulación temprana tienen efectos favorables a corto y largo plazo, siendo claramente evidentes sus beneficios durante la vida adulta (Centro de estimulación temprana mundo yo soy, 2012).

Gracias a estos y otros conocimientos sobre el desarrollo humano, al avance de la tecnología y a los cambios sociales y culturales es que el paradigma del infante ha evolucionado aceleradamente en los últimos años: de una concepción de un niño- adulto que reacciona ante estímulos y cuya personalidad e inteligencia se construye sobre la base de

experiencias externas, al de un niño-niño capaz de modificar su entorno y que es el centro de la construcción de sus propias experiencias y de su aprendizaje.

Estamos frente a un ser en desarrollo más capaz de lo que muchos maestros, padres y madres de familia se imaginan, un ser potenciado por los estímulos hogareños y la experiencia preescolar y en muchos aspectos, intelectualmente precoz a sus pares de generaciones anteriores (Centro de estimulación temprana mundo yo soy, 2012).

Ante este escenario la estimulación temprana constituye una herramienta válida para favorecer en los niños el desarrollo armónico de sus potencialidades, el descubrimiento de sí mismos y el mundo que los rodea, así como también su adaptación al cambiante mundo social y tecnológico (Centro de estimulación temprana mundo yo soy, 2012).

1.11.2.1 ¿Qué es la estimulación temprana?

Es una ciencia basada principalmente en las neurociencias, en la pedagogía y en las psicologías cognitiva y evolutiva, que se implementan mediante programas contruidos con la finalidad de favorecer el desarrollo integral del niño. La estimulación temprana hace uso de experiencias significativas en las que intervienen los sentidos, la percepción y el gozo de la exploración, el descubrimiento, el autocontrol, el juego y la expresión artística. Su finalidad es desarrollar la inteligencia, pero sin dejar de reconocer la importancia de unos vínculos afectivos sólidos y una personalidad segura. Un aspecto que destacar es que, al menos en la mayoría de las propuestas de estimulación temprana, el niño es quien genera, modifica, demanda y construye sus experiencias, de acuerdo con sus intereses y necesidades (Centro de estimulación temprana mundo yo soy, 2012).

1.11.2.1.1 Áreas de desarrollo:

a) Motricidad gruesa:

Se define motricidad gruesa como la habilidad que el niño va adquiriendo, para mover armoniosamente los músculos de su cuerpo, y mantener el equilibrio, además de adquirir agilidad, fuerza y velocidad en sus movimientos. El ritmo de evolución varía de un sujeto a otro (pero siempre entre unos parámetros), de acuerdo con la madurez del sistema nervioso, su carga genética, su temperamento básico y la estimulación ambiental. Este desarrollo va en dirección cefalocaudal es decir primero cuello, continúa con el tronco, sigue con la cadera y termina con las piernas

b) Motricidad fina

La coordinación motora fina es toda aquella acción que compromete el uso de las partes finas del cuerpo: manos, pies y dedos. Se refiere más a las destrezas que se tienen con dichas partes en forma individual o entre ellas, por ejemplo, recoger semillas con los dedos de la mano o pañuelos con los dedos de los pies.

La coordinación viso motriz es parte de la motricidad fina, pero aquí, además de la destreza con las partes finas del cuerpo implica la coordinación de éstas con la vista.

Algo muy importante que los padres deben tener en cuenta es que el desarrollo de la motricidad fina no empieza desde los 3 años, sino desde el nacimiento, porque el bebé puede coger un objeto con toda su mano por un acto reflejo. Posteriormente deja este reflejo para coger objetos deliberadamente, pues va dominando y coordinando sus propios movimientos, cada vez con mayor precisión.

c) Lenguaje

Desde los primeros meses de vida los padres deben estimular a los niños por medio de aprobaciones como las sonrisas, ruidos que a los niños les gusten y motivarlos a producir con su propia lengua y labios, vocalizaciones e imitación de sonidos producidos por los adultos y las cosas que los rodeen.

Por medio del juego se puede realizar la estimulación del lenguaje en los niños, debe saber que el juego y el lenguaje van siempre de la mano, pues cada vez que los niños están jugando reproducen sonidos y se habla constantemente.

Cuando los niños ya tienen un poco de su lenguaje desarrollado comienzan a jugar con el lenguaje, por ejemplo, deforman los sonidos, hablan con los labios juntos o con la boca abierta, dicen palabras al revés y demás, todo ello está aportando a la estimulación y la adquisición del lenguaje oral.

d) Socioemocional

El desarrollo socioemocional del niño comienza desde sus primeros días de vida y de este va a depender su relación con el exterior y otras personas; por eso es recomendable ejercer una estimulación adecuada. Una vez que el bebé nace, comienza a experimentar una serie de cambios a nivel biológico que necesitará reconocer y a los cuales tendrá que adaptarse.

Para lograr que el niño supere sus primeros retos, es importante que sus padres y familiares le ayuden en su proceso de adaptación. Cada situación nueva le exige al bebé una respuesta biológica y emocional, lo que le permite relacionarse con la existencia que lo rodea y las personas que la conforman, a esto se le conoce como desarrollo socioemocional.

Este desarrollo se basa en las experiencias que gradualmente van apareciendo en la vida del infante, por eso es necesario que hagamos nuestro trabajo de estímulo en todas las situaciones de su vida temprana. Estos primeros estímulos se enfocan a conectarlo con sus propias emociones y son precursores de su personalidad.

e) Sensorial

Cuando hablamos de estimulación sensorial hacemos referencia a la entrada de información del entorno al sistema nervioso a través de los sentidos para elaborar sensaciones y percepciones. Esto constituye el primer elemento sobre el que se construye cualquier aprendizaje, ya que supone la primera etapa del desarrollo de las funciones cognitivas básicas (atención, memoria) y permite el desarrollo de las funciones cognitivas superiores (resolución de problemas, razonamiento, lenguaje y creatividad).

La adquisición o captación de estímulos es el inicio del proceso de memoria, donde la atención y percepción juegan el papel principal. Posteriormente, la información almacenada se utilizará para operar y razonar.

Gracias a los sentidos, y explorando el entorno mediante el movimiento (acción y experimentación), se produce el proceso de asimilación y acomodación, que permite la construcción de aprendizajes y la comprensión del mundo que nos rodea. Este proceso tiene lugar de forma natural en todas las personas desde el nacimiento.

Si nuestra actuación se dirige a favorecer el desarrollo sensorial, no sólo estaremos ampliando el bagaje de estímulos recibidos, sino que estaremos facilitando la interacción con el entorno y el mundo cognitivo. La riqueza de estímulos sensoriales beneficia el desarrollo del pensamiento, la inteligencia y el lenguaje.

En definitiva, podríamos decir que la estimulación sensorial persigue un doble objetivo: fomentar el máximo desarrollo de las capacidades sensoriales y potenciar el desarrollo cognitivo a través de una buena educación sensorial.

f) Cognitiva

La estimulación cognitiva comprende todas aquellas actividades que puedan estimular, desarrollar, mejorar y mantener las capacidades cognitivas (la atención, la memoria, la concentración, el lenguaje, el cálculo y el razonamiento). Éstas nos permiten llevar a cabo actividades tales como reconocer a las personas que nos rodean, imaginar lo que voy a hacer mañana, o recordar lo que hice el día anterior.

Cada vez se escucha más hablar de estimulación cognitiva, y de su importancia, porque permite mejorar la calidad de vida de la persona sin importar su edad. ¿Cómo? Mejorando las capacidades cognitivas se potencia la autonomía del individuo y su interacción con el entorno. Y todo ello mejora la autoestima de la persona, ya que disminuye la ansiedad y la confusión.

1.11.3 Apego

El término apego se refiere al vínculo afectivo que se desarrolla entre el niño y quien lo atiende o cuida. Todo niño nace con una motivación intrínseca que lo lleva a ligarse a su cuidador. Esto es producto de la evolución del ser humano como especie: apegándose aumenta sus posibilidades de supervivencia. Sin embargo, la capacidad de apego no está plenamente desarrollada al nacer. Se irá desarrollando de manera paulatina. Se puede distinguir cuatro fases.

En la primera fase (0-3 meses) el niño envía señales desde el nacimiento: ríe, llora o se expresa con los ojos, pero de manera indiferenciada, es decir, sus señales aún no están dirigidas a una persona específica. En la siguiente fase (4 a 6 meses) el bebé ya comienza a reaccionar positivamente a determinadas personas sin que esa preferencia sea del todo clara y su cuidador puede ser intercambiable. En la tercera fase (6 a 8 meses) el bebé muestra ya, mediante señales y movimientos una notoria preferencia por una persona específica. Esto es observable, por ejemplo, en la gran ansiedad de separación que surge cuando la persona cuidadora se retira. A partir de los doce meses, aproximadamente, las conductas de apego ya son claramente observables y puede determinarse la calidad de apego en relación con dicha persona. A partir de ese momento puede decirse que ya existe realmente el apego. Finalmente, en la cuarta fase (a partir de los dos años) el niño estará capacidad de ponerse en el lugar de la persona con quien ha desarrollado ese vínculo. Podrá tenerla en cuenta al idear sus propias actividades: en otras palabras, el niño podrá redefinir sus objetivos en función del reconocimiento del vínculo con esa persona.

El apego surge entonces durante el primer año de vida y es observable en la conducta del niño a partir de los 12 o 15 meses. Esta conducta de apego del niño en relación con una específica figura de apegase insertará en lo que se ha denominado un modelo interno activo o modelo representacional, noción que indica cómo el niño percibe, de modo particular, su entorno y sus figuras de apego.

La conducta de apego del niño siempre estará en función de una persona específica; hay pues dos actores en juego: el niño y su cuidador.

Es fundamental que la persona que lo cuida pueda brindar una base segura al niño, es decir, que sea capaz de estar disponible para el niño y poder intervenir en caso sea necesario.

En la conducta del niño se pueden distinguir dos polos. Por un lado, la búsqueda de cercanía a manera de refugio con el cuidador, generalmente esto ocurre cuando el niño entra en estrés, está aburrido o quiere compartir algo bueno. El otro polo está relacionado con la exploración del mundo que lo rodea cuando se siente tranquilo y el cuidador actúa como base segura para que el niño pueda partir. Cuando existe un balance entre ambos polos, se puede hablar de un apego seguro. La teoría del apego utiliza la letra B para denominar esta situación.

El niño que cuenta con un apego seguro hacia su cuidador buscará espontáneamente protección y refugio en él en momentos de dificultad. Y si encuentra en él protección adecuada, podrá salir después nuevamente a explorar el entorno. En situaciones de relax, cuando el niño se siente cómodo, podrá también buscar por momentos la cercanía del cuidador ya sea para compartir algún descubrimiento, o para recibir recarga emocional y retomar luego su exploración.

Cuando hay desbalance entre ambos polos. El niño tendrá lo que se ha denominado un apego inseguro. En este se distinguen tres tipos: evitativo, ambivalente y desorganizado. En la literatura sobre apego se les conoce como A, C y D.

El niño que tiene apego evitativo hacia su cuidador (A) se inclina marcadamente hacia el polo de exploración. Toda su atención estará dirigida hacia el entorno: el niño sale a reconocer por sí mismo el mundo que lo rodea y evitará claramente el contacto con su cuidador. Al separarse del cuidador, el niño mostrará poco o ningún signo externo de estrés, pero cuando el cuidador se acerque, el niño no buscará el encuentro sino más bien se mantendrá a distancia. El niño, con su comportamiento, da la impresión de no necesitar de su cuidador.

Por el contrario, en el niño con apego ambivalente, prevalecerá exageradamente el polo de “búsqueda de cercanía”. El niño se mostrará excesivamente aferrado a la figura de apego y dará poca o ninguna atención al entorno circundante. Ante la separación este niño será inconsolable, pero al retorno del cuidador no logrará tranquilizarlo. El niño presentará conductas contradictorias hacia él: su búsqueda de cercanía estará mezclada con explosiones de rabia o pasividad extrema. El niño permanecerá absolutamente ofuscado y no iniciará ningún tipo de exploración.

El niño con una conducta de apego desorganizado (D) no presenta ninguna estrategia definida respecto al cuidador. No sólo no se observará balance alguno entre “búsqueda de cercanía” y “exploración”, sino que no se podrá reconocer ninguna preferencia clara por alguno de los dos polos. Su comportamiento en presencia del cuidador tendrá momentos de caos. Sentirá al cuidador muy temeroso o atemorizante. Su conducta no tendrá un objetivo, intención o sentido definido. El niño presentará, por ejemplo, movimientos o expresiones incompletas y sin continuidad. Sin motivo alguno parecerá congelado o demorará sus movimientos. También se podrá observar posturas estereotipadas, asimétricas, expresiones faciales de miedo o estupor, cambios afectivos repentinos sin motivo aparente e inesperados traspies en la cercanía del cuidador. Todos estos cambios bruscos y momentáneos de comportamiento confuso son expresión de la angustia en la que se encuentra el niño tanto en la cercanía del cuidador como en la del entorno.

1.11.4 Factores protectores

A lo largo de nuestra vida el apego maternal temprano, la construcción de vínculos seguros y la estimulación inicial en el plano afectivo y sensomotora influirá significativamente sobre la probabilidad de desarrollar nuestro potencial humano a lo largo de la vida, dado que un desarrollo infantil en buenas condiciones y en entornos socioafectivos

protegidos, pueden augurar una vida adulta saludable. Las investigaciones nos han demostrado que en los primeros años de la vida el impacto de los factores de riesgo y de los factores protectores del desarrollo, pueden hacer la diferencia entre una vida plena y una trayectoria vital limitada. En tal sentido, se hace necesario generar instrumentos específicos de apoyo y acompañamiento a las familias, las personas responsables del cuidado y atención de la primera infancia, así como a la comunidad en su conjunto, tanto para proveer a los niños y niñas de las condiciones que necesitan para crecer y desarrollarse, como para aportar a sus cuidadores las pautas y modelos que les permitan fortalecer su desarrollo integral. Pero ¿qué necesita una familia para cumplir eficazmente con su rol? Desde el punto de vista de las condiciones básicas de bienestar, requiere de una base material mínima sobre la cual sus integrantes puedan cumplir las funciones que les corresponden, cada cual en su rol y de acuerdo con la etapa del ciclo de vida en que se encuentre. Asimismo, se requiere de competencias que permitan generar capacidad para:

- Tomar buenas decisiones,
- Construir vínculos saludables y seguros,
- Establecer límites,
- Motivar,
- Cuidar y, sobre todo, para
- Fortalecer afectivamente el desarrollo biológico, afectivo, social y cognitivo de los niños y niñas a su cargo.

Esta tarea demanda la concurrencia de profesionales y personal entrenado para acompañar y preparar a los padres y madres quienes, asumiendo el rol de cuidadores principales de los niños, requieren orientación y recursos para cumplir con ese propósito.

En la medida que los niños y las niñas son el eje de toda propuesta educativa, evaluar las competencias parentales de los adultos responsables de su crianza, es una forma de recopilar la información necesaria para decidir cuál es el mejor contexto familiar para garantizar los buenos tratos a los que ellos y ellas tienen derecho. Una parentalidad adecuada garantizará el bienestar, la salud y el desarrollo sano de los niños y de las niñas y es una garantía de aplicación real de la Convención Internacional de los derechos de los niños y las niñas, al procurar que tengan el máximo de oportunidades para desarrollarse sanamente, por lo que es importante conocer qué es lo que se transforma en este proceso.

Y en este orden de ideas, el cerebro es definitivamente la parte del organismo que permite que los seres humanos seamos capaces de sentir, movernos, aprender, memorizar, pensar, hablar, amar, vivir en pareja, cuidar a los hijos, tener conciencia de nosotros mismos y de lo que nos rodea, planificar el futuro y reflexionar éticamente. Pero al mismo tiempo, es la parte del cuerpo responsable que algunas personas roben, agredan a otras, engañen, maltraten a los hijos o a su pareja. Es en este órgano complejo, poderoso, pero sumamente dependiente de los entornos humanos para su desarrollo y conservación, que se desarrollan nuestras habilidades y capacidades para la vida.

Entre otras, el conjunto de comportamientos que permiten las competencias parentales que nos permiten ser capaces de cuidar, criar, proteger, educar y socializar a los hijos e hijas como una de las funciones más fundamentalmente humana que existe. En las últimas dos décadas, las investigaciones sobre la organización, el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso, han demostrado que: • los cuidados, las caricias, contacto físico y los

buenos tratos que los adultos dedican a sus hijos e hijas, juegan un papel fundamental en la maduración y el desarrollo del cerebro, impactando decididamente en su funcionamiento. A esta temprana edad, esta influencia es responsable de configurar un cerebro sano con capacidad para responder a todos los retos de los primeros años de la vida y, más adelante, a los de una vida adulta, siendo uno de ellos ejercer una parentalidad adecuada y competente. Estos factores provenientes del entorno permiten no sólo la maduración neuronal, sino el desarrollo de sus dendritas y axones, con lo que establecerán contactos o sinapsis con otras neuronas para ir configurando las diferentes áreas del cerebro responsables de su óptimo funcionamiento.

- Resulta de suma importancia mecer a un bebé como estímulo para la maduración cerebral. Esta acción comienza cuando el bebé está en el útero y continúa con el mecimiento de los recién nacidos y los lactantes. Constituye una acción fundamental para el correcto desarrollo del cerebro, en especial del cerebelo. Este último es el que modula la producción de dos neurotransmisores: la noradrenalina y la dopamina, las mismas que se encuentran anormalmente aumentadas en los niños abandonados carentes de afecto y de cuidados, que pueden explicar la hiperactividad, los comportamientos violentos que estos niños y niñas presentan, las adicciones futuras y los comportamientos delictuales en la adolescencia y en la adultez.

- La ausencia de contacto y la falta de cuidados hacen que el cerebro produzca más adrenalina, lo que también predispone a comportamientos más impulsivos y agresivos. En la medida que muchos de estos niños y niñas, futuros padres o madres crecen en contextos familiares violentos, sus propios comportamientos agresivos les facilitan “la adaptación” al entorno, por lo que se puede concluir que “mientras menos cuidados y protegidos estén los niños y las niñas, más agresivos tendrán que ser para sobrevivir.”

- A pesar del daño provocado en los hijos por las incompetencias de sus progenitores, el cerebro infantil tiene una plasticidad estructural, por lo que nuevas experiencias de cuidado, protección y educación, pueden estimular la emergencia de nuevos circuitos cerebrales y recuperar así funciones dañadas o perdidas. Esto es factible si existe por lo menos una persona que los trate con amor y respeto incondicional. Al momento de nacer nuestro sistema nervioso aún está madurando, por ello necesitamos que nuestras madres y padres se ocupen de nosotros por largos periodos. Somos, pues, dependientes de las atenciones de cuidado y protección para poder sobrevivir, crecer y desarrollarnos.

A medida que las interconexiones se van instalando, bajo la influencia del entorno, las diversas ramificaciones se irán recubriendo de una sustancia llamada mielina, capa aislante que recubre las prolongaciones neuronales. Esta sustancia, es responsable de asegurar la calidad de la transmisión nerviosa y, en resumen, la posibilidad de realizar funciones cada vez más complejas.

El proceso descrito se conoce como autoorganización cerebral y es lo que permitirá a los niños la integración de diferentes modos de procesamiento de la información resultado de las experiencias positivas o negativas que se derivan de las relaciones interpersonales con sus padres y demás miembros de su familia. El motor de este proceso de autoorganización del cerebro lo constituyen las competencias de los padres y madres. Es por eso por lo que se tiene que considerar la desnutrición y la negligencia afectiva y educativa como una de las peores formas de maltrato a los niños y las niñas (J. Barudy, 1997). Las investigaciones en modelos animales (N. R. Rygaard, 2005, hace referencia a los trabajos de Reide,1979) nos demuestran que el elemento más destructivo, para la maduración precoz del sistema nervioso central, es la ausencia de estimulación táctil, dado que producen una perturbación crónica de los ritmos cerebrales y de otras funciones del cerebro, además de respiración anormal, trastornos del

sueño, ritmos cardíacos anormales, y todo esto aún continúa, a pesar de recuperar la presencia de la madre y parecer tranquilizarse. Por tanto:

1. El maltrato sufrido a una edad temprana puede tener efectos negativos duraderos en el desarrollo y las funciones del cerebro infantil, sobre todo cuando el sistema social no ofrece a los niños y niñas la protección necesaria, acompañada de programas terapéuticos destinados a la rehabilitación parental y/o a la reparación del daño sufrido en esta etapa de la vida, la misma que no es segura. Esto no es un determinismo absoluto, pues una protección adecuada y el apoyo de la resiliencia infantil pueden en muchos casos cambiar el curso de estas historias.

2. Las bases fundamentales de los comportamientos constructivos de los niños y niñas y más tarde de los adolescentes y adultos, consigo mismos y con los demás —incluidos la conyugalidad y la parentalidad— se adquieren también a través de las relaciones bien tratantes con, por lo menos un cuidador competente, que en la mayoría de los casos, se trata de la madre o de una substituta maternal, aunque todas las investigaciones muestran que los hombres poseen todos los recursos biológicos para hacerlo también, por lo que se necesita un cambio de patrones culturales para promover esta participación. El gran desafío para las sociedades humanas será la integración de estos nuevos conocimientos, en la comprensión de la naturaleza humana y de los diferentes comportamientos que las personas producen. Cuando esto ocurra, la mayoría de los seres humanos podrá compartir con nosotros que, en el origen de todos los comportamientos humanos, está presente la forma en que el niño o niña, que se transformará en adulto, han sido bien o maltratados en sus familias y sus sistemas sociales, tales como la escuela, su ciudad, la sociedad en general. Lejos de querer culpabilizar a los padres, se trata de que asuman su responsabilidad de cómo crían a sus hijos, aunque esté mediado por sus propias historias infantiles.

Evaluar sus competencias es una manera de establecer de qué manera la forma que tratan a sus hijos está modelando el desarrollo de su cerebro y consecuentemente de sus habilidades para la vida, con el fin de adquirir las competencias y habilidades que sus experiencias anteriores no permitieron. Competencias Parentales En palabras de Maryorie Dantagnan y Jorge Barudy (2007), las competencias parentales corresponden a la definición de las capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, asegurándoles un desarrollo sano, aunque pueden ser asumidas por adultos significativos aun cuando no sean progenitores de los niños. En función de facilitar la comprensión de las competencias parentales a continuación presentamos una breve descripción de sus principales componentes las capacidades parentales.

Las capacidades parentales se conforman a partir de la articulación de factores biológicos y hereditarios y su interacción con las experiencias vitales y el contexto sociocultural de desarrollo de los progenitores o cuidadores de un niño. Las capacidades parentales fundamentales corresponden a:

a) La capacidad de apego: tiene relación con los recursos emotivos, cognitivos y conductuales que tiene los padres o cuidadores para apegarse a los niños y responder a sus necesidades. La teoría del apego de Bowlby ha puesto de manifiesto que, en los primeros años de vida, la cercanía del niño con padres o cuidadores que apoyen su desarrollo constituye una fuente de recursos significativos en función de su vida futura. Una persona que durante su infancia tuvo apego seguro con sus padres, en su adultez podrá desarrollar relaciones basadas en la confianza y seguridad. En cambio, una persona que, durante su infancia, tuvo experiencias negativas con sus padres, las que generaron apegos de tipo inseguro o desorganizado, tendrá dificultades para establecer relaciones en las que no intervengan ansiedades, inestabilidades, desconfianzas inscritas en su psiquis.

b) La capacidad de comunicación empática: tiene que ver con la capacidad de los padres de sintonizar con el mundo interno de sus hijos, reconocer las manifestaciones emocionales y gestuales que denotan estados de ánimo y necesidades, lo que favorece el desarrollo de mecanismos de respuesta adecuados a las necesidades de los niños.

c) La capacidad de satisfacer las necesidades de los niños a través de prácticas de crianza son modelos culturales que se transmiten de generación en generación, que tienen relación con los procesos de aprendizajes que desarrollan los padres con sus hijos, vinculados con la protección, educación y satisfacción de necesidades.

d) La capacidad de participar en redes sociales y de utilizar los recursos comunitarios: la parentalidad es una práctica social, que requiere conformar redes de apoyo, que fortalezcan y proporcionen recursos para la vida familiar.

En este sentido, la existencia de redes familiares, sociales e institucionales, así como el reconocimiento y validación de éstas por padres y cuidadores, constituyen un elemento significativo en el desarrollo de un buen ejercicio de parentalidad. Se puede considerar los recursos institucionales como una fuente central para el apoyo de la vida familiar. Estas capacidades son altamente relevantes para el desarrollo de las intervenciones con las familias, y deben basarse en:

1. El afecto: no a los malos tratos, si al contacto físico positivo y contenedor.
2. La comunicación: ambiente de escucha mutua, respeto y empatía, pero manteniendo una jerarquía de competencias.
3. El apoyo en los procesos de desarrollo y las exigencias de madurez: reconocer y gratificar los logros de los niños estimula el crecimiento y el desarrollo de los niños, no subestimarlos.

4. El control o modulación de las emociones: Los niños necesitan de la ayuda de los adultos significativos para aprender a modular sus emociones, o, en otras palabras, a desarrollar una inteligencia emocional (Goleman D. 1996).

Promover el buen trato depende de un ejercicio responsable de la autoridad (madres, padres y/o cuidadores), y ello implica gestos, comportamientos y discursos óptimos para enfrentar los desafíos de su entorno. En otras palabras, el respeto mutuo es el cimiento de una buena relación parental, que los niños sean considerados según su edad y posibilidades como actores co-participantes de los procesos familiares y sociales en los que están inmersos.

Por tanto, un cuidador competente debe poder ofrecer contextos relacionales basados en:

a. Una disponibilidad múltiple y el ofrecer a los niños y niñas una diversidad de experiencias en espacios diferenciados a nivel de:

- Espacios afectivos que permitan a los niños ser sujetos de una relación. Estos espacios, son posibles cuando los padres y cuidadores poseen capacidades de apego con los niños y, como consecuencia de esto, la empatía necesaria para entender el lenguaje a través de las cuales éstos expresan sus necesidades.

- Espacios íntimos, reconociendo en el hijo o la hija como una persona única. Son espacios de intercambio donde se refuerzan sus rasgos, atributos y capacidades.

- Espacios lúdicos, las madres, padres y/o cuidadores que son capaces de jugar con los niños, aparte de facilitar vivencias gratificantes, permiten desarrollar procesos de aprendizaje en donde la imaginación y la razón confluyen, facilitando al niño o niña la comprensión y adaptación a su medio.

Los espacios de aprendizaje serán útiles en la medida que los niños se van haciendo sujetos sociales estimulados por lo que ven. En edades más tempranas, los niños aprenden más de lo que el adulto hace que de lo que dice; más tarde, el acceso al pensamiento simbólico y a la palabra agrega la posibilidad de aprender de lo que el otro dice. En tal sentido, la coherencia del comportamiento de los padres, cuidadores y comunidad con sus discursos resulta fundamental, de allí, la importancia de la calidad de las relaciones, pues un ejemplo vale más que mil palabras.

b. Estabilidad: los niños y niñas necesitan de una continuidad a largo plazo, de relaciones que aseguren no sólo sus cuidados, sino también la protección para preservarles de los riesgos del entorno, tanto en la cantidad del tiempo destinada a los hijos, como en la calidad de la relación en los momentos que están con ellos.

c. Accesibilidad un adulto significativo para un niño o niña debería estar siempre accesible, lo que implica presencia y disponibilidad.

d. Perspicacia o intuición: entendida como la capacidad para percibir y mostrar alegría y satisfacción por los cambios con que los hijos muestran el progreso de su desarrollo.

e. Eficacia: la atención y educación adecuada que reciban los niños y niñas por parte de padres y/o cuidadores para poder desarrollarse sanamente.

f. Coherencia: sean capaces de ofrecer un sentido coherente a sus comportamientos. La búsqueda de sentido es uno de los motores con el que los niños ingresan en el mundo de los significados de los actos, conductas y discurso de los demás.

Al integrar estos significados los niños les dan sentido a sus propios comportamientos. En conclusión:

- La neurociencia ha demostrado que la organización y el funcionamiento del cerebro humano dependen no sólo del mapa genético de cada sujeto, sino también de sus interacciones con el entorno familiar y social en que le toca vivir. Por tanto, los contextos donde los niños y niñas se desarrollan son determinantes para un óptimo funcionamiento.

§ Las relaciones entre los adultos y los niños deben ser siempre personalizadas, afectivas y respetuosas, reconociendo los derechos y deberes de los padres y de los hijos, manteniendo siempre que la responsabilidad de los cuidados, la educación y la protección la tienen los adultos.

§ Se aceptan y se respetan las diferencias entre los niños, incluyendo sobre todo la diversidad de género, edad y singularidades ligadas a talentos, minusvalías u otros problemas. Se confía en sus posibilidades y se espera que se comporten adecuadamente analizando las transgresiones considerando los contextos y las circunstancias en donde ellas ocurrieron. En el caso de los sistemas institucionales, se debe respetar y valorar la diversidad étnica y cultural.

- Las normas, reglas y leyes que modulan los comportamientos son enseñadas en el marco de relaciones afectuosas y éstas son permanentemente recordadas y reforzadas a través de conversaciones cotidianas y significativas.

- Los padres, madres y cuidadores competentes ofrecen al niño o niña un apego seguro, reaccionan con empatía frente a sus demandas de satisfacción de sus necesidades, pero al mismo tiempo mantienen la autoridad necesaria para protegerlos y educarlos. Reconocen sus esfuerzos, disfrutan de su compañía sonriendo y respondiendo de manera oportuna y pertinente.

- Una adecuada estrategia de intervención familiar permitirá a ayudar a las familias a que cuenten con las condiciones básicas que necesitan para cumplir con su rol natural de proveer protección y cuidados a sus niños. Esta no es una tarea fácil, menos en contextos de alto riesgo psicosocial o de crisis familiar. Sin embargo, es una acción necesaria para promover una parentalidad suficientemente adecuada que ofrezca nuevas posibilidades a niños y niñas y puedan lograr un desarrollo sano y comportamientos sociales responsables con ellos mismos y su comunidad.

El respeto, el afecto, la no violencia y el buen trato son posibilidades reales y alcanzables. La resiliencia humana o capacidad para superar las consecuencias de las experiencias difíciles incluso traumáticas, nos permite transformarlas en formas constructivas para enfrentar las adversidades y los nuevos desafíos del vivir, teniendo una posibilidad de desarrollarse en entornos afectivos y de buen trato para todos los protagonistas, padres, madres y niños, futuros adultos y gestores de vida.

1.12. Desarrollo del niño

1.12.1 El bebé recién nacido hasta los 3 meses

El recién nacido es totalmente indefenso, duerme la mayor parte del tiempo y depende enteramente de los cuidados del adulto, sin embargo, a pesar de esta aparente pasividad es sumamente sensible, percibe todo lo que le rodea y está aprendiendo y progresando a una velocidad asombrosa.

En general el comportamiento del bebé recién nacido es eminentemente subcortical está regido básicamente por actos reflejos, es decir respuestas automáticas a los estímulos externos que no son pensadas, ni aprendidas.

Reflejo de la marcha automática: Si se le sostiene bajo los brazos mientras las plantas de los pies tocan una superficie dura, empezará a dar pasos hacia adelante. Desaparece al cumplir 1 o 2 meses.

Reflejo tónico cervical asimétrico: Echado boca arriba, adopta posición “esgrimista”: cabeza de lado, extiende el brazo y pierna del lado preferido, flexiona miembros opuestos. Desaparece a los 2 o 3 meses.

Reflejo de prensión: Si se le coloca un objeto delgado en la palma de la mano, cierra la mano y lo retiene por un momento, dejándolo caer luego. Desaparece a los 2 meses.

Reflejo moro: Ante la sensación de caer, estira los brazos hacia afuera y abre los dedos, cerrándolos luego y regresando los brazos, cruzándolos sobre el cuerpo. Desaparece a los 3 meses.

Reflejo de nadar: Al ponerse boca abajo en el agua, realiza movimientos de natación bien coordinados. Desaparece a los 6 meses.

Reflejo de búsqueda: Al cargarlo pegado al cuerpo, volteará la cabeza abriendo la boca, buscando succionar el pecho. Desaparece a los 9 meses.

Reflejo de succión: Al colocarle el pezón en la boca, comenzará a chupar automáticamente. Desaparece a los 9 meses.

Conforme va madurando el sistema nervioso central y entra en actividad los niveles superiores del cerebro, los movimientos automáticos del bebé se van transformando poco a poco en movimientos voluntarios. Al llegar a los tres meses algunos de estos reflejos desaparecen, habrá realizado grandes avances, estará empezando a coordinar sus movimientos y tendrá más control sobre ellos, tendrá cada vez más fuerza y capacidad para

manejar los músculos del cuello y hombros lo que le permitirá sostener la cabeza por períodos cada vez más largos, y si se le coloca boca abajo, tiene la fuerza suficiente como para levantar la cabeza y los hombros. Tendrá fascinación por sus manos y dedos y comenzará a usarlos para sostener objetos o juguetes livianos. (Vargas,2002, p.35)

Al finalizar estos 3 primeros meses el bebé también succionará con más fuerza y producirá sonidos como ruidos roncós, gritos, vocalizaciones y algunas consonantes, que a veces, al unirse con las vocales producen sílabas o palabras que para el adulto tienen algún significado y producen reacciones divertidas y animan al niño a continuar.

La visión del recién nacido es poco precisa, sólo distingue siluetas, los contornos, más no aún detalles, ve parcialmente el color ya que los receptores del color de sus órganos visuales no están completamente desarrollados; puede fijar brevemente la mirada sobre todo en puntos luminosos, brillantes, objetos en movimiento y el rostro humano, cuando se encuentra a unos 25 o 30 centímetros de sus ojos. En estos 3 primeros meses ampliará su campo visual, poco a poco aprenderá a fijar la mirada en la persona que le habla, a seguirla cuando se desplaza y también querrá seguir los objetos en movimiento, logrando seguirlos en 90 grados al mes, 180 grados a los 2 meses y girará completamente la cabeza al tercer mes. Sin embargo, no existe todavía coordinación ocular, por lo que se puede observar frecuentemente, estrabismo a esta edad.

Por otro lado, el oído de un bebé es casi tan agudo como el de un adulto, desde el nacimiento, y al poco tiempo de nacido mirará hacia el lugar de donde proviene un sonido, en un inicio escucha ruidos de manera general y poco organizada y poco a poco la maduración de sus nervios auditivos le permitirá discriminar de entre los ruidos algunos sonidos determinados. Al llegar a los tres meses, el bebé identifica la fuente del sonido y voltea su cabeza hacia el lugar de donde proviene, logrando así una coordinación de movimiento;

también reconoce y se tranquiliza al oír voces familiares y llora ante sonidos amenazadores, reconoce a la voz de su madre, y ésta será la primera y más grata identificación de sonido que ha logrado el bebé.

Por su parte el olfato y el gusto están íntimamente relacionados y están bastante desarrollados al nacer. A través de la alimentación, higiene y paseo el bebé aprende, poco a poco a asociar olores y sabores con acontecimientos vividos, así reconoce el olor de su madre, de sus familiares, de la hora del baño, el olor de la cocina, o del jardín cuando lo sacan a pasear.

La piel del bebé es el órgano sensorial más grande de todo el cuerpo, y sus receptores están más concentrados en la boca y las manos. Al llegar a los 3 meses descubre los objetos con las manos y comienza a llevarse todo a la boca ya que ésta le dará información sobre los sabores y texturas de los objetos.

Desde el momento del nacimiento el bebé es capaz de participar en una interacción social de una manera activa, su sonrisa, sus “conversaciones” y la forma en que sus ojos se fijan en la de otra persona son ejemplos de su comportamiento de adaptación social, además de que la expresión de su rostro nos da señales sobre su estado de ánimo en ese momento.

Durante estos tres primeros meses aparecen las primeras sonrisas indiscriminadas ocasionadas por estímulos diversos, se dan en muchos momentos: estando despierto, dormido, bañándolo, halándolo, comiendo. Estas sonrisas indiscriminadas de los primeros momentos irán adquiriendo significados, que lo llevarán a sonreír ante miradas placenteras, ante caricias o tonos de voz agradables y sobre todo durante el segundo mes cuando el bebé observa y reacciona a los estímulos que se encuentran en su entorno. En el tercer mes aparecerá frecuentemente la sonrisa fácil que parece estar vinculada al gran interés por

contemplar el rostro humano, es la época del bebé feliz que sonríe, ante todo. Ahora también expresa dos estados afectivos como la ira y la frustración en respuesta a situaciones que le son desagradables y protestará cuando se le deja solo. (Vargas, 2002, p.36)

De otro lado, será más activo, dormirá menos y lo hará en forma más regular, irá ordenando su horario cotidiano, dormirá también más de noche y menos durante el día y en esos momentos estará muy alerta y atento a lo que suceda a su alrededor, teniendo un marcado interés por lo novedoso, evidenciándose más notoriamente su individualidad y temperamento.

1.12.2 El bebé de 3 a 6 meses

En esta etapa los progresos en los movimientos de brazos y manos se constituyen como una de las características más importantes, es por medio del control de sus movimientos como ejerce la capacidad de realizar actividades más complejas. La manipulación se convierte en un elemento decisivo para el desarrollo de los procesos cognitivos y el pensamiento. Hacia el quinto mes logrará la coordinación ojo-mano, coordinando lo que ve con lo que agarra, cada día se vuelve más experto en el manejo de sus manos, sus movimientos llegarán a ser más deliberados, planeados y coordinados y le permitirán conocer y diferenciar los objetos, su forma, su posición y su distancia.

Es la etapa llamada de las “reacciones circulares” en donde los bebés hacen las cosas una y otra vez, practicando sin descanso. Descubre que es capaz de hacer que las cosas ocurran, se da cuenta que al realizar un acto sencillo (mover el sonajero) se produce un resultado interesante, va a comprender que sus movimientos en la cuna hacen que los objetos suspendidos en ella se balanceen y así comenzará a moverse deliberadamente para que se

produzca el efecto deseado. Con el sonajero en la mano comienza a hacer experimentos, comprueba que al agitarlo hace ruido y que permanece en silencio si su mano no se mueve.

Es una época en la que muestra gran curiosidad e interés por investigar y explorar los objetos y su entorno. Su conocimiento de las cosas se basa en la apariencia, el sabor, el sonido y el tacto de estas; para él un sonajero es lo que son sus características físicas, la imagen que ve, el ruido que produce, la sensación de su peso en la mano, su olor, su sabor y lo que siente en el brazo y la mano cuando lo agita.

Sus sentidos están más desarrollados y logra mayor armonía entre ellos, la boca continúa siendo uno de los medios más importantes de conocimiento y aprendizaje. Tiene mayor agudeza auditiva, se interesa por los ruidos, los sonidos y le resulta fácil localizarlos.

Su capacidad visual está progresando rápidamente, le interesan los pequeños detalles y puede ver casi todo lo que hay en la habitación. El rojo y el azul son los colores que detecta primero, seguidos del amarillo y verde y gradualmente va formando una visión tridimensional del mundo que le rodea, acostado en la cuna o en los brazos de su madre contempla las idas y venidas de su rostro, bien acercándosele directamente, bien pasándole de lado o al arroparle, también la observa deambular por la habitación creciendo y disminuyendo al acercarse o alejarse; al ser trasladado de un lugar a otro ve también los cambios de tamaño y forma del mundo en las imágenes que recibe, aprendiendo así sobre la ubicación y constancia de las personas y las cosas en el espacio.

Su visión del mundo se ha ampliado y variado debido a las nuevas posiciones en que suele estar, ahora pasará más tiempo semisentado y al final del sexto mes será capaz de sentarse casi sin ayuda, pudiendo mantener el equilibrio del tronco, ya puede voltearse fácilmente de un lado a otro, sus brazos tienen gran fuerza y sus piernas la irán adquiriendo mediante el

movimiento constante, por lo que puede apoyarse sobre sus manos formando un ángulo con el suelo de 90 grados y al estar parado sus piernas resisten el peso de su cuerpo. (Vargas, 2002, p.38)

El bebé es capaz de establecer un buen contacto con su entorno, es un ser feliz que goza y disfruta de la compañía de otros, sean adultos o niños; ante los extraños tiene reacciones de extrañeza pues ya diferencia los rostros familiares de los desconocidos, pero no tiene temor, ni ansiedad y después de observarlos llega a sonreír con ellos.

Al llegar a los 6 meses expresa mejor lo que siente, grita y se estremece de alegría cuando ve algo que le agrada; cuando está enojado o desesperado por algo lo deja saber por la expresión de la cara y los gritos que da tratando de alcanzar lo que desea. A partir del quinto mes, le gusta chillar, reírse con frecuencia y a carcajadas; juega a variar el tono, intensidad y volumen de su voz y los sonidos que produce; empieza la expresión monosilábica, siendo comunes ma, mu, da, de y está en capacidad de pronunciar todas las vocales. Al final del sexto mes reaccionará específicamente ante algunas palabras familiares y que ha escuchado con frecuencia en estos meses, es así como ya voltea al escuchar su nombre.

Por otro lado, sus ritmos de sueño, alimentación y evacuación ya se han equilibrado, teniendo un horario o rutina ya establecida.

1.12.3 De 6 a 12 meses

Si en los primeros meses de vida el desarrollo neuromuscular estuvo centrado en el cuello, alrededor del cuarto mes en los brazos y manos, ahora en este segundo semestre de vida empieza a centrarse en la columna vertebral y extremidades inferiores.

Durante esta etapa, los logros posturales del infante son muy claros y posibles de identificar. Su columna vertebral y los músculos de la espalda de han vuelto más fuertes adquiriendo un mayor control de toda la parte superior de su cuerpo.

A comienzos de los 6 meses, el bebé aún necesita de algún apoyo para sentarse, sean cojines por detrás, a los lados o su propia mano a manera de trípode, pero luego se liberará de estos apoyos y hacia los 8 meses el bebé disfrutará jugando en esta posición sentado. No perderá el equilibrio al estirarse para coger porque ya reacciona con movimientos corporales compensatorios, como poner la mano o girar el tronco en sentido contrario para recuperar el control corporal.

Paralelamente ha adquirido la habilidad de rodar sobre sí mismo, en los dos sentidos (espalda- vientre- espalda) aunque la posición que prefiere es boca abajo. Por esto pronto empieza a movilizarse arrastrándose, aunque al comienzo (7 meses) no levante el abdomen de la superficie y avance hacia atrás. Algunos bebés no llegan a gatear (8 meses) y aprenden a moverse con agilidad arrastrándose sentados con la ayuda de un pie, o pasan de frente a la posición parado.

Al respecto diremos que el gateo es una actividad en la que intervienen todos los músculos del cuerpo, fortalece especialmente el desarrollo de la columna vertebral, los músculos dorsales y los cervicales. Además, la coordinación de movimientos alternos y simultáneos de brazos y piernas propios del gateo, son un ejercicio que favorece una adecuada lateralidad al dar órdenes a ambos hemisferios cerebrales. (Vargas, 2002, p.41)

Mediante el gateo el bebé conoce más el mundo que lo rodea: vivencia y aprende a medir distancias, percibe con mayor claridad los espacios entre las cosas y él. Al esquivar los

objetos y pasar encima de ellos, aprende a distribuir el peso del cuerpo para caerse y se establecen las bases para el equilibrio que luego se amplía con la marcha.

Al gatear el bebé recibe impresiones sensoriales diversas, siente que la pata de la mesa es dura, que la alfombra es suave y agradable al tacto, que el piso de losetas es frío. Se afianza el conocimiento de lo que es él y no es él, dónde empieza y acaba su cuerpo, lo que es suyo y no lo es.

Existen muchas posibilidades de que el bebé aprenda a gatear hacia atrás antes que, hacia adelante, pues los músculos que controlan el movimiento hacia adelante tardan más en desarrollarse que los que dominan el movimiento hacia atrás. Quizás le guste hacerlo de lado, de puntillas como oso. En todo caso son formas que entran dentro de lo normal.

El gateo del bebé no es una actividad tan simple como parece, sino que permite adquirir toda una serie de nociones que alimentan sus procesos cognitivos. Además, el estar en el piso y conocerlo desarrolla en el bebé un sentimiento especial de seguridad que se reflejará en su mayor tranquilidad para enfrentar las “caídas” propias del aprendizaje futuro de la marcha.

La maduración de los músculos del tronco que permitió la posición sentado hacia los 6 meses, continua con los miembros inferiores dando paso sucesivamente a la posición de pie y a la marcha, indicadores ambos de un buen desarrollo de las vías cerebelosas que se traduce en la adquisición de la estática o capacidad de mantenerse en una postura. (Vargas,2002,p.42)

La marcha inicial es lateral, el bebé primero se apoyará en las barandas de su cuna o corral, de la pared o de algún mueble (9 meses) y luego dará unos pasos (11 meses). Si tú lo sostienes podrá dar pasos hacia adelante y luego podrá hacerlo sin tu ayuda. La mayoría de las bebés caminan entre los 10 y 14 meses, aunque algunos pueden empezar más temprano.

Los progresos de la coordinación manual son sorprendentes, gracias al control postural logrado hasta ese momento, que le permite tener ambas manos libres, así podrá utilizarlas para explorar y jugar con los objetos que están a su alrededor. Es “el apogeo de la manipulación” (Le Métayer 1995). Pronto el acercamiento a los objetos es bimanual, es decir que empieza uso y coordinación entre las dos manos y puede empezar a transferir objetos de una a otra (7 meses). Luego, podrá usar de manera independiente cada mano, por ejemplo, para tomar objetos diferentes y hacer distintas actividades, como sostener con una mano un juguete y con la otra golpear la mesa y hacer ruido.

Sus movimientos para coger se vuelven cada vez más dirigidos y selectivos. Si al comienzo de este semestre la prensión la realizaba con toda la mano, sin diferenciación entre la palma y los dedos, progresivamente la posición de los dedos sobre el objeto depende más del tipo de objeto que coge: atrapa un cubo o una pequeña pelota con los dedos criptados, asegurándola contra la palma, y si el objeto es poco voluminoso da la impresión de frotar para agarrar o de rastrillar para atrapar y asegurarlo.

Al llegar a los nueve meses podrá utilizar sus dedos índice y pulgar para levantar cosas pequeñas como migas de pan o arroz o arroz cocido y empieza una activa exploración pasando sus dedos por todos los objetos que tengan bordes salientes o contornos interesantes. Progresivamente independizará el índice del resto de los dedos y con él hurgará y señalará.

Si bien en este segundo semestre aún lleva todos los objetos a la boca, esta conducta irá desapareciendo en la medida en que juegue con objetos con cualidades interesantes que lo entretengan y motiven a explorarlos con todos los sentidos. Recuerda que ahora su capacidad de observación es más evidente, aunque el tiempo de concentración sea apenas unos minutos.

La capacidad de observación de un bebé es la suma de los distintos aspectos que abarca el desarrollo mental, principalmente referidos a habilidades de tipo visual, auditivo, táctil y de comprensión general de un objeto o situación. Si un bebé es alentado adecuadamente comenzará a quedar “atrapado” por las cualidades de un objeto y se interesará por actuar con él y no sólo chuparlo o morderlo.

No debemos olvidar que el bebé desde sus primeros días cuenta con habilidades senso perceptuales bastante desarrolladas y en estos meses posteriores lo que hace es afinar los procesos de identificación del estímulo y de discriminación.

La visión de un bebé a partir del segundo semestre presenta competencias parecidas a las del adulto. Acomoda y coordina los ojos para mirar los estímulos que se le presentan y comienza a percibir que ciertas cosas se mantienen constantes, como el tamaño, forma y olor de un objeto. Por ello comienza a identificar objetos y logra comprender que son “permanentes”, es decir que existen, aunque nos esté viendo o actúe en ese momento con ellos y empieza la conducta de búsqueda de los objetos desaparecidos de su vista inmediata.

Comienza a seguir a las personas y a las cosas en movimiento hasta que desaparezcan de su vista y espera que vuelvan a aparecer. Se puede notar en muchos comportamientos esta nueva capacidad, por ejemplo, cuando deja caer un juguete desde su sillita o coche y se inclina para ver por dónde se ha ido. Puede incluso reclamar llorando que se lo devuelvas y si tú has amarrado el juguete de una pita, es probable que la jale para obtenerlo por sí mismo. Ahora, su memoria le permite ya no solo recordar hechos inmediatos, sino recordar experiencias anteriores y las trae al presente, aunque sólo puede almacenar información durante períodos muy cortos de tiempo. Por eso si se esconde un juguete con el que jugaba, lo reclamará de manera inmediata. En esto influye el grado de interés del bebé en el objeto y la capacidad de éste para atraerlo.

La intencionalidad en la conducta del bebé, que había comenzado en el primer semestre de vida se incrementa y a partir del segundo semestre podemos reconocer actuaciones claramente intencionales. Aunque al comienzo sus descubrimientos pueden seguir siendo al azar, ya empieza a saber qué hacer para conseguir ciertos resultados, gracias a la repetición de experiencias. Es decir, ha logrado establecer relaciones de causalidad, lo que le permite anticipar sucesos y reconocer ciertos hechos como señales de lo que luego va a suceder: llora si su mamá que estaba sentada a su lado se para, porque sabe que va a alejarse.

El bebé al jugar con objetos conocidos ya ha logrado también asociar qué conducta realizar. Por ejemplo, sabe que debe apretar un juguete ruidoso para hacerlo sonar o que, si tira la pelota, ésta rebota. En situaciones nuevas, él explora nuevamente o ensaya conductas hasta conseguir lo que desea o logra descubrir las características de esa nueva situación: mirará, tocará, chupará y finalmente agitará su nuevo sonajero, hasta hacerlo sonar.

Además de disfrutar mucho comprendiendo que puede interactuar de diferentes maneras con los objetos: puede mirarlos, cogerlos, morderlos, tirarlos, golpearlos, etc. disfrutará al descubrir la relación entre los objetos mismos: que puede meter un cubo en una lata (además, le asombra el sonido), golpear la mesa con la cuchara, esconder su rostro debajo de la sábana, meter un vasito dentro de otro, etc.

Aun cuando el bebé de esta edad pasa mucho tiempo jugando y explorando objetos, hay un particular interés por relacionarse con los adultos que conoce. La relación con los juguetes es una relación unilateral y no le brinda la respuesta cálida y afectiva que si obtiene de la relación con sus padres y las personas que lo atienden. Grandes cambios surgen en la socialización del bebé a partir del segundo semestre de vida.

Si bien el bebé desde que nace responde al contacto físico y afectivo de las personas, a partir de los ocho o nueve meses, empieza a mostrarse desconfiado y temeroso de las personas que no ha visto antes, y este bebé que antes sonreía indistintamente ahora sólo lo hace con sus padres o personas muy conocidas. Esto es señal de que ya ha llegado a reconocerlos y tiene una mayor capacidad de recordar y por eso reclama tu presencia.

Su sonrisa diferenciada significa que comprende con más claridad que existen otras personas, otras cosas que no son él, incluidos su madre y padre. La presencia de alguien extraño hace más evidente la ausencia de la madre o del adulto conocido, y es esto lo que finalmente genera la ansiedad y temor del bebé ante extraños.

En adelante, el bebé demandará activamente la presencia de sus personas queridas a través de llanto, vocalizaciones, gestos y movimientos. Asimismo, responderá a tus actitudes de ternura estirándote los brazos y sonriéndote abiertamente, como también expresará claramente su fastidio al no ser atendido en sus requerimientos. Sus estados emocionales de agrado y desagrado son más fáciles de identificar e incluso empieza a manifestar claras preferencias por ciertos juegos y juguetes.

Al finalizar toda esta etapa el niño estará integrado social y afectivamente a su familia, el sentido de pertenencia está siendo desarrollado. La confianza de ser querido y aceptado se sigue sustentando en la satisfacción de sus necesidades básicas, en la protección, afecto y atención que recibe de los adultos con quienes se relaciona.

El juego compartido con el adulto se intensifica y se convierte en el principal medio de expresión de su satisfacción e interés por estar con otros.

El llanto y la sonrisa, al igual que en meses anteriores, siguen siendo potentes señales que producen algún efecto en las personas que están a su alrededor, pero ya tiene un repertorio

más amplio de maneras de atraer tu atención y hacer saber lo que desea: estira los brazos para que lo carguen, coge la mano para que jueguen a hacerle las cosquillas que le gustan, balbucea enérgicamente y mira hacia su juguete para que se lo acerquen. Todas estas “estrategias” para conseguir algo si bien son avances sociales, están totalmente asociados a sus avances cognitivos que le permiten anticiparse y planificar ciertas situaciones y nos confirman continuamente el concepto de integralidad del desarrollo del que hablamos al describir las características del desarrollo infantil.

El desarrollo social del bebé de 6 a 12 meses y su interés por compartir e interactuar contigo, hace que ahora el bebé esté más atento a los gestos, expresiones faciales y vertebrales de los adultos y vaya entendiendo su valor como significado, lo cual es punto de despegue del desarrollo de la imitación y su capacidad comunicativa.

Alrededor de los 9 meses empezará con gran interés a imitar los distintos gestos y ademanes aprendidos del medio inmediato que lo rodea, algunos de ellos asociados a sonidos, y al hacerlo se está adaptando para responder a las expectativas y modelos que le ofrece el mundo en que vive. Juega a esconder su propia cara, hace adiós con la mano, aplaude y puede seguir juegos de ritmo y movimiento. Pero pronto también podrá utilizar objetos familiares imitando la manera cómo ve que el adulto los emplea: intentará darte de comer con la cuchara con que tú le estas dando.

Este desarrollo de la imitación de gestos debes comprenderlo, al igual que la imitación de sonidos, como parte del desarrollo del lenguaje del bebé teniendo en cuenta el valor comunicante y de relación que adquieren.

Los fundamentos del lenguaje están incorporados en el cerebro del bebé y son muy evidentes desde el nacimiento. Sin embargo, a partir de los 8 meses de edad,

aproximadamente, se producen una serie de cambios neurológicos y cognitivos que indican que se está produciendo algo cualitativamente especial.

De los 6 a 12 meses la comunicación del bebé se caracteriza por el uso de “indicativos motores” que vienen a ser gestos que inicialmente formaban parte de una acción o situación global más amplia de la cual se separan, y ahora adquieren una significación particular. Algunos ejemplos permitirán que se comprenda mejor: Abrir la boca para pedir viene de abrir la boca para recibir alimento, elevar los brazos para que lo carguen, deriva de llevar los brazos cuando se es tomado en ellos, mostrar la palma de la mano extendida hacia arriba para pedir evoluciona de extender la mano para tomar o coger. (Vargas, 2002, p.47)

A partir de los 10 meses el bebé dirá su primera palabra en cualquier momento, pero son los contextos interactivos en que desarrolla el bebé los que enriquecen el habla y le permiten establecer las asociaciones necesarias para decir sus primeras palabras. De hecho, el bebé comprende muchas palabras, aún antes de poder decirlas. (Vargas, 2002, p.47)

Hay estudios que demuestran que el bebé desde los 8 meses ya gira la cabeza hacia el lugar en que está habitualmente un juguete cuando éste es nombrado por su madre (Booth 1978), o responde de alguna manera al nombre de un juego de imitación (Nelson 1985), lo que parece significar que el bebé es capaz de comprender las palabras como unidades segmentadas del torrente vertebral del adulto.

La comunicación utiliza en esta etapa una serie de emisiones de estructura fónica (sonido) comparable a las del adulto, pero al comienzo esas emisiones no están asociadas a contextos claramente definidos. Por ejemplo: un bebé puede decir pa pa pa cuando lo carga su madre o su padre o un adulto conocido, o dice b aba aaa cuando le traen la comida o le acercan un juguete que le gusta. Progresivamente usará las mismas emisiones verbales ante situaciones

más específicas hasta llegar a referirse únicamente a un objeto o situación: Sólo dirá mamá con su madre.

Recordemos también, que ya el niño desde meses anteriores tiene la capacidad de identificar y discriminar sonidos familiares, de lo que no lo son y en esta capacidad auditiva y cognitiva se apoya su desarrollo verbal: se alegra al oír las voces de papá y mamá, voltea hacia la puerta al oír que la abren o después de sonar el timbre, se asusta al oír la voz de una persona extraña.

Finalmente señalaremos que el bebé conforme se aproxima al año hará más evidente las características de su naciente personalidad demostrando su alegría o seriedad, su sensibilidad, su impaciencia e irritabilidad, su interés y curiosidad, su sociabilidad, etc. Es un bebé que necesitamos comprender para ayudarlo a potenciar todas sus habilidades y destrezas.

1.12.4. De 1 a 2 años

El niño que cumplió el año ya no es el bebé que sentado atendía a un estímulo u observaba calmadamente un objeto, ahora, conforme avanza su desarrollo motor aumentará su curiosidad y su deseo de explorar y aprende. Él quiere personal y activamente tocar, agarrar, oler, golpear, sacar, meter, etc. y es por medio de estas vivencias personales que interioriza nuevos conocimientos y avanza en su desarrollo.

Posterior al primer año, lleno de cambios y progresos acelerados, viene un segundo año que traerá cambios significativos, pero ya no tan acelerados como en los primeros meses. Pasará de dar sus primeros y tambaleantes pasos a caminar con estabilidad y luego a correr. De jugar incansablemente a sacar y meter objetos de recipientes, a lograr encajar piezas de un rompecabezas simple. De no diferenciar entre objetos similares hasta llegar a reconocerlos separadamente y llamarlos por su nombre. Pasa de balbuceos sin sentido a formar frases y es

ya capaz de reconocer las emociones de alegría, frustración, rabia, etc. Asimismo, pasará del uso de los pañales a avisar cuando necesita ir al baño.

Como ves son múltiples y significativos los cambios que ocurrirán en este período los que ahora pasaremos a detallar:

El desarrollo motor, es decir el dominio y control de sus movimientos es una tarea que ocupa gran parte del tiempo de un niño de esta edad y no de sus mayores logros consiste en estabilizar su marcha.

Al cumplir el año la mayoría de los niños puede andar cogido de la mano de un adulto o agarrado a un mueble, pudiendo tardar un par de meses más en conseguir hacerlo sin ayuda. Algunos niños al cumplir el año todavía siguen gateando, pero aprenderán a andar solos en los meses siguientes.

Al principio de este proceso, el niño con las piernas separadas y los pies apuntando hacia fuera. Esto hace avanzar balanceándose de lado a lado, por lo que pierde el equilibrio con facilidad. Poco a poco, y tras muchas caídas, el niño aprende a estabilizar su andar juntando más las piernas, colocando los pies paralelos, dando pasos más cortos y utilizando los brazos para equilibrarse, lo que no le permite aún llevar cosas en las manos. (Vargas, 2002, p.49)

Las caídas son frecuentes en esta edad y tendrá que pasar por la experiencia repetida de caerse y volverse a levantar. A veces, el niño juega a caerse o se tira al suelo para practicar cómo hacerlo sin hacerse daño, y para adquirir mayor control de sus músculos.

Generalmente a partir de los dieciocho meses el niño controla y domina por completo el proceso de la marcha. Cambia de sentido con facilidad y anda de lado y hacia atrás, ya no utiliza los brazos para equilibrarse, por lo que puede desplazarse llevando objetos en ambas

manos. Sin embargo, aun estando cerca de los 2 años el niño todavía se suele tropezar con cualquier irregularidad del suelo como, por ejemplo, pequeños obstáculos en el camino.

Poco a poco consigue otras habilidades como el caminar de puntillas, empujar juguetes y tirar de ellos, dar patadas a una pelota, agacharse a recoger un objeto del suelo, trepar y bailar al ritmo de la música.

Así también hacia el año y medio comenzará a saltar sobre los dos pies en el mismo sitio, acción que la dominará al llegar a los dos años. También empiezan a correr, aunque no llegarán a dominar las correrías con patrón cruzado (movimientos alternados de brazos y piernas) hasta después de los tres años.

Al llegar a los dos años logrará subir y bajar escaleras por sí sólo apoyándose en un pasamanos, antes de ellos, necesitaba la ayuda de un adulto y si estaba solo las subía gateando y las bajaba deslizándose sobre el estómago o sentado.

Con esta nueva postura, el caminar erguido, cambiará la relación del niño con el mundo, verá las cosas desde un ángulo distinto y podrá utilizar las manos de manera más completa. Es así como, a lo largo del segundo año de vida, el niño desarrolla también sus habilidades manuales, manipula los objetos cada vez con más destreza y amplía así las posibilidades de descubrir su entorno.

La vista y el cerebro juegan un importante papel en la adquisición de estas habilidades. Si la visión no es correcta, el niño no puede coger un objeto con precisión. Por su parte, el cerebro es el que controla los músculos: la fuerza que deben ejercer, la dirección en que se han de mover. El progresivo desarrollo y maduración del cerebro permite que muchos movimientos lleguen a ser automáticos. Y a su vez, a medida que el niño repite movimientos, el cerebro se perfecciona y aprende.

Le será ahora fácil agarrar objetos pequeños y mover con más agilidad sus dedos ya que su motricidad fina también se ha desarrollado significativamente, pudiéndose observar que a los 15 meses aproximadamente ya puede introducir una pastilla en una botella, coge un lápiz y hace trazos, se quita los zapatos con las manos y construye una torre con dos cubos.

Hacia los 18 meses aproximadamente puede lanzar la pelota, construye una torre con 3 cubos: Utiliza bien la cuchara, sin volcarla. Pasa páginas de un libro (2-3 a la vez). Hace garabatos con un lápiz. Se quita las medias y puede abrir las cremalleras. Al llegar a los 24 meses ya es capaz de pasar las páginas de un libro de una en una, desenrosca las tapas, abre la manija de las puertas, construye torres con más de 7 cubos, se pone los zapatos, calcetines y pantalones y se lava las manos y se las seca él sola.

En esta etapa practica toda clase de destrezas con sus dedos, le fascina las ruedas y todo lo que se mueve, también abrir y cerrar cajones, apilar objetos y luego empujarlos para que caigan, sacar objetos de un recipiente y luego meterlos, todo aquello que sea abrir y cerrar o accionar mecanismos con efectos.

Al final del segundo año los niños disfrutan con juegos que requieren una elevada coordinación manual: encajar formas, rompecabezas sencillos, amasar plastilina, etc.

Otros de los grandes logros del niño en su segundo año de vida es el desarrollo del lenguaje hablado, éste se desarrolla en los niños no sólo como fruto de la maduración, sino también como resultados de una adecuada estimulación por parte de los adultos.

El desarrollo del sentido de oído es esencial para llegar a hablar. El niño debe poder oír sin dificultad y entender las palabras y las frases. Pasado el año, ya comprende indicaciones como “Pon el osito en la caja” y progresivamente su capacidad le permite comprender todo y aprende a expresarse utilizando cada vez un mayor número de palabras, usualmente a partir

de los 18 meses. Esta utilización cotidiana del lenguaje verbal será una innovación, un cambio cualitativo en su sistema de comunicación.

Aunque la aparición y desarrollo de las palabras es un proceso lento, hay que resaltar el importante papel que juega la interacción del niño con su madre y los adultos que lo rodean, ya que ellos son quienes dotan al niño de los primeros significantes de sus palabras y quienes le aportan las primeras estructuras formales de su lenguaje.

Antes de los 18 meses una palabra significaba toda una frase, así si el niño dice pan y lo señala sobre la mesa eso es lo que quería decir “Dame el pan”. Ahora después de los 18 meses, el niño asocia más palabras con objetos, con lo cual incrementa su vocabulario y comienza a adquirir reglas sintácticas que rigen la formación de frases y oraciones haciendo más completo e inteligible su lenguaje. En este período empieza también a expresar ideas mediante las frases sencillas: “quiero agua”, “A comer”, “Dame pan”, “vamos a la calle”. (Vargas, 2002, p.51)

Por lo general, las primeras palabras que pronuncia el bebé son para nombrar a sus padres, hermanos, objetos cercanos o la comida. Al final de ese segundo año la mayoría de los niños utilizan entre 20 a 50 palabras, aunque puede haber grandes diferencias de un niño a otro. Algunos niños pueden incluso tener un vocabulario mucho más extenso de hasta más 200 palabras.

Algunos niños pronuncian correctamente casi desde el principio, mientras que otros utilizan un lenguaje especial que suele llamarse “jerga infantil”. Es frecuente que sólo las personas más próximas al niño (por lo general la madre) le entiendan, pues puede omitir las sílabas (eta por “galleta”), cambiar consonantes (tata por “caca”) o utilizar una misma palabra

con varios significados: (papa puede significar a la vez “papá”, “papilla” o “comida” o “sopa”).

Para el desarrollo cognitivo estos meses son cruciales ya que el niño en esta etapa “aprende a aprender” sobre todo a través de la imitación y la experimentación. Es así como se le enseña como es el sonido que hace el auto él lo imitará, hará garabatos en un papel si le enseñamos como hacerlo, descubrirá cómo introducir piezas en un juguete de formas, etc. También, se adelanta a los acontecimientos: Cuando suena el timbre sabe que alguien llegó y se dirige a la puerta, si ve que la mamá se cambia los zapatos, sabe que va a salir.

El desarrollo de la capacidad de pensar está ligado a la madurez que alcancen los sentidos. De esta forma, con los estímulos que ha recibido a través de sus sentidos y movimientos, el niño ha ido aprendiendo y desarrollando sus conocimientos acerca del mundo que lo rodea. Con ello se fue dando cuenta de las consecuencias de sus acciones, ha afianzado la intencionalidad de sus actos y la coordinación de los esquemas mentales.

Piaget es quien con mayor precisión ha explicado la presentación y papel de estos esquemas mentales. El plantea que los esquemas (o pautas de comportamiento repetibles, generalizables y perfeccionarles) con los que trabaja el niño en sus dos primeros años de vida son los esquemas sensoriomotores o reacciones circulares. En un principio son esquemas simples, descubiertos casualmente y circunscritos al propio cuerpo del bebé de pocos meses (reacciones circulares primarias). Al poco tiempo son coordinaciones de esquemas simples cuyas consecuencias son inicialmente casuales y ya no ocurren en el cuerpo del bebé sino en su entorno físico o social (reacciones circulares secundarias); y finalmente serán coordinaciones flexibles de esquemas secundarios realizados por el niño mientras experimenta nuevos medios que le lleven a los efectos buscados (reacciones circulares terciarias).

Estos procesos son los que conducen al niño a una incesante actividad de investigación y a coordinar acciones conocidas para hallar la solución de algo o descubrir nuevas propiedades y funciones de las cosas, se define como "inteligencia práctica" y esta fundamentalmente ligada a actividad motora y a los sentidos.

Hacia los 18 meses ya la mayoría de los niños presenta una conducta más reflexiva, es decir que ya no prueban varias conductas para lograr algo, sino que detienen su acción y preveen antes de actuar. Nos referimos a que anticipan sus posibles fracasos y éxitos mentalmente, y de esta manera "planifican" sus acciones. La inteligencia se va desligando de la acción y ahora los esquemas se combinan mentalmente.

Por otro lado, al haber logrado representaciones mentales (capacidad simbólica), se puede evocar o recordar los objetos y los desplazamientos de estos, puede también, por ejemplo, encontrar un juguete que hacía unos momentos su mamá puso debajo de la almohada de su cama y con el que quiere seguir jugando. Es decir, ya busca los objetos escondidos en el último lugar que los vio y el objeto es percibido en sí mismo. Es un niño que además de explorar las relaciones entre los objetos percibe mejorar las situaciones de la relación en el espacio: capta las distancias, se mueve, lleva, trae, acerca, aleja, une, saca, mete, etc.

Las principales adquisiciones del niño hasta los dos años son: el establecimiento de la conducta intencional, la construcción del concepto del objeto permanente, la aparición de las primeras representaciones y el acceso a la función simbólica, cuya expresión son el lenguaje, la imitación, el dibujo y los juegos representativos.

El juego en el niño de esta edad pasa por dos etapas:

a) Hasta los 18 meses los juegos consisten en la repetición continua de una misma acción que permite al infante asimilar nuevos esquemas de actividad, generalmente son ejercicios motrices de tipo funcional.

b) Posteriormente a los 18 meses juegan a representar lo que ha visto o vivido; tiene la capacidad mental de representarse situaciones y con ella crea argumentos para su juego, asigna a sus juguetes intenciones, deseos, deseos y sentimientos haciéndolos actuar como si fueran seres humanos.

Ahora hay un juego que permite al niño fingir o (hacer como sí). Por ejemplo: una colcha tirada sobre el suelo y le hace recordar su cama y se hecha sobre ella, cierra los ojos y riéndose los vuelve a abrir “meme” para jugar al dormido. Este tipo de juego indica el pasaje de la imitación externa a la interna (imitación sin modelos presente) y se está dando un gran progreso en la capacidad de representación (capacidad simbólica).

En cuanto al desarrollo socio- afectivo todos los autores coinciden con el señalar a este período como la época en que el niño comienza a separarse de la mamá tanto física como psicológicamente. La marcha, el lenguaje y el juego son actividades naturales que los facilitan.

Ahora que puede andar y comunicar sus necesidades con algunas palabras, el niño tiende a alejarse del adulto para descubrir por sí mismo, el mundo. Pero, a la vez se siente incómodo y temeroso cuando siente su ausencia. Así durante su segundo año de vida, el niño suele desarrollar dos pautas opuestas de comportamiento. En unas ocasiones se muestra independiente queriendo hacer las cosas por sí mismo y rechazando la ayuda de los adultos, y en otras muestran una dependencia absoluta hacia ellos, mostrándose indefenso y necesitado.

Para los padres, este segundo año de vida de su hijo resulta un poco cansador debido a que deben prestar mucha atención al niño ya que despliega una gran actividad. Es activo e incansable, su curiosidad no tiene límites y puede recorrer toda la casa explorando, se sube a los muebles, abre y cierra los cajones, aprende a subir y bajar escaleras. Justamente por lo anterior muchas veces se exponen a peligros por lo que necesitan una constante vigilancia pues él mismo no es capaz de detectar ni de evitar los peligros.

A pesar de todo ellos, es una etapa apasionante ya que el niño desarrolla muchas relaciones sociales, descubre el mundo e inicia su autonomía.

Su deseo de autonomía lo lleva a querer hacer las cosas por sí mismo y a expresar con claridad lo que es de su agrado y lo que no. Quiere comer solo y en algunos casos empieza a rechazar la comida que no desea.

Su palabra favorita es “no”. La emplea para expresar rechazo, pero también para medir su influencia sobre los adultos. Como aún no se expresa con suficientes palabras insiste en comunicarse e imponer sus necesidades a los mayores y lo hace por medio del llanto y de las famosas pataletas por lo que es el momento ideal para que los padres empiecen a enseñarle reglas de conducta. Al finalizar este período el niño habrá asimilado normas de comportamiento básico que acatará para ser reconocido por los adultos.

1.12.5. De 2 a 3 años

Hemos empezado la presentación de este período de edad haciendo referencia a lo que es la principal característica y logro evolutivo del niño de 2 a 3 años: el desarrollo asombroso de su capacidad para comunicarse usando el lenguaje convencional. Pero una visión más amplia de esta etapa nos hace la habilidad motriz y de manipulación la afirmación del control de esfínteres y su sentido de autonomía; la variedad del juego y aprendizaje y la búsqueda

incesante de información como forma de comprender su mundo más cercano y a la vez encontrar el sentido de su individualidad.

Se dice que a partir del año se inicia y desarrolla el lenguaje propiamente dicho, pero el luego de consolidar los logros motores referidos a la capacidad para desplazarse por sí mismo propios de los dos primeros años de vida, es decir a partir de los 2 años, que el lenguaje sigue un camino acelerado de uso y perfeccionamiento. No solo se da un incremento significativo de vocabulario, sino que pasa a la emisión de enunciados simples formados por frases inicialmente de tres y cuatro palabras hasta llegar a la complejidad de una oración que incluye artículos, verbos, pronombres y uso plural.

Otro avance en el lenguaje de esta edad es el perfeccionamiento de las emisiones de los sonidos. El lenguaje se hará poco a poco más convencional en función al desarrollo cognitivo y la expresión social y lingüística de cada niño, pero sin olvidar que es un proceso evolutivo en el que juegan un importante papel la interacción con la madre, padre y los adultos que están cerca. Asimismo, el lenguaje es una de las áreas del desarrollo donde se aprecia más influencia de aspectos socioeconómicos y culturales. (Vargas, 2002, p.55)

Conforme el niño se acerca a los tres años es un gran hablador y ha descubierto el poder de comunicación del uso del lenguaje. Sus ideas son más rápidas que su capacidad de expresarlas y lo desbordan, y es el período en el que se puede presentar una pasajera tartamudez que luego se va superando. Los entusiasma su capacidad de lenguaje por lo que disfrutan aprendiendo pequeñas rimas, juegos vocales, así como escuchando breves cuentos.

Al llegar a los tres años se espera que se exprese casi correctamente, es decir con una comunicación comprensible para cualquier adulto (no sólo su madre o personas cercanas), sin embargo, aún le quedan algunos sonidos que tiene que perfeccionar en su pronunciación y

algunos errores gramaticales por corregir. Quizás la característica que más impacta a los padres de un niño de 2 a 3 años son las constantes preguntas sobre el nombre de todo lo que ve y el porqué de las cosas como expresión de su deseo de comprender el mundo.

También son sorprendentes sus propias explicaciones de los hechos que revelan una gran imaginación y reflejan el nivel de pensamiento de esta edad.

El niño ahora posee un pensamiento simbólico y preconceptual que se caracteriza por la aparición y utilización de la función simbólica la que se manifiesta en el lenguaje, del cual ya hemos hablado, la expresión corporal y el juego.

Este pensamiento basado en preconceptos (que están a medio camino entre la generalidad del concepto y la individualidad de los elementos) y el razonamiento transductivo lo compartirá con sus pares hasta aproximadamente los 4 años.

Merino describe estas características del pensamiento de la siguiente manera:

- a) La centración o tendencia a centrarse en algunos aspectos de las situaciones más que en otros, provocando así una deformación del juicio o razonamiento.
- b) La irreversibilidad o carencia de la movilidad propia de los actos mentales que siguen un cierto sentido y el inverso hasta llegar al punto de partida.
- c) El estatismo o tendencia para fijarse más en las percepciones que en los cambios y en las transformaciones que ocurren.
- d) El egocentrismo, o tendencia a tomar el propio punto de vista como el único, desechando el de los demás.

Estos aspectos son los que están presentes en los que muchos autores definen como “pensamiento mágico”. Para el niño no existen fronteras entre la realidad y la fantasía, por eso surge el amigo imaginario o muñeco preferido que puede realizar todo, que lo acompaña y protege, que hace lo que para el niño está prohibido; viviendo también a través de sus temores y ansiedades. Estos aspectos emocionales los veremos con más claridad cuando analicemos luego el desarrollo de la capacidad lúdica o de juego del niño.

Siguiendo con los logros cognitivos y aprendizajes específicos, el niño a partir de los dos años reconoce y diferencia mejor las cualidades perceptuales de los objetos, aunque inicialmente no las nombre (color, forma, tamaño de los objetos), lo que puede observarse cuando juega a “agrupar” en base a ciertas características. Poco a poco discrimina detalles y reconoce diferencias y semejanzas y puede guardar en un recipiente pequeños juguetes de color rojo y en otro los de color azul (aunque no sepa los nombres de los colores) si le damos un ejemplo de donde ponerlo. A los tres años empieza el aprendizaje de los colores básicos, el rojo es el primero que suele reconocer e identificar. También puede identificar un elemento (objeto, animal, fruta) por su silueta.

Poco a poco a partir de la experiencia cotidiana, por la observación comparada y en la interacción con las personas va asimilando ciertas nociones, incluso las que expresan relación como grande- pequeño, dentro-fuera, gordo-delgado, delante-atrás, lleno-vacío, etc. Al comienzo los comprende y luego los utiliza.

Las texturas constituyen otro atributo de los objetos. El interés del niño por explorar y manipular objetos, papeles, prendas de vestir, le permitirá establecer diferencias y semejanzas entre lo que es áspero y liso, duro y blando.

Igualmente, se han interiorizado las nociones de día y de noche guiado por señales. Por ejemplo, reconoce que después de cenar se va a lavar y a dormir por lo que puede ponerse a cenar como una resistencia a acostarse.

La noción de cantidad se desarrolla asociada a experiencias cotidianas como cuando se le dice “toma un plátano, tienes dos carritos, tienes dos años, el perro tiene cuatro patas”, etc. y además va familiarizándose con algunos cuantificadores como: mucho, poco, nada, más, menos.

Hay iniciación de trazos gráficos simples y disfruta muchísimo con las actividades de dibujo, pintura y música, así como al descubrir los efectos de diversas sustancias cuando la vierte, golpea, amasa, pincha y manipula directamente con sus manos y a menudo intenta comérsela.

Asimismo, la motricidad en esta edad se encuentra principalmente en un período de ejercitación y perfeccionamiento. Empieza cada vez más la inhibición de los movimientos corporales innecesarios y se afinan los movimientos manuales siendo lo más característico que:

- Camina de forma automática, puede correr y levantarse cuando cae.
- Tiene un buen equilibrio en todos sus movimientos.
- Sube las escaleras poniendo los dos pies en el mismo escalón.
- Come usando la cuchara con destreza.
- Arma torres de más de 6 cubos.
- Puede quitar la envoltura a un dulce o a un regalo.
- Ensarta cuentas grandes en un cordel.
- Encaja piezas en un tablero, ensarta argollas, arma rompecabezas sencillos.

El juego es otra parte vital del desarrollo de los infantes a partir de los dos años, tanto por su repercusión en la vida emocional como social.

El juego representativo permite el inicio de nuevas formas de interacción social, de expresión y de comunicación, proporciona oportunidades para desarrollar habilidades indispensables en las futuras relaciones interpersonales. Durante toda esta etapa el niño mantiene una actitud especial frente a la relación con sus pares, asume un tipo de juego “solitario o paralelo” donde puede estar cerca a otro niño compartiendo el espacio y aceptando su presencia, pero cada uno cumple su propia actividad. También recordemos que el adulto es aún su principal compañero de juegos y lo busca activamente para que participe con él. (Vargas,2002, p.58)

En estos juegos niñas y niños “recrean” simbólicamente situaciones típicas de la vida social, de manera más libre, sin someterse a las exigencias de la realidad, y así exploran sensaciones y sentimientos nuevos, contrastan su experiencia de niño con la del adulto. Puede por ejemplo tener la experiencia de ser hijo o papá, cuidar y ser cuidado, mandar y obedecer, aceptar o rebelarse. Actuar y sentir lo que es ser madre, policía o conductor permite cierta ayuda a los niños a separar la realidad de la fantasía.

Niñas y niños también desarrollan iniciativa y la solución de problemas a través de la imaginación apreciándose la interrelación existente con la dimensión cognitiva. Por ejemplo, al transformar los objetos de acuerdo con sus necesidades (si no encuentra una cuchara para resolver la comidita cualquier lápiz se puede volver cuchara); o al inventar objetos (la silla se convierte en un avión), y crear sustancias (echar en la taza un té inexistente ayudado por sonidos onomatopéyicos). La posibilidad de usar un objeto para representar otro desempeña un papel importante en el desarrollo futuro del pensamiento abstracto.

El juego de representación además de estimular la imaginación y la creatividad infantil permite al niño volcar sus experiencias repitiendo los sentimientos vividos con relación a ellas, o puede reconstruir el mundo de acuerdo con cómo le gustaría que fuera, descubre que hay maneras de expresar sentimientos negativos sin hacerse daño ni hacerlo a otros: Jugando se puede gritar, molestarse, pegar a un muñeco, gruñir.

Como todos sabemos el juego “no es real”, esto posibilita al niño a experimentar emociones negativas dentro de un contexto permitido. Según Freud el juego representativo permite repetir las experiencias vitales para obtener el dominio emocional de las mismas.

Como consecuencia del aprendizaje educativo de normas y límites, surge en el niño necesidades de orden, tanto a niñas como niños les empiezan a agrandar ver las cosas en su sitio y aparecen conductas de cooperación con la familia o el centro educativo si es que ya asiste a uno. Es la etapa en que niñas y niños se sienten muy bien y orgullosos de sí mismos ayudando, sea en casa “limpiando con un trapito los muebles” o en el centro educativo “guardando los juguetes” que se le ha pedido. (Vargas, 2002, p.59)

Respecto al desarrollo de hábitos iniciado hacia el año, vemos que a los 2 años un 50% de niños ya ha logrado el control de esfínteres de día, no se mojan ni ensucian y al llegar a los 3 años por lo general se controlan tanto de día como de noche. Sin embargo, pueden presentar retrocesos por situaciones especiales como el nacimiento de un hermanito, un viaje de papá o mamá o el ingreso a la cuna.

Durante esta época de control de esfínteres niños y niñas toman conciencia de sus heces y muestran interés por explorar los orificios por donde creen que estas salen siendo necesario que los adultos sean comprensivos frente a estos comportamientos. Justamente por esta época la curiosidad por los órganos genitales propios y de los otros se evidencia más con curiosidad

visual y comparaciones por lo que surgen preguntas. En las niñas es usual ¿Por qué yo no tengo pipí? O querer orinar de pie y en el niño ¿Por qué ella no tiene? Refiriéndose a la ausencia de pene o tocar el seno de la madre preguntando ¿Qué es? Estas sencillas y directas preguntas suelen confundir a muchos adultos quienes solo deberían responder con la verdad, diciéndoles que así es su cuerpo porque es niña (según sea quien pregunte) y así lo tienen todas las niñas.

El descubrimiento del propio sexo se da de manera muy natural y su descubrimiento no se realiza tan sólo en el aspecto visual, sino también se dan tocamientos. Niñas y niños ya han descubierto sus órganos genitales y las sensaciones que producen: El varón tira de su pene, lo toca y juega, la niña descubre un poco más tarde su clítoris. Empiezan a diferenciar a varones y mujeres por señales externas como son el uso de cierta ropa, tipo de peinado, actitudes y de esta manera van construyendo más sólidamente su sentido de identidad.

El uso de su nombre, le permitió conocerse como persona individual. Ahora se conoce y examina exteriormente (le interesa mirar y observar su cuerpo, su imagen) y luego interiormente (toma conciencia de sus capacidades y por ello busca probarse a sí mismo qué puede hacer sólo), es decir se reconoce como persona constante e individual en actos y sentimientos. Se diferencia de los demás justamente por tener un sentido más claro de sí mismo.

Es probable que no los acepte con agrado pues siente que van contra su “autonomía” y lo más seguro es que use el NO para oponerse con más energía que el año anterior, pero conforme crece irá comprendiendo el sentido de lo que puede o no puede hacer, de lo prohibido y no prohibido. Sólo hay que tener paciencia.

Los adultos debemos tener una actitud de comprensión de lo que sucede, ya que son niños que necesitan aprender a controlar ciertas conductas y a la vez libertad y respeto por sus iniciativas personales. Se les debe hacer sentir que se confía en sus capacidades, por eso si un niño de esta edad tiene suficientes oportunidades para actuar y ejercitar su autonomía se reducen las posibilidades de estas escenas.

Esta vida aparente de contradicciones entre la obediencia y la rebeldía es la característica más importante del niño de 2 años, pero la palabra aprobatoria del adulto que lo atiende es el principal motivo para obedecer, ellos al felicitarlo despiertan su amor propio.

El rol alentador y cariñoso de los adultos en esta temprana etapa, los hace sentirse muy bien y refuerzan el desarrollo de una autoestima positiva.

1.13. Violencia

Definición de la violencia La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

1.13.1 Tipos de violencia:

La clasificación de la OMS, divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- La violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones)
- La violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco)

– La violencia colectiva (social, política y económica). La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual, psíquica, lo anteriores incluyen privaciones o descuido.

1.13.2 Violencia a menores

En 1999, la Reunión de Consulta de la OMS sobre la Prevención del Maltrato de Menores redactó la siguiente definición: “El maltrato o la vejación de menores abarca todas las formas de malos tratos físicos y emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del niño, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.” Se establecen cuatro tipos de maltrato de niños por los cuidadores, a saber: – el maltrato físico (real o potencial), – el abuso sexual, – el maltrato emocional (se produce cuando un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño.

Tales actos incluyen la restricción de los movimientos del menor, la denigración, la ridiculización, las amenazas e intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil), – el descuido (cuando uno de los padres no toma medidas para promover el desarrollo del niño —estando en condiciones de hacerlo— en una o varias de las siguientes áreas: la salud, la educación, el desarrollo emocional, la nutrición, el amparo y las condiciones de vida seguras).

El lactante zamarreado: El zamarreo (sacudir), es una forma frecuente de maltrato observado en los niños muy pequeños. La mayoría de los niños zamarreados tienen menos de 9 meses de edad. Los autores de este tipo de maltrato comúnmente son varones y esto puede ser más bien un reflejo del hecho de que los hombres, que en promedio son más fuertes que las mujeres, y no de que sean más propensos que las mujeres a zamarrear a los niños. Se

pueden producir hemorragias intracraneales, hemorragias retinianas y pequeñas fracturas “astilladas” en las principales articulaciones de las extremidades del niño, como resultado del zamarreo muy rápido. Estas lesiones también pueden ser consecuencia de una combinación de zamarreo y del golpe de la cabeza contra una superficie. Hay indicios de que cerca de un tercio de los lactantes sacudidos violentamente mueren y que la mayoría de los sobrevivientes sufren consecuencias a largo plazo, como retraso mental, parálisis cerebral o ceguera.

El niño golpeado: Uno de los síndromes del maltrato de menores es el del “niño golpeado”. Este término se aplica en general a los niños que presentan lesiones repetidas y graves en la piel, el aparato esquelético o el sistema nervioso. Incluye a niños con fracturas múltiples producidas en distintas fechas, traumatismo craneoencefálico y traumatismo visceral grave, con indicios de un castigo repetido. Afortunadamente, si bien los casos son trágicos, esta modalidad de maltrato es poco frecuente. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2000 hubo unas 57 000 defunciones atribuidas a homicidios en los menores de 15 años de edad. Las estimaciones de los homicidios de niños a nivel mundial indican que los lactantes y los niños muy pequeños corren un riesgo mayor, con tasas en el grupo de 0 a 4 años de edad que equivalen a más del doble de las observadas en los niños de 5 a 14 años.

Abuso sexual: Los niños pueden ser llevados a servicios profesionales debido a problemas físicos o de conducta que, cuando se investigan más a fondo, resultan ser consecuencia del abuso sexual. Los niños que han sido maltratados sexualmente presentan síntomas de infección, lesión genital, dolor abdominal, estreñimiento, infecciones crónicas o recurrentes de las vías urinarias o problemas de conducta.

Para poder detectar el abuso sexual de menores se requiere una gran suspicacia y estar familiarizado con los indicadores verbales, conductuales y físicos del abuso. Muchos niños

revelan espontáneamente el abuso a las personas que los cuidan o a otras personas, aunque quizá también haya signos indirectos físicos o de conducta.

CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO

2. Descripción de Ámbito de Intervención

2.1 Pachacútec

Pachacútec es un extenso arenal ubicado al norte del distrito de Ventanilla, en el límite norte de la provincia del Callao con la provincia de Lima, con un área aproximada de 530 hectáreas. A finales de la década del ochenta, se creó el Proyecto Especial Ciudad de Pachacútec con la finalidad de desarrollar un programa de vivienda del Estado, destinado a sectores de bajos recursos económicos, para lo cual se dispuso la inscripción de la Primera de Dominio a favor del Estado de un terreno de 2791,83 hectáreas (Ministerio de vivienda, transportes y comunicaciones, 2001).

Durante la década de los noventa, diversos asentamientos humanos se fueron conformando de manera informal y progresiva, tomando posesión de las zonas de borde.

Los primeros días del mes de febrero de 2000, más de siete mil familias provenientes de las ocupaciones ilegales de terrenos en Villa El Salvador y otros lugares de la capital, son trasladadas por el gobierno central a estos terrenos.

En julio del 2001 se crea el Proyecto Piloto Nuevo Pachacútec, encargado de planificar, coordinar y ejecutar las acciones necesarias a fin de titular a las familias posesionarias, dentro de los linderos del Proyecto Especial Ciudad de Pachacútec.

A través de dicho Decreto Supremo, se faculta al Proyecto Piloto a empadronar a las familias reubicadas; resolver el saneamiento físico legal de los terrenos; adjudicar los terrenos; entregar los aportes del equipamiento urbano a los organismos correspondientes; suscribir los contratos de compraventa e inscribir los títulos de propiedad; coordinar con las entidades públicas y privadas las acciones conducentes a la titulación y administración de la posesión; desarrollar mecanismos de participación y fortalecimiento de la organización comunal.

Territorialmente, Nuevo Pachacútec se organiza en cinco sectores y 21 grupos residenciales con la siguiente distribución:

Tabla 1. Distribución de sectores en Nuevo Pachacútec

Sector	Grupos residenciales
A	A1, A2, A3 y A4
B	B1, B2, B3 y B4
C	C1, C2, C3 y C4
D	D1, D2 y D3
E	E1, E2, E3, E4, E5 y E6

Cada grupo residencial tiene un aproximado de 25 manzanas, lo que da un total de 525 manzanas y 10482 lotes de viviendas, sin considerar las áreas destinadas a los equipamientos urbanos.

A inicios del 2003 se crea el Macroproyecto Pachacútec, con la finalidad de “propiciar el desarrollo y consolidación integral del proyecto Piloto Nuevo Pachacútec, el Proyecto Especial Ciudad Pachacútec y de los asentamientos humanos formalizados ubicados en los terrenos originales del Proyecto Especial Ciudad Pachacútec”.

Asimismo, se conforma el Consejo de Coordinación del Macroproyecto Pachacútec, como órgano de coordinación y concertación política, encargado de establecer criterios, adoptar medidas y diseñar las estrategias más adecuadas para impulsar el desarrollo de la zona donde se ubica el Macroproyecto Pachacútec.

Estos asentamientos humanos que tienen entre 9 a 17 años de conformación, con un promedio de 500 familias que, en su mayoría, viven en lotes de 120 metros cuadrados, de material precario (madera, esteras y calamina) y con servicios básicos provisionales (cisterna, letrinas); con presencia de organizaciones sociales de base ligadas principalmente a atender la alimentación (Comedores Populares, Vaso de Leche) y con escasos centros de servicios (mercados, Policía Nacional del Perú y Centros de Salud); los servicios de mayor presencia y cobertura, son los ligados al cuidado y formación de los niños menores de 5 años y de educación regular (primaria y secundaria).

En Pachacútec los niños y niñas presentan retraso en su crecimiento y desarrollo y viven en condiciones desventajosas, las transiciones durante la primera infancia, lo cual redonda en sus capacidades de aprendizaje. Asimismo, los padres, las autoridades comunales y los

docentes no valoran suficientemente la trascendencia de los cuidados en la primera infancia y su impacto en el proceso de aprendizaje y en su vida adulta. La etapa de los 0 a 3 años es totalmente desatendida por el Estado en cuanto a estimulación temprana y las familias no cuentan con los recursos que les permitan estimular el desarrollo de sus hijos en los tres primeros años de vida, que son fundamentales para su desarrollo.

CENTRO DE SALUD “Bahía Blanca”

El Centro de Salud “Bahía Blanca” en donde se ejecutó el proyecto Educación temprana en el hogar “Juego y Aprendo” versión II- ONG-IPROMIF durante el año 2016 - 2017 se encuentra situado en Pachacútec, perteneciente al distrito de Ventanilla, en la provincia constitucional del Callao, tiene 2 años de servicio ya que fue inaugurado el 15 de marzo del 2015 con la presencia del presidente regional Félix Moreno en coordinación con el Dr. Aldo Lama Morales, director de la DIRESA Callao.

Está situado en Mz. P1, lote1, sector E, grupo E3, Pachacútec-Ventanilla. La directora del Centro en la actualidad es la Doctora Noemí Medina Paz.

Dicho Centro atiende al niño, al adolescente, al joven, al adulto y al adulto mayor. Se encuentra totalmente renovado y equipado Tiene consultorios no solamente de Medicina sino también de Odontología, Psicología, Servicio Social, Obstetricia, de Crecimiento y Desarrollo, así como de Inmunización. En donde laboran aproximadamente con 43 profesionales; cuenta con 14 consultorios en donde reciben aproximadamente de 80 a 160 pacientes por día. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:30 a 8:00 pm y los sábados de 8:00am a 2:00 pm.

Asimismo, cuenta con una cabina de seguridad, un ambiente de recepción, 4 baños, 3 almacenes (de limpieza, de materiales y documentos y de fármacos), un auditorio,1 comedor equipado con refrigeradora, microondas, cocina a gas y una mesa; por otro lado, también cuenta con áreas verdes y balcones.

2.2 Datos sociodemográficos

2.2.1 Población

La ciudadela de Pachacútec alberga a aproximadamente 169 mil personas, siendo esta cifra superior a otras ciudadelas dentro de Ventanilla

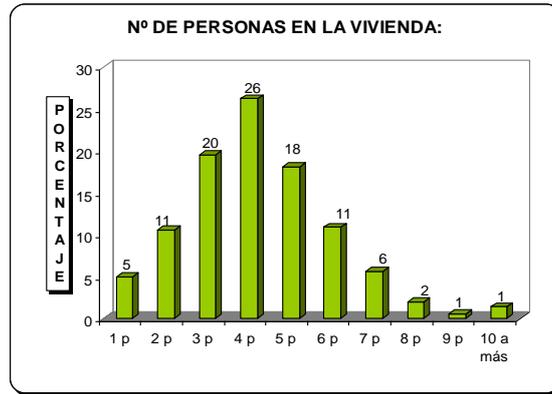
Tabla 2. Cantidad de habitantes

CODIGO INEI	SUB.UNIDAD	AREAS URBANAS	ESTACION KM2	POBLACION ESTIMADA
1235	MARQUEZ	11	29.28 KM2	32,860
1244	VENTANILLA	105	28.81 KM2	150,000
1246	VILLA LOS REYES	30	3.59 KM2	90,000
1245	PACHACUTEC	122	20.35KM2	169,000
TOTAL				441, 860 HAB
FUENTE INEI 2014, EN UN TOTAL DE 355,830 HABITANTES, TENIENDO UNA TASA DE CRECIMIENTO DEL 13.8% POR AÑO				

2.2.2 Estructura de la familia

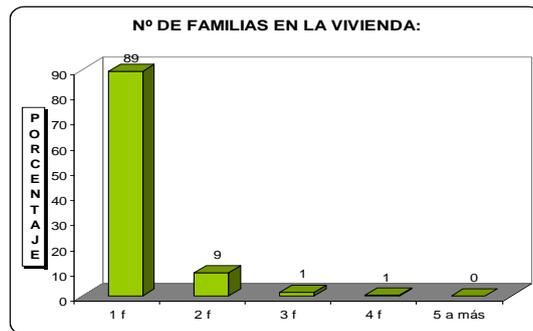
Según la encuesta realizada en la zona predominan las familias nucleares (89%), compuesta por 4 miembros (28%), aunque también existen viviendas donde conviven 2 familias (9%). De los datos analizados podemos determinar que la densidad poblacional en el esquema Pachacútec del distrito de Ventanilla es de 4.49 habitantes por vivienda.

Gráfico N.º 1



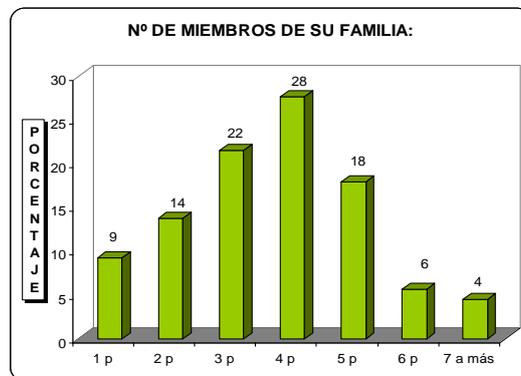
Fuente: Encuesta Socioeconómica- Consorcio Macroproyecto Ingenieros

Gráfico N.º 2



Fuente: Encuesta Socioeconómica- Consorcio Macroproyecto Ingenieros 2008

Gráfico N.º 3



Fuente: Encuesta Socioeconómica- Consorcio Macroproyecto Ingenieros 2008

A partir de la aplicación de una breve ficha realizada como parte del estudio de la Asociación Kusi Warma a 6000 familias de la zona y con la finalidad de identificar el número de niñas y niños entre 0 y 7 años, obteniendo un registro de 3862, se logra apreciar una distribución regular de la población infantil en las diversas edades, excepto para el caso de recién nacidos y menores de 1 año, quienes representan cerca del 2%

Tabla 3. Total, de niños y niñas de la zona de Pachacútec

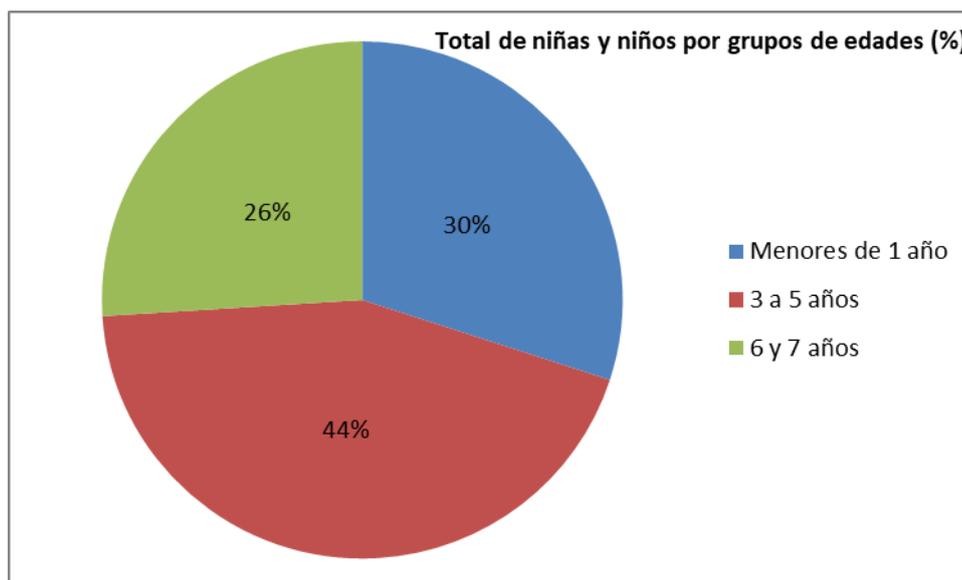
Edad	Niños	Niñas	Total	%
Menos de 1 año	35	28	63	1,6
1 año	317	272	589	15,3
2 años	271	242	513	13,3
3 años	299	271	570	14,8
4 años	297	280	577	14,9
5 años	291	276	567	14,7
6 años	271	245	516	13,4
7 años	269	198	476	12,1
TOTAL	2050	1812	3862	100

Fuente: Diagnóstico y exploratorio de las condiciones que favorecen las transiciones de niñas y niños de 0 a 7 años en la zona de Pachacútec – Ventanilla (2008)

Cerca de la población de 0a 7 años, se ubica en el rango de 3 a 5 años, grupo correspondiente al II Ciclo de la Educación Básica Regular y con los servicios denominados Centros de Educación Inicial y Pronoei. En segundo lugar, se encuentra el grupo menores de 3 años, correspondiente al I Ciclo y a los servicios de Wawa Wasi, Centros de Vigilancia

Comunitaria del Crecimiento y Desarrollo Temprano y Salas de Estimulación, finalmente se ubican los niños y niñas de 6 y 7 años, del III Ciclo y del primer y segundo grado de Primaria.

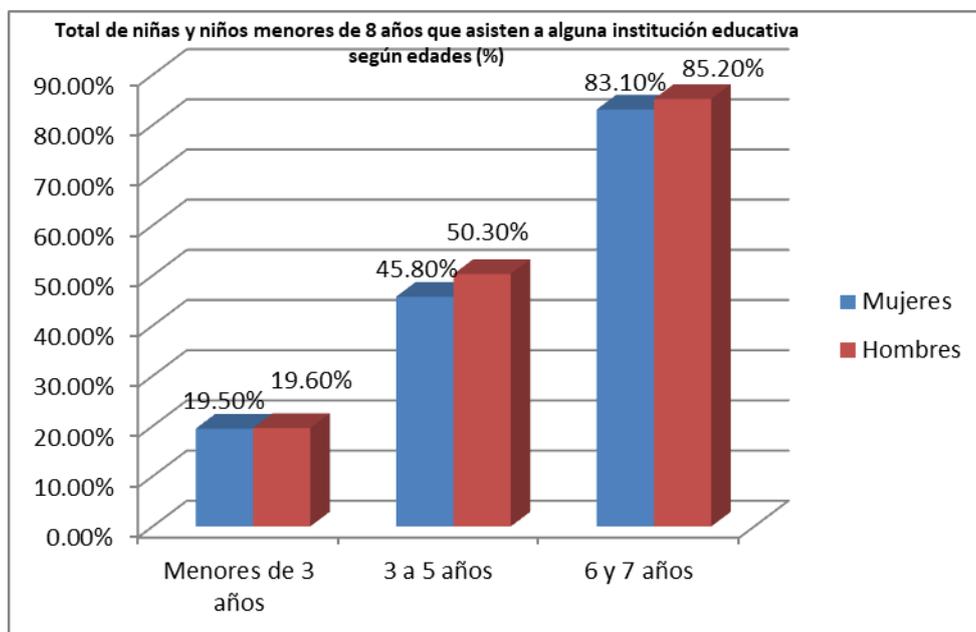
Gráfico N°4



Fuente: Diagnóstico y exploratorio de las condiciones que favorecen las transiciones de niñas y niños de 0 a 7 años en la zona de Pachacútec – Ventanilla (2008)

Se conoce que una de las características relevantes de la población infantil, es su escasa participación o inclusión en algunas de las modalidades de servicios de formación considerada como un derecho y una obligación en nuestra legislación nacional que son parte del sistema educativo nacional y que se ofertan en la zona

Gráfico N°5



Fuente: Diagnóstico y exploratorio de las condiciones que favorecen las transiciones de niñas y niños de 0 a 7 años en la zona de Pachacútec – Ventanilla (2008)

En efecto, un 80% de niñas y niños menores de 3 años y el 50% de las niñas y los niños de 3 a 5 años (todos ellos correspondientes al nivel educativo inicial) no asisten a ningún tipo de servicio educativo, tal como lo estipula el Plan de Estudios de la Educación Básica Regular del sistema educativo nacional.

Se logra observar que casi la totalidad de las familias de la zona, descartan la asistencia a los centros de formación en donde las niñas aparecen por debajo del promedio de asistencia que los niños, en el rango de 3 a 5 años

Gráfico N°6

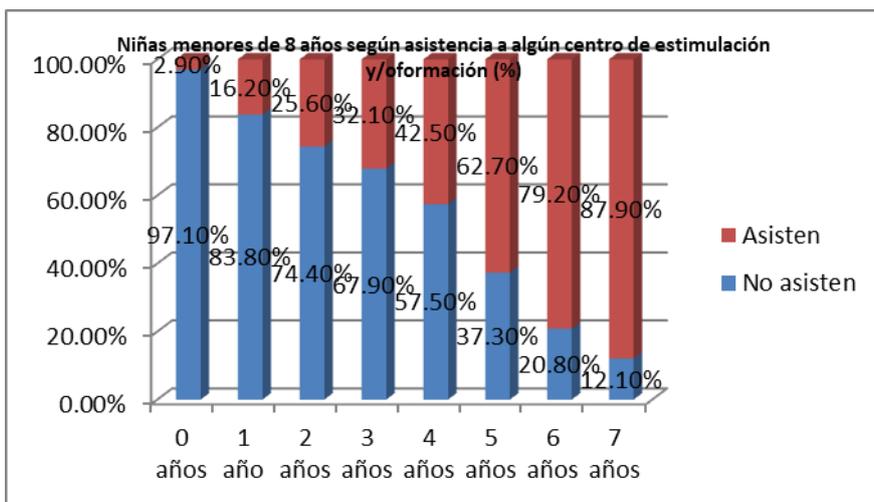
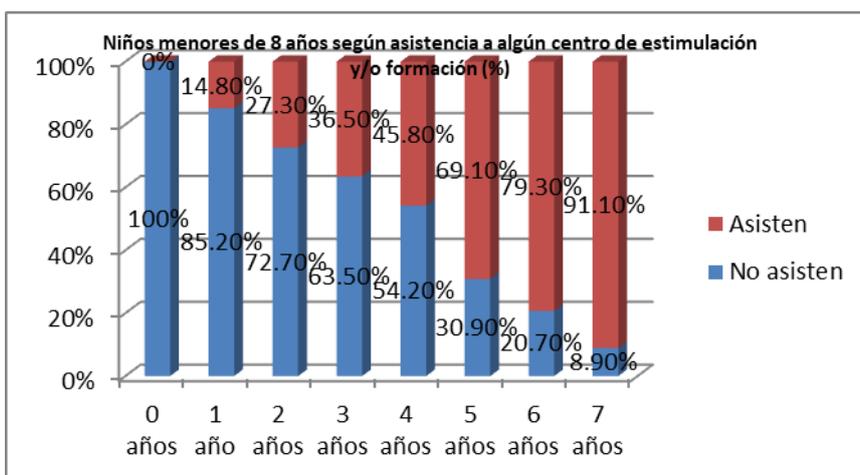


Gráfico N°7



Fuente: Diagnóstico y exploratorio de las condiciones que favorecen las transiciones de niñas y niños de 0 a 7 años en la zona de Pachacútec – Ventanilla (2008)

Según el informe de la Evaluación Basal sobre el Desarrollo Psicomotor de los niños de 30 a 36 meses de siete zonas del Distrito de Ventanillas, las niñas y niños de 3 años exhiben, en su mayoría, un nivel de desarrollo psicomotor normal (66%) o normal inferior (16%). Las áreas con mayor grado de desarrollo son la Coordinación (81.5% normal) y Motricidad

(80.4% normal); pero es el área de lenguaje el que exhibe menores niveles de desarrollo normal (34.8%), concentrándose la mayoría en los niveles en riesgo (41.3%) o normal inferior (23.9%).

Gráfico N°8

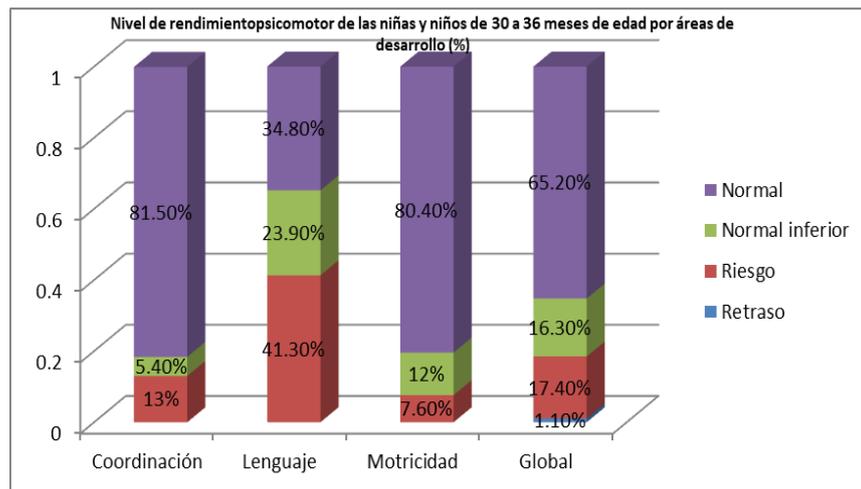


Gráfico N° 9

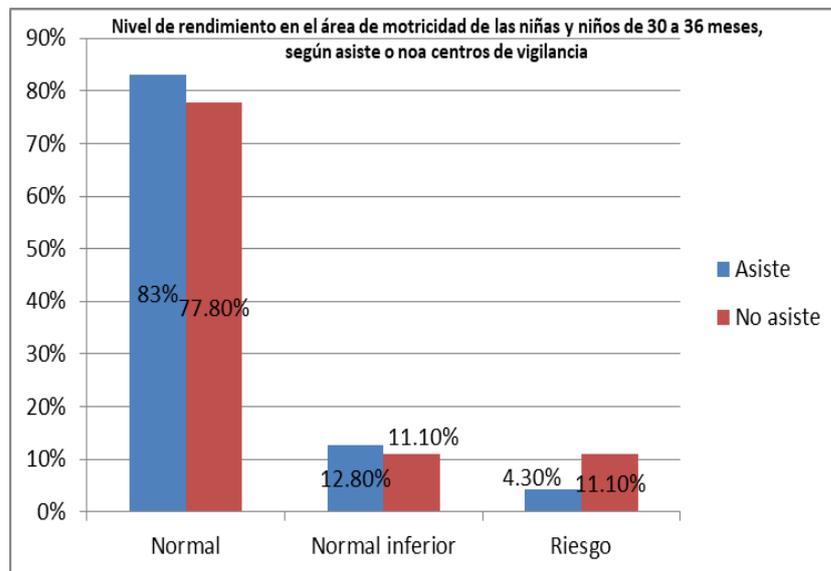
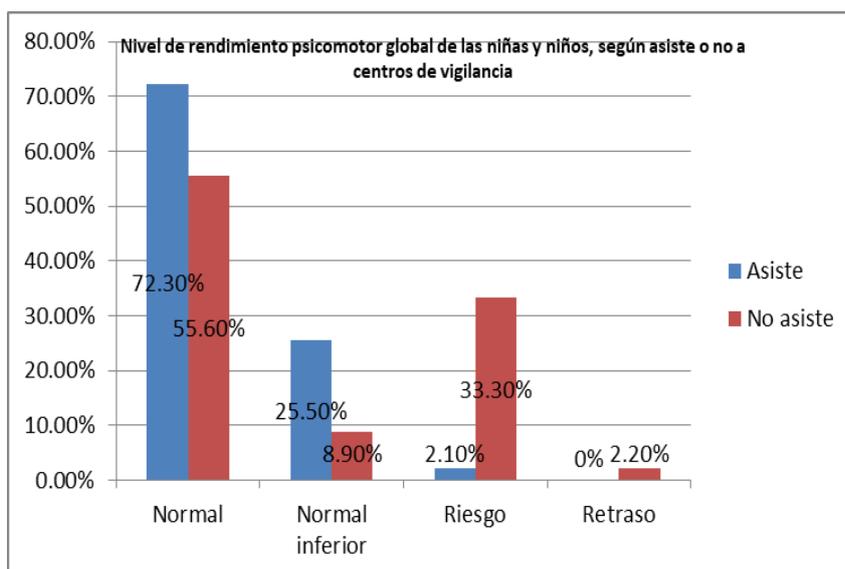


Grafico N° 10



Fuente: Diagnóstico y exploratorio de las condiciones que favorecen las transiciones de niñas y niños de 0 a 7 años en la zona de Pachacútec – Ventanilla (2008)

2.2.3 Ingresos y gastos familiares

El promedio del ingreso mensual en las familias encuestadas es de S/.834.59 nuevos soles. Contribuyendo a este ingreso se encuentran el padre, la madre y los hijos(as).

Es importante resaltar que los datos son muy dispersos entre sí, por lo que se muestra el siguiente cuadro para reflejar mejor la información recogida: el menor ingreso registrado es de S/.165, el mayor ingreso es de S/.2.720, el que más se repite es de S/.800 y la mediana encontrada es de S/.775.

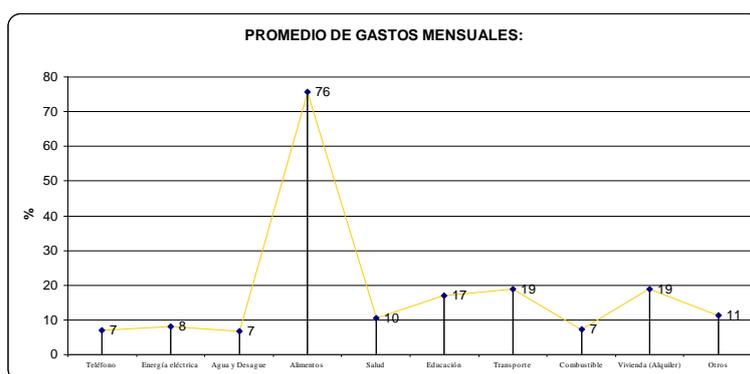
Tabla 4. Ingresos (Nuevos soles)

Ingreso	Prom.	Min.	Max.	Moda	Mediana
mensual:	834.59	160	2720	800	775

Fuente: Encuesta Socioeconómica- Consorcio Macroproyecto Ingenieros 2008

En cuanto a la distribución mensual del gasto familiar, el siguiente gráfico muestra que, en primer lugar, los ingresos van a cubrir los alimentos (76%), seguido por el alquiler de vivienda y transporte (19%) y la educación (17%). También podemos observar que el menor gasto representa el pago realizado de los servicios de agua y alcantarillado (7%).

Gráfico N.º 11



Fuente: Encuesta Socioeconómica- Consorcio Macroproyecto Ingenieros 2008

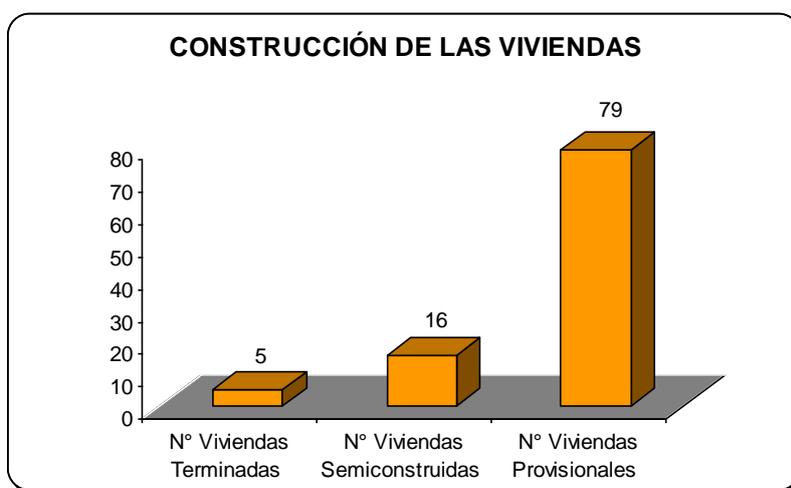
2.2.4 Construcción de la vivienda

Con respecto a la naturaleza del terreno, la pendiente es inclinada en un 57%, y plano en un 43%. El tipo de suelo es arenoso en un 71%, rocoso un 27% y semirocoso en un 2%. El tamaño promedio de los lotes en los tres Estamentos del Esquema Pachacútec es de 120 m².

En cuanto a la construcción de la vivienda, alrededor del 79% de las viviendas están construidas con material provisional (mayoritariamente madera), el 18% de las viviendas están en proceso de construcción y sólo el 4% de las viviendas están terminadas.

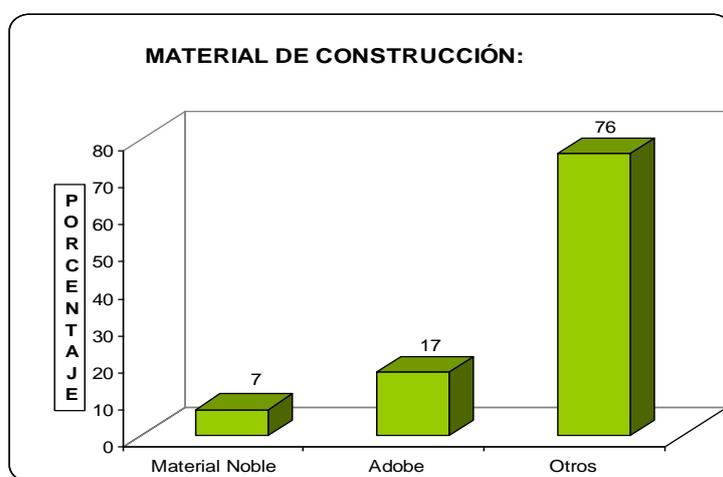
Con respecto a la vivencia el 79% de los lotes del Esquema Pachacútec están habitados. Sólo 1% de las viviendas posee dos pisos, el resto (99%) tiene un sólo nivel.

Gráfico N.º 12



Fuente: Ficha de habilitación - Consorcio Macroproyecto Ingenieros 2008

Gráfico N.º 13

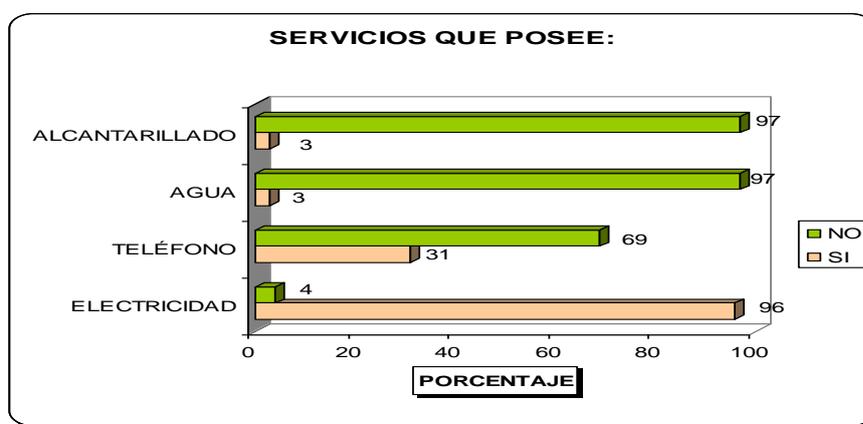


Fuente: Encuesta Socioeconómica- Consorcio Macroproyecto Ingenieros 2008

2.2.5 Servicios

Respecto al alumbrado público y electricidad domiciliaria, el 96% de las habilitaciones cuenta con alumbrado público definitivo y conexión eléctrica domiciliaria. En cuanto al acceso a la telefonía 69% posee este servicio en forma fija y un 31% lo tiene a través de locutorios.

Gráfico N.º 14



Fuente: Encuesta Socioeconómica- Consorcio Macroproyecto Ingenieros 2008.

2.2.6 Población participante

Menores con edades entre 4 meses a 3 años que se atendían en el servicio de CRED (crecimiento y desarrollo del niño) y que participaron del proyecto “Educación temprana en el hogar Juego y Aprendo II”.

Tabla N°5: Cuadro de participantes

Grupo	Edad	Total
Gateadores	4 mese a 1 año	6
Caminadores	1 año a 2 años	13
Pre-kínder	2 años a 3 años	11
TOTAL		30

2.3 Evaluación de necesidades

2.3.1 Fundamentos

Reconocer los factores psicosociales que influyen de manera positiva y negativa en el desarrollo emocional y físico de los bebés menores de 3 años que acuden al Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y del Niño menor de 5 años (CRED)

Por ello, se recogió información de las enfermeras de CRED y padres de familia que fue útil para el desarrollo de las sesiones de estimulación. Asimismo, se indagaron las necesidades y los recursos que poseen a fin de lograr un cambio positivo en las madres y bebés.

2.3.2 Necesidades:

- Profesionales que brinden conocimientos acerca de la primera infancia.
- Profesionales que conozcan el desarrollo de sesiones de estimulación temprana.
- Atención a padres de familia.

2.3.3 Recursos:

- Espacio físico y materiales para poder realizar las sesiones.
- Apoyo por parte del centro de salud y de los profesionales para el adecuado desarrollo del proyecto.
- Interés y disposición por parte de los padres y madres de familia para aprender.

2.4 Diseño del Proyecto

2.4.1 Educación temprana en el hogar “Juego y aprendo” versión II

El Proyecto Educación Temprana en el Hogar “Juego y Aprendo” es un proyecto que se viene ejecutando desde el 2011 a cargo de IPROMIF; en su primera etapa fue desarrollada en el Centro de Salud 3 de febrero, Pachacútec Ventanilla - Callao, con resultados muy positivos y alentadores, tanto en el desarrollo integral de los niños menores de 3 años, como en la promoción de competencias parentales de madres, padres y familias. En la actualidad se viene desarrollando la versión II del proyecto en mención.

Se tiene presente como se desarrolla el cerebro del niño y como aprende en los primeros años de su vida, fortaleciendo al mismo tiempo el apego seguro, así como el desarrollo del lenguaje, destrezas motoras, habilidades sociales y relaciones saludables. Se toma en cuenta que el papel de los padres es fundamental en la formación de sus hijos y la finalidad de la presente propuesta es que ellos adquieran nuevas competencias parentales y prácticas de crianza positiva, reforzando en casa lo aprendido en cada sesión con responsabilidad y afecto.

El Proyecto Educación Temprana en el Hogar “Juego y Aprendo” versión II -ONG - IPROMIF es una propuesta integral con estrategias diversificadas, que ha sido formulada especialmente para poblaciones en extrema pobreza en la que se toma en cuenta los recursos personales y locales como una fuente de aprendizaje y desarrollo y que se espera sea una ventana de oportunidad para los infantes menores de 3 años que viven en Pachacútec. Es una propuesta que va más allá de lo que conocemos como un programa de estimulación temprana, pone especial énfasis en el trabajo con mediadores innatos como son los padres de familia y otros adultos cuidadores (abuelos, hermanos, tíos, etc.) que interactúan directamente con los menores.

2.4.1.1 Componentes

- Desarrollo de capacidades para el cuidado infantil a madres y padres, adulto cuidador y agentes de salud desde una propuesta psicoeducativa que los involucre de manera activa para promover prácticas de cuidado positivas.

- Atención temprana física, emocional, cuidado de la salud y alimentación. Ello conlleva la responsabilidad de los padres para que aseguren un ambiente adecuado psíquica y emocionalmente estable que favorezca un desarrollo equilibrado y una acción preventiva en los primeros años de vida.

- Sensibilización de la comunidad, apostamos por informar a la población adulta a través de charlas mensuales para que tengan conocimiento de la importancia de una adecuada estimulación en la primera infancia.

Tabla Ni 6: Componentes del proyecto

		Componentes	Estrategias
Paradigma de la intervención temprana	Proyecto Educación Temprana en el hogar “Juego y Aprendo” versión II	Niños:	Estimulación temprana: <ul style="list-style-type: none"> - Física - Emocional - Cognitiva
		Padres:	Talleres vivenciales: <ul style="list-style-type: none"> - Talleres mensuales - Charlas psicoeducativas
		Comunidad:	Sensibilización: <ul style="list-style-type: none"> - Campañas - Ferias

2.4.1.2 Justificación

El proyecto Educación temprana en el hogar “Juego y Aprendo” versión II, ejecutado por la ONG- - “IPROMIF” durante el año 2016-2017, se llevó a cabo debido a los resultados obtenidos dentro de la primera fase diagnóstica, en donde se observó como problemática central la violencia por negligencia que se vivía en los vecindarios de los menores pertenecientes a CRED, es por ello que tomando en cuenta la importancia del desarrollo emocional y físico en la primera infancia se decide llevar a cabo este, incentivando de manera particular la estimulación de las áreas de desarrollo para cada uno de los menores en el grupo de correspondía acorde a su edad cronológica. Para efectos de este estudio de caso nos centramos en el componente de niños.

2.4.1.3 Propósito

Su propósito es que los niños y niñas menores de 3 años incrementen sus habilidades de lenguaje, motrices, socioemocionales y presenten adecuados cuidados en su salud y alimentación a partir del involucramiento de las madres, padres y/o adulto cuidador en la atención Temprana de los niños y niñas.

2.4.1.4 Objetivo general

Desarrollar una intervención social comunitaria en el centro de salud “Bahía Blanca” que aborde los criterios metodológicos pertinentes para efectuar acciones preventivas, y promocionales de calidad a la comunidad de Pachacútec, tanto en el ámbito de salud, educativo y familiar, que contribuya a la promoción de capacidades y competencias en bebés, niños y padres de familia para así lograr en conjunto una calidad de vida y bienestar social para la comunidad.

2.4.1.5 Meta

La meta es que al finalizar los tres años del proyecto los niños que participaron de éste hayan alcanzado el desarrollo adecuado para la edad que tienen, así como el desarrollo de sus capacidades y habilidades, todo esto de la mano del involucramiento de los responsables de su cuidado.

2.5 Procedimiento

La etapa inicial en el proyecto fue el reconocimiento de la zona, de la comunidad y de las personas con las que podíamos trabajar como aliados para lograr las metas marcadas, entonces empezamos la etapa diagnóstica, en donde se pudo conocer las necesidades más importantes y los recursos con los que se contaba, es a partir de esto que se pudo conocer el problema central, mediante evaluaciones cualitativas y cuantitativas como: grupo focal, entrevistas a profundidad y evaluaciones de desarrollo en los menores, luego pasamos a la etapa de intervención en donde se trabajó con 30 padres y madres de familia y sus hijos respectivamente, dentro de los grupos de lactantes con 6 infantes, en el grupo de caminadores con 13 y en el grupo de pre-kínder con 11 a quienes se aplicaban las sesiones de estimulación física y emocional dentro del proyecto, para ello se pedía completa predisposición por parte de los padres y cuidadores de los menores, no sólo para los talleres de estimulación sino también para los temas que se desarrollaban mensualmente, finalmente se pasó a la etapa de evaluaciones finales en donde se observaron cambios tanto en el área física como emocional., en los infantes.

2.6 Evaluación

Proceso de evaluación inicial y final:

Todo niño que participa en el proyecto fue evaluado en áreas específicas de desarrollo infantil, que se dieron al inicio y al final de esta primera etapa.

2.6.1 Evaluación inicial

- **Técnicas empleadas**

Evaluaciones cuantitativas

- ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0-24 MESES
(EEDP)

Nombre del instrumento:

Manual de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (E.E.D.P)

Autor:

Soledad Rodríguez, Violeta Arancibia y Consuelo Undurraga

Edad:

0 – 24 meses de edad

Objetivo:

Medir el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor.

Descripción:

Se estructura de la siguiente manera:

1. Descripción del objetivo y áreas que contempla el manual.
2. Técnicas de medición, materiales, tablas de puntaje según edad para su medición.
3. Escala y descripción de la evaluación.
4. Escala y perfil para el desarrollo psicomotor

Valoración:

Permite visualizar cuál es el nivel de rendimiento del niño a nivel de desarrollo psicomotor

Áreas que evaluar:

- Coordinación (C):

Esta área comprende las reacciones del niño que requieren coordinación de funciones.

(Óculo- motriz y de adaptación ante los objetos)

- Motora (M):

Se refiere al control de la postura y motricidad

- Lenguaje (L):

Esta área abarca tanto el lenguaje verbal, como el no verbal; reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales.

- Social (S):

El comportamiento social se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación.

Materiales:

A. Batería de la prueba:

- 1 campanilla de metal
- 1 argolla roja de 12cm. con un cordel de 50cm. de diámetro
- 1 cuchara roja de plástico de 19cm. de largo (color vivo)
- 10 cubos rojos de madera de 2.5 cm. por lado
- 1 pastilla rosada polivitamínica, formulario nacional
- 1 pañal
- 1 botella de entre 4 y 4.5cm. de alto y 2 cm. de diámetro
- 1 hoja de papel de tamaño oficio, sin líneas
- 1 lápiz de cera
- 1 palo de 41cm. de largo y 1 cm. de diámetro
- 1 muñeco (dibujo)

B. Manual de administración:

- **Edad:** mes a que corresponde el ítem
- **Número de ítems:** 75 ítems
- **Ítem:** Descripción de la tarea a realizar
- **Ubicación del niño**
- **Administración:** Especificaciones de las actividades a realizar e indicación del

crédito a otorgar

- **Material:** Elemento (s) necesario (s) cuando la prueba lo requiere

C. Hoja de registro:

Edad: Mes al que corresponde el ítem

Ítem: En esta columna aparece el número de ítems, una o dos letras mayúsculas que designan el o las tareas de desarrollo medidas y finalmente una frase que describe brevemente la tarea a realizar según las especificaciones del manual de administración.

Puntaje: En este espacio se anota si el niño aprobó o falló el ítem, si lo aprobó se anota el puntaje indicado para cada ítem según el mes de edad, si falla en cualquier ítem a cualquier edad el puntaje siempre será cero

D. Tablas de puntaje:

Las tablas, una para cada mes de edad contiene los puntajes para convertir el resultado de la prueba a puntaje estándar y así, poder obtener el coeficiente de desarrollo.

-TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE 2-5 AÑOS (TEPSI)

Nombre:

Test de desarrollo psicomotor (TEPSI)

Finalidad:

Detectar si el niño/a se encuentra en el rango de normalidad o bajo en cuanto a su desarrollo psicomotor

Áreas que evaluar:

- Motricidad:

Se ha vulgarizado para designar el desarrollo psicológico de los dos primeros años de vida. Gran parte del mundo del niño está relacionado con el movimiento.

- Coordinación visomotora:

Se entiende como el contacto y manipulación de los objetos, percepción viso motriz, respuesta de la acción, imitación y figuración gráfica.

- Lenguaje:

Es una de las funciones psicológicas que más roles desempeña en el desarrollo psíquico del ser humano. Permite comunicar y expresar emociones. Además, interviene en los procesos cognoscitivos, pensamiento, memoria, razonamiento, solución de problemas y planeamiento

Autores:

Isabel Haessler y Teresa Marchant (1995)

Forma de aplicación:

Individual

Duración:

30 a 45 minutos

Edad:

2 a 5 años

Objetivo:

Conocer el nivel de rendimiento psicomotor de niños y niñas para determinar el rendimiento normal de acuerdo con la edad

Estructura:

Consta de tres subtest: motricidad, coordinación y lenguaje

Valoración:

Prueba estandarizada que solo contempla dos situaciones: de éxito o fracaso, 0 ó 1 punto, por lo tanto, es restringida para evaluar a niños con NEE

Materiales:

- Manual de aplicación y cuadernillo para anotar resultados
- Batería TEPSI:
 - Lápiz mina
 - Cuadrados de papel: azul, amarillo y rojo
 - Pelota de tenis
 - 2 vasos plásticos pequeños
 - 2 bolsas: una rellena de arena y la otra rellena de algodón
 - 12 cubos de madera
 - Aguja de lana con punta roma
 - Estuche con 2 ojales y botones
 - Dos globos
 - Carrete con hilo de volantín duro
 - Rectángulo con ojillos y un cordón de zapatos
 - Tablero de madera con cuatro barras fijas y tres removibles

2.6.2 Evaluación final

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE 0-24 meses(EEDP)

En el Centro de Salud “Bahía Blanca” se aplicó a los menores del nivel Lactantes (4 mese – 1 año) y en el nivel Caminadores (1año - 2años) pertenecientes al proyecto Educación Temprana en el Hogar “Juego y Aprendo” – versión II.

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE 2-5 AÑOS (TEPSI)

En el Centro de Salud “Bahía Blanca” se aplicó a los menores del nivel Pre-Kínder (2 años – 3 años) pertenecientes al proyecto Educación Temprana en el Hogar “Juego y Aprendo” – versión II

LISTA DE CHEQUEO

Es una herramienta que se utiliza para realizar la evaluación de un tema, que se desee identificar, para ello se elaboraron 3 listas de chequeo respetando el desarrollo psicomotor de cada grupo, en donde se pudo evaluar las áreas trabajadas en sesión.

OBSERVACIÓN EN SESIÓN

Viene a ser un procedimiento de recolección de datos e información que consiste en utilizar los sentidos para observar hechos y realidades sociales, a la gente y el lugar donde desarrollan normalmente sus actividades. Se utilizó esta técnica para reconocer si el desenvolvimiento de los infantes iba acorde a su desarrollo psicomotor durante las sesiones.

2.7 Sesión de Estimulación Temprana

A continuación, se explica un modelo de la sesión que se trabajó, considerando las áreas de desarrollo como coordinación, motricidad, lenguaje, sensorial y socioemocional, durante aproximadamente una hora en el grupo de caminadores.

CONTENIDO	OBJETIVOS	TECNICAS	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIALES
Presentación de la sesión	<ul style="list-style-type: none"> - Dar la bienvenida. - Plantear los objetivos de la sesión. 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámico y participativo, fortaleciendo las competencias parentales. 	3'	-
Dinámica de inicio ANIMACION	<ul style="list-style-type: none"> - Activar al grupo y fomentar un clima cálido y ameno. - Estimular el área social y lenguaje 	Participativo: <i>Canción "Hola amiguitos"</i>	<p>En un círculo y sentados, las mamás y sus hijos cantaran la canción: Hola, amiguitos, hola como están (ver anexo)</p>	3'	Radio CD'
	Realizar ejercicios de estimulación	participativo	<p>Motricidad Gruesa Los menores tendrán que pasar los obstáculos que encuentren dentro del circuito de motricidad tomando en cuenta el control que ellos ya tienen de las partes gruesas de su cuerpo.</p> <p>COORDINACION Los niños tendrán que sostener ganchos de ropa con dos o tres dedos e insertarlos en un círculo de</p>		<p><i>Módulos de circuito</i></p> <p><i>Ganchos de ropa</i></p> <p><i>Círculo de cartón</i></p>

colores, tomando en cuenta el reconocimiento de los colores.

LENGUAJE

Los menores practicarán soplo con el ejercicio de la mano que dice “hola”

SOCIALIZACIÓN

Se trabaja el tema del abrazo y el contacto físico tanto con los padres o cuidador como con los compañeros de grupo

(Fondo canción: “Te quiero yo y tú a mí” - Barney)

COGNITIVA

Se repasarán los bits de inteligencia dirigidos al tema del mes que son los colores, se realizará también una hoja de trabajo para reforzar el tema del día.

SENSORIAL

Los menores jugarán con una masa viscosa, reconociendo su textura, el color y expresarán lo que sienten al tocarla

Vaso de plástico

Sorbete

Guante quirúrgico

*Bits
Enciclopédicos*

Maicena

Agua

Temperas

REFLEXION	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar un material visual respecto al desarrollo normal del niño en esa etapa. - Incrementar los conocimientos de las madres respecto al desarrollo de sus niños y los signos de alarma que deben tener en cuenta 	Expositivo participativo	<p>Se realizará una lluvia de ideas respecto a los conocimientos previos acerca del desarrollo normal de una niña o niño de 1 a 2 años.</p> <p>Preguntar a las mamás: ¿Qué hace una niña o niño de 1 a 2 años?</p> <p>Anote las repuestas en la pizarra</p> <p>Reforzar lo anotado con conocimientos respecto al desarrollo normal y signos de alarma del niño</p>	10'	Pizarra o papelógrafo Plumones
EVALUACIÓN	-		<p>Demostración de una actividad aprendida en el desarrollo de la sesión de estimulación temprana</p> <p>demostración de las actividades de estimulación que tendrán que ponerse en práctica en el hogar de manera más continua:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empezar a recrear pequeños circuitos para que obtengan seguridad al momento del control de las áreas gruesas de su cuerpo <ul style="list-style-type: none"> • Cantarle suavemente. • Decirle: adiós, chau, con gestos al niño y motivarlo a que lo imite. • Mostrarle imágenes referidas al tema mensual <ul style="list-style-type: none"> • Enseñarle a soplar, a realizar ejercicios con la lengua y los labios 		

2.8 Presupuesto

COMPONENTES	ACTIVIDADES	DETALLE	COSTO
COMPONENTE 01 “Sub-Programa de actividades para niños”	Estimulación física y emocional.	(106 sesiones x año) x3 años = 318 sesiones \$15.80 -> gasto por sesión \$15.80 x 318Sesiones =	S/. 5,024.4
	Evaluaciones seriadas para ver el avance de sus logros.	(180 pruebas x 1 año)x3años =540 pruebas \$0.30 x 540 =	S/. 162. 00
TOTAL C 1			S/. 5,186.4
TOTAL DEL PROYECTO			S/. 5,186.4

CAPÍTULO III: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

3.1 Evaluación inicial

La evaluación inicial se realizó al inicio del proyecto en donde todo menos inscrito en este pasaba por una evaluación de desarrollo para así poder conocer cuál era el nivel que tenía hasta el momento en las áreas a trabajar dentro del proyecto.

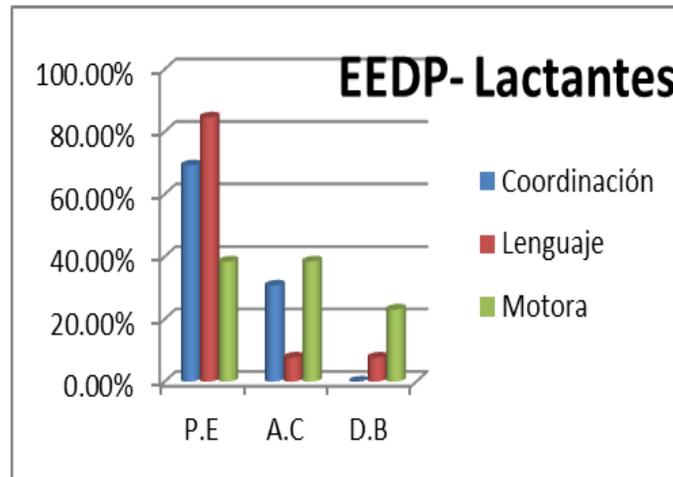
Por edades y niveles se utilizaron diferentes evaluaciones anteriormente explicadas.

Los resultados obtenidos en una primera instancia fueron:

3.1.1 Grupo Lactantes: 4 meses a 11 meses

En los resultados obtenidos en el nivel “Lactantes” se observa que en **la evaluación de EEDP** hay un porcentaje alto de niños que presenta un desarrollo del lenguaje y coordinación por encima a su edad cronológica, por otro lado, se observa un porcentaje alto de niños que presentan un desarrollo motor por encima y acorde a su edad cronológica.

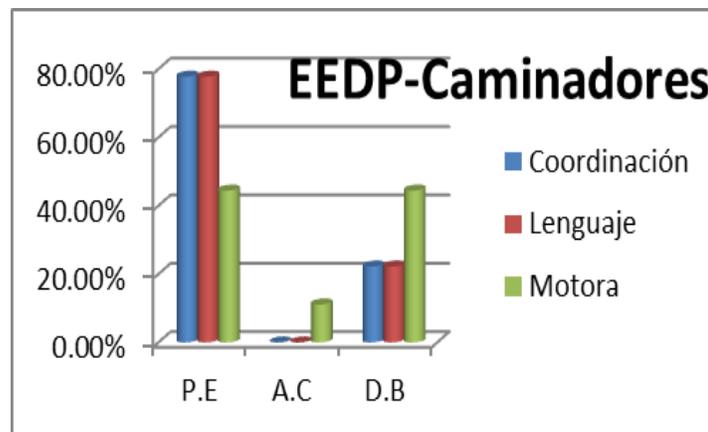
Gráfico N°. 15



3.1.2 Grupo Caminadores: 1 año a 2 años

En los resultados obtenidos en el nivel “Caminadores” se observa que en **la evaluación de EEDP** hay un porcentaje mayor de niños que presentan un desarrollo del lenguaje y coordinación por encima a su edad cronológica, así como un alto porcentaje de menores que se encuentran por encima y debajo a su edad cronológica en el área motora.

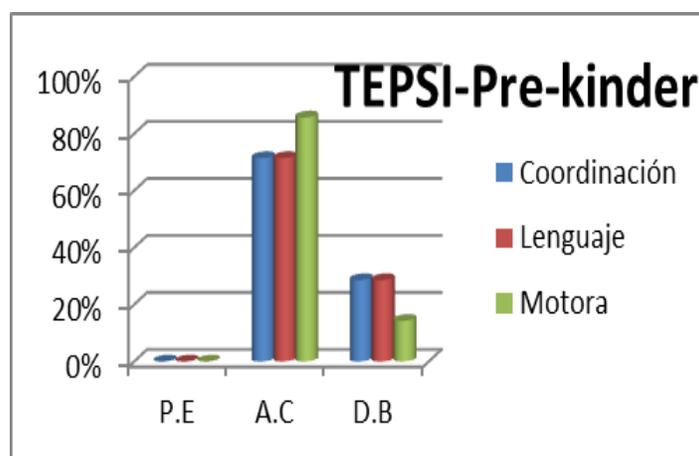
Gráfico N° 16



3.1.3 Grupo Pre kinder: De 2 a 3 años

En los resultados obtenidos en el nivel “Pre-kínder” se observa que en **la evaluación de TEPSI** hay un alto porcentaje de niños que presentan un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área motora, en el área de lenguaje y en el área de coordinación.

Gráfico N°17



Conclusión: Los menores pertenecientes a los tres niveles en su mayoría presentan un desarrollo por encima a su edad cronológica, sin embargo, también se observan porcentajes que están por debajo de su edad cronológica en el área de lenguaje y en el área motora.

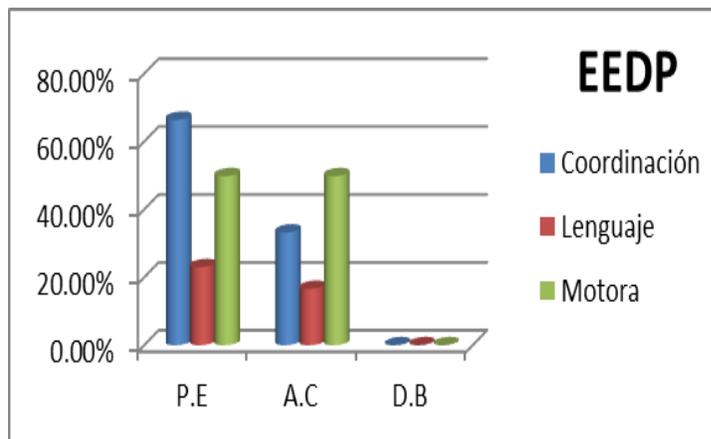
3.2 Evaluación final

Dentro de esta etapa se evaluó a los que niños que participaron de las sesiones del proyecto para conocer cuáles fueron las mejoras obtenidas durante esta primera parte del proyecto, para lo cual se utilizaron evaluaciones cualitativas (Lista de chequeo y observación) y cuantitativas (EEDP y TEPSI) con el fin de obtener un resultado más objetivo.

3.2.1 Grupo Lactantes: 4 meses a 1 año

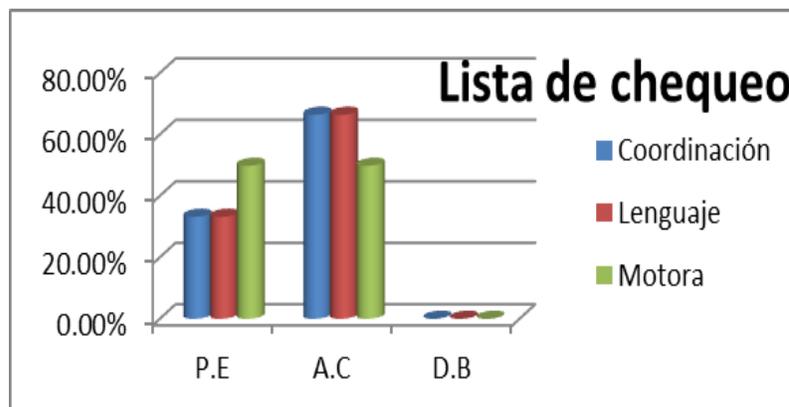
En los resultados obtenidos se observa que en **la evaluación de EEDP** hay un porcentaje mayor de niños que presentan un desarrollo del lenguaje y del área motora por encima a su edad cronológica.

Gráfico N°18



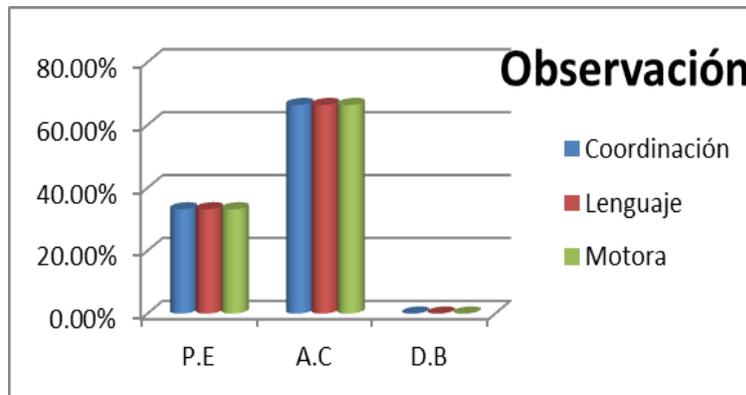
En los resultados de la **lista de chequeo** se han podido obtener niveles altos en cuanto a un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área de lenguaje y un desarrollo por encima a su edad cronológica en el área motora.

Gráfico N°19



En los resultados se puede ver que mediante **la observación en sesión** se ha podido obtener niveles altos en cuanto a un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área de lenguaje y en el área motora.

Gráfico N° 20

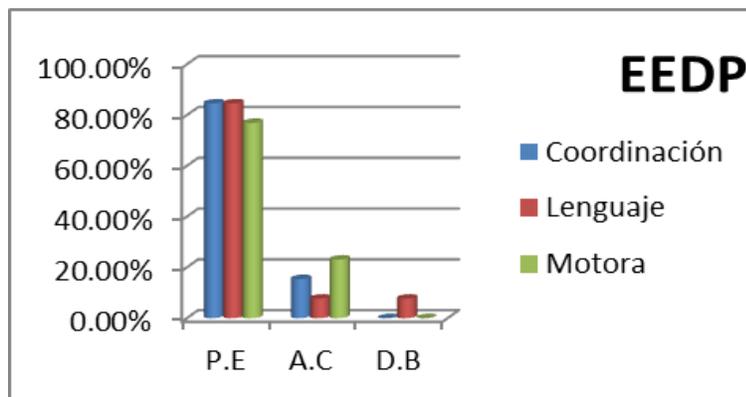


Conclusión: Los menores pertenecientes al nivel de Lactantes en su mayoría presentan un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área de lenguaje y en el área motora.

3.2.2 Grupo Caminadores: 1 año a 2 años

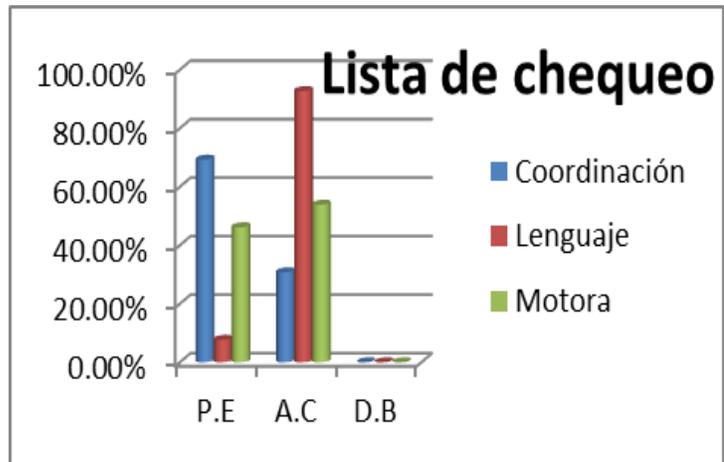
En los resultados obtenidos se observa que en **la evaluación de EEDP** hay un alto porcentaje de niños que presentan un desarrollo del lenguaje y del área motora por encima a su edad cronológica.

Gráfico N°21



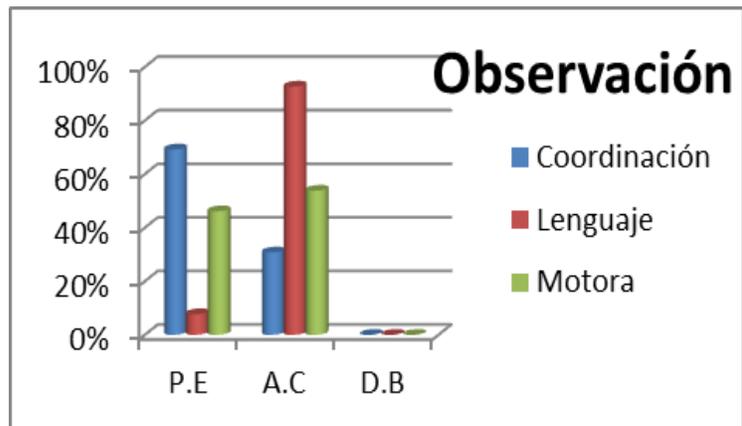
En los resultados obtenidos en **la lista de chequeo** hay un alto porcentaje de niños que presentan un desarrollo del lenguaje y del área motora acorde a su edad cronológica.

Gráfico N°22



En los resultados obtenidos en **la observación en sesión** hay un alto porcentaje de niños que presentan un desarrollo del lenguaje y del área motora acorde a su edad cronológica.

Gráfico N° 23

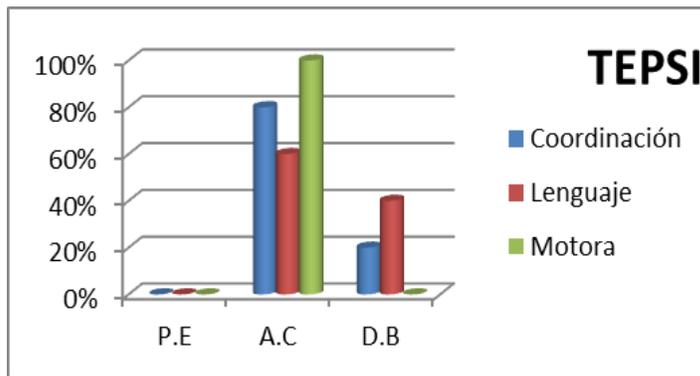


Conclusión: Los menores pertenecientes al nivel de Caminadores en su mayoría presentan un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área de lenguaje y el área motora.

3.2.3. Grupo Pre-kínder: 2 años a 3 años

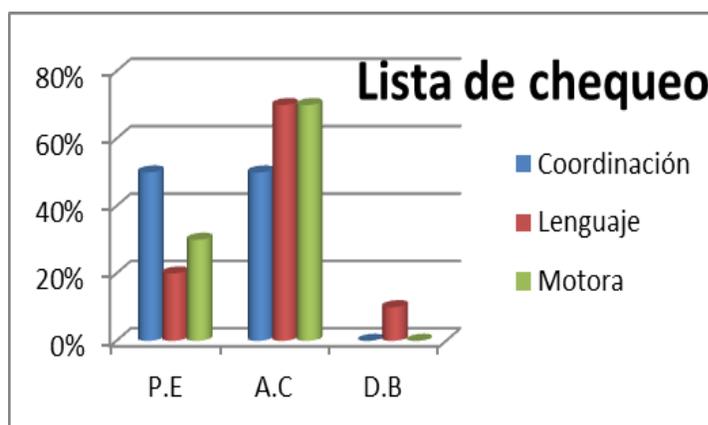
En los resultados obtenidos se observa que en la evaluación de TEPSI hay un alto porcentaje de niños que presentan un desarrollo del lenguaje y del área motora acorde a su edad cronológica.

Gráfico N°24



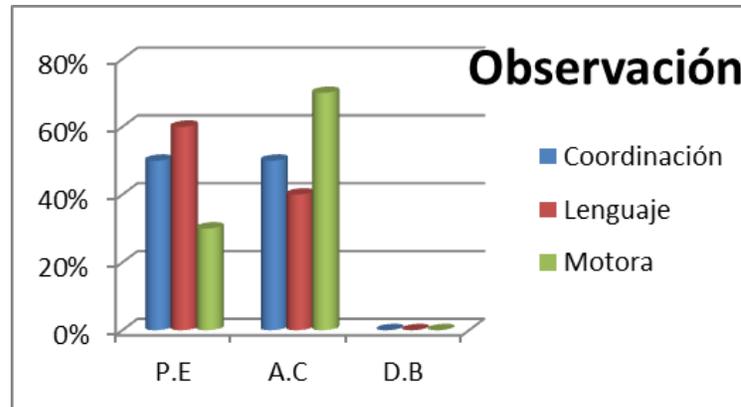
En los resultados de la **lista de chequeo** se han podido obtener niveles altos en cuanto a un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área de lenguaje y el área motora.

Gráfico 25



En los resultados se puede ver que mediante **la observación en sesión** se ha podido obtener niveles altos en cuanto a un desarrollo por encima a su edad cronológica en el área de lenguaje y un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área motora.

Gráfico N°26



Conclusión: Los menores pertenecientes al nivel de Pre-kínder en su mayoría presentan un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área de lenguaje y en el área motor.

3.3 Triangulación de los resultados. -

Niveles	EEDP ó TEPSI	Lista de chequeo	Análisis de observación
Lactantes	En los resultados obtenidos se observa que en la evaluación de EEDP hay un porcentaje mayor de niños que presentan un desarrollo del lenguaje, de coordinación y del área motora por encima a su edad cronológica.	En los resultados de la lista de chequeo se han podido obtener niveles altos en cuanto a un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área de lenguaje, de coordinación y en el área motora.	En los resultados se puede ver que mediante la observación en sesión se ha podido obtener niveles altos en cuanto a un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área de lenguaje, de coordinación y en el área motora.
Caminadores	En los resultados obtenidos se observa que en la evaluación de EEDP hay un alto porcentaje de niños que presentan un desarrollo del lenguaje, de coordinación y del área motora por encima a su edad cronológica.	En los resultados obtenidos en la lista de chequeo hay un alto porcentaje de niños que presentan un desarrollo de la coordinación por encima a su edad cronológica, así como un desarrollo acorde a la edad cronológica en las áreas de lenguaje y del área motora.	En los resultados obtenidos en la observación en sesión hay un alto porcentaje de niños que presentan un desarrollo de la coordinación por encima a su edad cronológica, así como un desarrollo acorde a la edad cronológica en las áreas de lenguaje y del área motora.
Pre-kínder	En los resultados obtenidos se observa que en la evaluación de TEPSI hay un alto porcentaje de niños que presentan un desarrollo del lenguaje, de coordinación y del área motora acorde a su edad cronológica.	En los resultados de la lista de chequeo se han podido obtener niveles altos en cuanto a un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área de lenguaje, el área de coordinación y el área motora.	En los resultados se puede ver que mediante la observación en sesión se ha podido obtener niveles altos en cuanto a un desarrollo por encima a su edad cronológica en el área de lenguaje y de coordinación, así como un desarrollo acorde a su edad cronológica en el área motora.

3.4 Resultados comparativos finales. -

Evaluación inicial	Evaluación final
<p data-bbox="283 456 1016 542">En la evaluación inicial se obtuvieron los siguientes resultados:</p> <p data-bbox="283 594 1125 682">En el grupo de lactantes se observaron bajos puntajes en lo referente a las áreas de lenguaje y motora</p> <p data-bbox="283 732 1104 820">En el grupo de caminadores se observaron bajos puntajes en las áreas de lenguaje, motora y de coordinación</p> <p data-bbox="283 870 1121 958">En el grupo de Pre-kínder se observaron bajos puntajes en las áreas de lenguaje, motora y de coordinación</p>	<p data-bbox="1159 456 1875 542">En la evaluación final se obtuvieron los siguientes resultados</p> <p data-bbox="1159 594 2007 737">En el grupo de lactantes se observa que alcanzaron los niveles esperados acorde a su edad cronológica en las áreas de desarrollo del lenguaje, motricidad y coordinación</p> <p data-bbox="1159 787 2007 930">En el grupo de caminadores se observa que alcanzaron los niveles esperados acorde a su edad cronológica en las áreas de desarrollo del lenguaje, motricidad y coordinación</p> <p data-bbox="1159 980 2007 1123">En el grupo de Pre-kínder se observa que alcanzaron los niveles esperados acorde a su edad cronológica en las áreas de desarrollo del lenguaje, motricidad y coordinación</p>

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Este estudio de caso tuvo como propósito dar a conocer la importancia y la repercusión que tiene la atención temprana en niños y niñas de entre 6 meses a 2 años, en una población vulnerable en la zona de Pachacútec Ventanilla Callao; así como promover competencias parentales para el cuidado infantil en las madres, padres o adulto cuidador a fin de que ellos mismos observen los efectos positivos en el desarrollo integral sus pequeños hijos, gracias a sus atenciones y cuidados oportunos.

La atención temprana se basa en que es de vital importancia que se potencien y aporten todos los recursos necesarios a la intervención en esta corta etapa de la vida del niño ya que esto marcará muchas de sus funciones durante el resto de sus vidas y también se ha demostrado que un ambiente responsivo y estimulador puede modificar los efectos de las experiencias negativas en la infancia temprana (Dennis, 1973).

Los primeros años de vida son fundamentales. Durante ese periodo, el cerebro se desarrolla más rápido que nunca y se estima que en cada segundo se forman 700 nuevas conexiones neuronales (Shonkoff y otros 2009). A los 3 años, el cerebro de un niño es dos veces más

activo que el de un adulto (Brotherson 2009). Los dos factores críticos para el desarrollo del cerebro de un niño son las experiencias tempranas, y la interacción con el ambiente físico y social que lo rodea, entonces desde edades tempranas, se produce una brecha que empieza a generar diferencias en el desarrollo ulterior de los niños (Myers 1992, Paris y otros 2006).

De los resultados obtenidos durante el período de intervención en el Centro de Salud “Bahía Blanca”- Pachacútec -Ventanilla, Callao, se ha comprobado que se lograron dos resultados importantes : a) cambios favorables en el desarrollo de los niños y niñas (en las áreas de coordinación motora, lenguaje y socioemocional) y b) que los padres desarrollaron competencias parentales para el cuidado infantil, a partir de su involucramiento e interés por aprender para poder criar infantes con un desarrollo integral y fortalecidos emocionalmente.(con un apego seguro)

El modelo de la atención temprana está centrado en la familia y en el apoyo social, o bien centrados en los procesos de interacción padres- hijo (Marfo y Cook, 1991). Por ende, los programas inciden en el papel de la familia, a la que se proporciona información apoyo y asesoramiento.

El papel que los padres han cumplido durante el proceso de intervención en el Centro de Salud “Bahía Blanca” fue el más importante ya que ellos han representado la base segura para que sus menores puedan continuar día a día desarrollándose como esperábamos, como sabemos el apego seguro viene a ser el empuje que el niño durante su primera etapa de vida recibirá para comenzar a tener la seguridad que necesita y empezar a investigar y explorar su entorno, la relación de apego se construye a partir de las interacciones entre el niño y su cuidador = figura de apego, basada en la experiencia afectiva y cognitiva.

Además, la estrategia de utilizar la estimulación física y emocional ha servido para alcanzar estos cambios, tanto en los pequeños como en los padres.

Por lo que podemos afirmar, que los padres de familia (madres, padres o adulto cuidador) fueron los actores principales durante la intervención que se realizó en el Centro de Salud Bahía Blanca Pachacútec Ventanilla Callao, ya que los resultados obtenidos destacan el esfuerzo y la perseverancia que hasta el día de hoy continúan desarrollando con sus menores. Fueron ellos los educadores en casa, aplicando los nuevos aprendizajes que se les brindaban en cada sesión, continuando con la practicas de la estimulación controlada y sin sobre exigencias en sus hogares, involucrando a sus familiares más cercanos a compartir junto a sus hijos.

Por otro lado, demostramos que los infantes participantes del proyecto en el Centro de Salud “Bahía Blanca” obtuvieron resultados favorables en su desarrollo ya que lograron mejoras visibles en las áreas motora, de coordinación y de lenguaje, destacando el área de lenguaje, debido a la interacción que tenían los menores durante su participación en cada sesión con sus compañeros y la seguridad que poco a poco alcanzaron en este proceso de socialización.

Finalmente, a manera de reflexión podemos afirmar que, **la atención temprana** es un modelo **de suma importancia que implica una inversión económica en la primera infancia** y que lo debería asumir el estado como una política transversal al ciclo vital de la primera infancia de todos los niños y niñas de nuestro país y de manera especial en las zonas más vulnerables. Brindando las mejores condiciones básicas para el desarrollo de los niños tales como: agua, saneamiento, luz y abordar las mejores condiciones relacionados a la educación,

salud, seguridad y nutrición. Debido a que la primera infancia es una etapa crucial en la vida de un niño.

Por lo que, una atención temprana nos permite detectar oportunamente las deficiencias, y evitar el costo social en el futuro de los niños, nos permite brindar las herramientas necesarias para que más adelante sea un ciudadano que beneficiará a su país, en lugar de significar una carga para este, para ello, se debe contar con la implementación de programas o proyectos centrados en esta etapa tan crítica y con el personal debidamente calificado.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Hay un cambio positivo en cuanto al desarrollo del lenguaje, el área de coordinación y el área motora en los menores pertenecientes al proyecto Educación temprana en el hogar “Juego y Aprendo” versión II, debido al interés que los padres tuvieron durante el proceso.
2. Se observó que debido al cambio positivo en el área de lenguaje los niños socializaban más y ello se pudo observar mejor en los menores del nivel de Pre-kínder.
3. Se constató más control de las partes gruesas de su cuerpo y en los movimientos musculares de los menores ya que podían cumplir con las habilidades que debían adquirir en la edad correspondiente.
4. Así mismo se evidenció que presentan control de la función óculo motora y por ende un adecuado desarrollo de la motricidad fina.
5. Se observó constancia y empeño por parte de las madres para asistir a las sesiones, así como para poner en práctica las actividades en casa y poner más énfasis en estimular las áreas de desarrollo en sus hijos.

5.2. Limitaciones

1. El factor cultural prejuicios y mitos en relación con cuidado infantil en un principio se mostraba como un limitante muy marcado debido a que en algunos casos se observó que las madres preferían escuchar creencias y prácticas de sus vecinas o parientes acerca del desarrollo, cuidado y crianza de sus menores, en lugar de recurrir a los profesionales frente a algunas dudas que tenían.
2. Falta de conocimientos acerca de la importancia de una intervención temprana por parte de las familias de la comunidad.

5.3. Recomendaciones

1. Continuar con el proyecto en el centro de salud ya que tiene bastante acogida por parte de las madres que cada vez se encuentran más interesadas en el desarrollo integral de sus menores hijos e invitar a los padres de familia o familiares cercanos a compartir con los menores las sesiones.
2. Replicar este proyecto en diferentes centros de salud en donde se podrían enseñar a las madres, padres o adulto cuidador la importancia de la primera infancia, que no es necesario tener material sofisticado para estimular a sus hijos y que tienen la capacidad y creatividad de crear su propio material para poder hacer los momentos de juegos más interesantes y divertidos.
3. El gobierno regional del Callao debería desarrollar campañas de sensibilización dirigidas hacia la población para conocer más acerca de la primera

infancia y articular una propuesta para la sostenibilidad, con el apoyo económico de solventar los materiales y el personal adecuado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bartone, P. T. (2006). Resilience under military operational stress: can leaders influence hardiness? *Military psychology, 18*(S), S131.
- Bronfenbrenner, U (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (2013). *Reflection: Turning experience into learning*. Routledge.
- Carbajal, J. (2005) *Sistematización de las Experiencias Comunitarias*. Popayán: Asociación de Proyectos Comunitarios.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social: Una introducción psico- sociológica*. Barcelona, PPU
- Cendales, L. *La sistematización como experiencia investigativa y formativa*. Bogotá: Dimensión Educativa, 2003.
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2013) *Roles y Funciones de la Psicología de la Intervención Social*, Madrid- España.
- Consorcio macro proyecto ingenieros (2009). *Diagnóstico social del macro proyecto pachacútec*. Lima. Recuperado de <http://storis.es/diagnstico-social-del-macro-proyecto-pachactec--distrito-de-ve.html>
- Durlak, J. & DuPre, E. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology, 41*(3-4), 327-350.

- Epp, K. (2008). Outcome-based evaluation of a social skills program using art therapy and group therapy for children on the autism spectrum. *Children & Schools*, 30(1), 27-36.
- Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos (2006) Salud mental comunitaria: aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. Proyecto AMARES. Miraflores.
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P (2010) Metodología de la investigación, quinta edición. Editorial, McGRAW-HILL. Mexico –DF
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.
- IPROMIF. (2016) *Proyecto Educación Temprana en el Hogar “Juego y Aprendo” version II*. Revisión de documentos inéditos Instituto de Promoción de la Mujer, Infancia y Familia, Lima Perú.
- Kinnon, D (2002) Health Promotion, Disease Prevention and Health Protection Services and Programs for Aboriginal People
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. FT press.
- Kurke, M. I., & Scrivner, E. M. (2013). *Police psychology into the 21st century*. Psychology Press.
- Marín, G. (1980) Hacia una Psicología Social Comunitaria, *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12 (1). 171-180.
- Montero, M. (2004) Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. 1º Edición. Paidós. Buenos Aires.
- Montero, V.(2006) Si cumple, Si podemos y Otros Fracazos de la clase política, Lima, rev. Electrónica IPSIDE.

- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. & Montenegro, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: UCO
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPS
- PNUD (1990). *Desarrollo Humano Informe 1990*. Bogotá: Tercer Mundo Editores
- PNUD (2006) *En la búsqueda del desarrollo humano*, Lima. Perú: Biblioteca Nacional del Perú
- Ronda, E (2009) *Salud laboral*.
- Rueda, J. (1994) *El Psicólogo en la Comunidad*, Anuario de Psicología, nº 36, pp. 235- 243, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Saavedra, C. (2008) *Compendio de Tesis Magister en Psicología comunitaria*, vol.1, pp. 19-50, Santiago de Chile.
- Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage. Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2013). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. SAGE Publications, Incorporated.
- Sánchez, A. (1988) *Psicología Comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona, PPU.
- Sanchez, V (1988) *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. PPC. 2º Edición. Barcelona
- Sánchez, V (2007). *Manual de Psicología Comunitaria*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Schalock, R. L. (2001). *Outcome-based evaluation*. Springer Science & Business Media.
- Steadman, B. (2014). Self-directed behavior. *The Journal of Positive Psychology*, 9(3), 276-278.
- Ulivarri, Paula. *La psicología comunitaria como posibilidad de transitar*. Publicado: abr 8, 10 Universidad Católica de Salta Mendoza, Argentina. Recuperado de <http://psicopediahoy.com/psicología-comunitaria/articulos>.

UNMSM (sin fecha) Ciudad Pachacútec, <http://www.unmsm.edu.pe/pachacutec/index.htm>

Vargas, I; Villegas, O; Sánchez, A; Holthuis, K (2003) Promoción, Prevención y Educación para la Salud. San José: Costa Rica

Watson, D. L., & Tharp, R. G. (2013). *Self-directed behavior: Self-modification for personal adjustment*. Nelson Education.

Wiesenfeld, E. (2011). La Psicología social comunitaria en América Latina: ¿Consolidación o Crisis?. *Psicoperspectivas, individuo y sociedad*,2(13),6-18.

ANEXOS

PROTOCOLO DE TEPsi

PROTOCOLO TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS TEPsi.

NOMBRE DEL NIÑO:

FECHA NACIMIENTO:
 FECHA DE EXAMEN: Edad: Años: Meses: Días.

COLEGIO :

NOMBRE PADRE: DE LA MADRE:

EXAMINADOR :

RESULTADOS TEST TOTAL	Observaciones:
PUNTAJE BRUTO :	
PUNTAJE T :	
CATEGORIA :	
NORMAL: RIESGO: RETRASO:	

RESULTADOS POR SUB TEST				Observaciones:
AREA	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE T	CATEGORIA	
COORDINACION				
LENGUAJE				
MOTRICIDAD				

PERFIL TEPsi					
PUNTAJE T	RETRASO		RIESGO		NORMALIDAD
TEST TOTAL	20	29	30	39	40
SUBTEST COORDINACION	20		30		40
SUBTEST LENGUAJE	20		30		40
SUBTEST MOTRICIDAD	20		30		40

I		SUBTEST	CORDINACION
	1 C	TRASLADA AGUA DE UNA VASO A OTRO SIN DERRAMAR (DOS VASOS)	
	2 C	CONSTRUYE UN PUENTE CON TRES CUBO CON MODELO (SEIS CUBOS)	
	3 C	CONSTRUYE UNA TORRE DE 5 O MAS CUBOS (DOCE CUBOS)	
	4 C	DESABOTONA (ESTUCHE)	
	5 C	ABOTONA (ESTUCHE)	
	6 C	ENHEBRA UNA AGUJA (AGUJA DE LANA; HILO)	
	7 C	DESATA CORDONES (TABLERO C/ CORDON)	
	8 C	COPIA UNA LINEA RECTA (LAMINA 1; LAPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)	
	9 C	COPIA UN CIRCULO (LAMINA 2; LAPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)	
	10 C	COPIA UNA CRUZ (LAMINA 3; LAPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)	
	11 C	COPIA UN TRIANGULO (LAMINA 4; LAPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)	
	12 C	COPIA UN CUADRADO (LAMINA 5; LAPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)	
	13 C	DIBUJA 9 O MAS PARTES DEL CUERPO (LAPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)	
	14 C	DIBUJA 6 O MAS PARTES DEL CUERPO (LAPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)	
	15 C	DIBUJA 3 O MAS PARTES DEL CUERPO (LAPIZ; REVERSO HOJA REGISTRO)	
	16 C	ORDENA POR TAMANOS (TABLERO; BARRITAS)	
		TOTAL PUNTAJE BRUTO SUBTEST CORDINACION.	

II		SUBTEST	LENGUAJE
	1L	RECONOCE GRANDE Y CHICO (LAM. 6)	
	2L	RECONOCER MAS Y MENOS (LAM. 7)	
	3L	NOMERA ANIMALES (LAM. 8) GATO PERRO CHANCHO PATO LOMA OVEJA TORTUGA GALLINA	
	4L	NOMERA OBJETOS (LAM. 9) PARAGUAS VELA ESCOBA TETERA ZAPATOS RELOJ SERRUCHO TAZA	
	5L	RECONOCE LARGO Y CORTO (LAM. 10)	
	6L	VERBALIZA ACCIONES (LAM. 11) CORTANDO SALTANDO	

	23L	DEFINE PALABRAS MANZANA PELOTA _____ ZAPATO _____ ABRIGO _____
	24L	NUMERACARACTERISTICASOBJETOS (PELOTA, GLOBO INFLADO. BOLSA ARENA PELOTA _____ GLOBO _____ BOLSA _____
		TOTAL PUNTAJE BRUTO SUBTEST LENGUAJE.

III SUBTEST MOTRICIDAD.		
	1M	SALTA CON LOS DOS PIES JUNTOS EN EL MISMO LUGAR.
	2M	CAMINA DIEZ PASOS LLEVANDO UN VASO LLENO DE AGUA (VASO CON AGUA)
	3M	LANZA UNA PELOTA EN UNA DIRECCION DETERMINADA (PELOTA)
	4M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 10 SEGUNDOS O MAS.
	5M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 5 SEGUNDOS O MAS.
	6M	SE PARA EN UN PIE SIN APOYO 1 SEGUNDO O MAS.
	7M	CAMINA EN PUNTA DE PIE SEIS O MAS PASOS.
	8M	SALTA 20 CM. CON LOS PIES JUNTOS (HOJA DE REGISTRO)
	9M	SALTA EN UN PIE TRES O MAS VECES SIN APOYO.
	10M	COGE UNA PELOTA (PELOTA)
	11M	CAMINA HACIA ADELANTE TOPANDO TALON Y PUNTA
	12M	CAMINA HACIA ATRAS TOPANDO PUNTA Y TALON.
		TOTAL DE PUNTAJE BRUTO SUBTEST MOTRICIDAD.

OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

.....
.....
.....

PROTOCOLO EEDP

Escala de Evaluación del Desarrollo
 Psicomotor: 0 a 2 años (Rodríguez, s., et al.)
 Revisión 1976 – Santiago - Chile

Nombre del Niño _____
 Fecha de nacimiento _____
 Establecimiento _____

FECHA EVALUACIONES

1	2	3
---	---	---

EDAD	ITEM	Ponderación	EVALUACIONES		
			1	2	3
1 MES	1. (S) Fija la mirada en el rostro del animador	8 o/u			
	2. (L) Reacciona al sonido de la campanilla				
	3. (M) Aprieta el dedo índice del examinador				
	4. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)				
	5. (M) Movimiento de cabeza en posición prona				
2 MESES	6. (S) Mímica en respuesta al rostro del examinador	8 o/u			
	7. (LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador				
	8. (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador				
	9. (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada				
	10. (L) Vocaliza dos sonidos diferentes**				
3 MESES	11. (S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de un examinador	8 o/u			
	12. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla				
	13. (C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°)				
	14. (M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada				
	15. (L) Vocalización prolongad **				
4 MESES	16. (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece	8 o/u			
	17. (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla				
	18. (M) En posición prona se levanta a sí mismo				
	19. (M) Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada				
	20. (LS) Ríe a carcajad				

EDAD	ITEM	Ponderación	EVALUACIONES:		
			1	2	3
CINCO MESES	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla	6 c/u			
	22. (C) Palpa el borde de la mesa				
	23. (C) Intenta prehensión de la argolla				
	24. (M) Empuja hasta lograr la posición sentada				
	25. (M) Se mantiene sentado con leve apoyo				
6 MESES	26. (M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente	6 c/u			
	27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída				
	28. (C) Coge la argolla				
	29. (C) Coge el cubo				
	30. (LS) Vocaliza cuando se le habla **				
7 MESES	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más	6 c/u			
	32. (C) Intenta agarrar la pastilla				
	33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares				
	34. (S) Cooperar en los juegos				
	35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano				
8 MESES	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido	6 c/u			
	37. (M) Empuja hasta lograr la posición de pie				
	38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos				
	39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo				
	40. (L) Dice da-da o equivalente				
9 MESES	41. (M) Se pone de pie con apoyo	6 c/u			
	42. (M) Realiza movimientos que semejan pasos, sostenido bajo los brazos				
	43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar				
	44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal				
	45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales				

EDAD	ITEM	Ponderación	EVALUACIONES:		
			1	2	3
CINCO MESES	21. (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla	6 c/u			
	22. (C) Palpa el borde de la mesa				
	23. (C) Intenta prehensión de la argolla				
	24. (M) Empuja hasta lograr la posición sentada				
	25. (M) Se mantiene sentado con leve apoyo				
6 MESES	26. (M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente	6 c/u			
	27. (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída				
	28. (C) Coge la argolla				
	29. (C) Coge el cubo				
	30. (LS) Vocaliza cuando se le habla **				
7 MESES	31. (M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más	6 c/u			
	32. (C) Intenta agarrar la pastilla				
	33. (L) Escucha selectivamente palabras familiares				
	34. (S) Cooperar en los juegos				
	35. (C) Coge dos cubos, uno en cada mano				
8 MESES	36. (M) Se sienta solo y se mantiene erguido	6 c/u			
	37. (M) Empuja hasta lograr la posición de pie				
	38. (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos				
	39. (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo				
	40. (L) Dice da-da o equivalente				
9 MESES	41. (M) Se pone de pie con apoyo	6 c/u			
	42. (M) Realiza movimientos que semejan pasos, sostenido bajo los brazos				
	43. (C) Coge la pastilla con participación del pulgar				
	44. (C) Encuentra el cubo bajo el pañal				
	45. (LS) Reacciona a los requerimientos verbales				

EDAD	ITEM	Ponderación	EVALUACIONES:		
			1	2	3
10 MESES	46. (C) Coge la pastilla con pulgar e índice 47. (S) Imita gestos simples 48. (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros 49. (C) Combina cubos en la línea media 50. (SL) Reacciona al "no, no"	6 o/u			
15 MESES	56. (M) Camina solo 57. (C) Introduce la pastilla en la botella 58. (C) Espontáneamente garabatea 59. (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros 60. (L) Dice al menos tres palabras **	6 o/u			
21 MESES	66. (L) Nombra un objeto de los cuatro presentado 67. (L) Imita tres palabras en el momento del examen 68. (C) Construye una torre con tres cubos 69. (L) Dice al menos seis palabras ** 70. (LS) Usa palabras para comunicar deseos	6 o/u			
24 MESES	71. (M) Se para en un pie con ayuda 72. (L) Nombra dos objetivos de los cuatro presentados 73. (S) Ayuda en tareas simples ** 74. (L) Apunta 4 o más partes en el cuerpo de la muñeca 75. (C) Construye una torre con cinco cubos	6 o/u			

APÉNDICE