



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

MAESTRÍA EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

**VALIDACIÓN DE CONSTRUCTO DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA
PARTICIPACIÓN MATERNA EN SESIONES DE INTERVENCIÓN TEMPRANA**

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

P R E S E N T A

EDITH MARIANA ÁLVAREZ GUTIÉRREZ

COMITÉ TUTORIAL

DRA. PATRICIA MUÑOZ-LEDO RÁBAGO

DRA. MIRIAM FIGUEROA OLEA

DR. IVÁN ROLANDO RIVERA GONZÁLEZ

OCTUBRE 2020



Este trabajo se llevó a cabo en el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría, bajo la asesoría de la Dra. Patricia Muñoz-Ledo Rábago, la Dra. Miriam Figueroa Olea y el Dr. Rolando Rivera, sin su orientación, apoyo, motivación y disposición no hubiera sido posible la conclusión de este proyecto.

Se agradece al Instituto Nacional de Pediatría, al personal, especialistas del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo, padres de familia y pacientes, por las facilidades y el apoyo brindados en la realización de este trabajo.

México D.F., a ____ de octubre de 2020

COMISIÓN ACADÉMICA
MAESTRÍA EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA
P R E S E N T E

Los que suscribimos la presente, miembros del Comité Tutorial de la alumna **EDITH MARIANA ÁLVAREZ GUTIÉRREZ** con la Matrícula 2173804667 por este medio informamos que ha sido revisada y aprobada la versión final de la idónea Comunicación de Resultados correspondiente al Proyecto de Investigación denominado **VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN MATERNA EN SESIONES DE INTERVENCIÓN TEMPRANA**

A T E N T A M E N T E

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. PATRICIA MUÑOZ-LEDO RÁBAGO

DRA. MIRIAM FIGUEROA OLEA

DR. IVÁN ROLANDO RIVERA GONZÁLEZ

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por confiar en mi antes de que yo lo hiciera, siempre motivándome e impulsándome hacia la superación personal, profesional y humana. Gracias por inculcarme a siempre dar lo mejor de mi, para hacer el mayor bien posible para las personas. A diario intento ser mejor por y para ustedes.

A mi madre, por siempre acompañarme en cada etapa, en cada momento, siempre sintiendo orgullo por mi y que gracias a esa muestra de afecto y sentimiento me sigue motivando para seguir adelante. Gracias por siempre tener algo nuevo que enseñarme en la vida.

A mi padre, quien me ha enseñado que en ocasiones sientes que no estas preparado para alguna situación, pero cuando este momento se presente darás lo mejor de ti para hacerlo posible. Siempre impulsándome a desarrollar mi mayor potencial porque cree y espera cosas grandes de mi.

A mi pareja, por siempre tener las palabras que necesito para no detenerme, que logra que encuentre mi equilibrio y si es necesario, me da una pausa para poder continuar con más fuerza. Gracias por motivarme y por tus tiempos de espera que significan mucho para mi.

Un especial agradecimiento usted Dra. Muñoz-Ledo por mostrarme su apoyo incondicional, compartirme su conocimiento y por orientarme cada vez que perdía mi objetivo. Gracias por el gran aporte que hizo en mi carrera y a mi persona, porque se ha convertido en un ejemplo a seguir.

A ustedes Dra. Figueroa y Dr. Rivera, por formar parte fundamental en la realización de este proyecto y que siempre demostraron una gran disposición para fortalecer mi investigación. Gracias por su entrega, dedicación e interés hasta en el último detalle, por apoyar mis iniciativas y propuestas para llevarlas a cabo.

Agradezco también a la universidad, que gracias a los apoyos brindados he podido culminar de manera satisfactoria este posgrado.

RESUMEN EN ESPAÑOL

El objetivo de esta investigación fue obtener la validación de constructo del instrumento “Escala de Evaluación de la Participación Materna”, el cual se elaboró, modificó y ajustó bajo el modelo de intervención de Cuidado Integral del Niño del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (LSND), atendiendo a la necesidad de contar con una herramienta con la que se pudieran evaluar de manera objetiva las conductas participativas de los cuidadores primarios (madres, padres, abuelos, tíos) dentro de sesiones de intervención temprana que llevan a cabo con sus hijos.

El instrumento tiene como propósito evaluar la participación de los cuidadores, entendido como el grado de involucramiento dentro de una sesión de intervención, con el fin de identificar posibles áreas de oportunidad en los cuidadores, para incidir en ellas de manera más específica y que puedan contar con las mejores estrategias y para promover el desarrollo integral de sus niños.

Se elaboró el manual de aplicación del instrumento, que está dirigido al profesional de salud que brinda atención al niño con riesgo neurológico de estructurar alteraciones del neurodesarrollo, con el propósito de contribuir a la formación de profesionales que brindan atención a la familia y al niño en riesgo para poder reconocer habilidades, competencias y conductas necesarias en la participación de la madre, padre y/o cuidadores primarios quienes se integran a las sesiones de intervención temprana.

Con esta herramienta se espera que el profesional sea capaz de orientar a la madre o cuidador durante la adquisición de nuevo conocimiento acerca del cuidado del niño, brinde diferentes estrategias para que sean aprendidas y aplicadas de acuerdo a los objetivos de desarrollo y edad, saber desarrollar las habilidades de observación, sensibilidad, espera, responsividad, direccionalidad, promueva una interacción recíproca que favorezca la comunicación en la diada, la organización familiar respecto al cuidado del niño y la identificación de los obstáculos que limiten o amenacen el bienestar del niño, así como la motivación para conseguir avances.

Considerando que el hogar es el entorno principal y privilegiado donde el niño podrá desarrollar actividades fundamentales para su crecimiento, desarrollo, conocimientos y adquisición de conductas (Muñoz-Ledo, 2018), es importante que la participación de la madre y/o cuidador primario dentro de las sesiones de intervención sea muy buena para que los conocimientos y las habilidades que adquiriera en el programa, las pueda implementar dentro de su entorno y vida cotidiana y así facilitar de una mejor manera el aprendizaje y desarrollo del niño.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
I. MARCO DE REFERENCIA	
Capítulo 1. Programas de Intervención Temprana	12
1.1 Antecedentes	12
1.2 Definición de Intervención Temprana	20
1.3 Objetivos de la Intervención Temprana	22
Capítulo 2. Evolución de los modelos de intervención temprana	24
2.1 Modelo experto	24
2.2 Modelo de trasplante	25
2.3 Modelo ecológico	26
2.4 Modelo transaccional	27
2.5 Modelos centrados en la familia	28
2.6 Modelo educativo y educación inicial	32
2.7 Modelo de entornos competentes	33
Capítulo 3. Consideraciones sobre la importancia de la participación de los padres en los programas de Intervención Temprana	35
3.1 El rol de los padres en programas que promueven su participación	37
3.2 El rol del profesional en programas de intervención que promueven la participación familiar	38
3.3 Conductas participativas	39
3.4 Beneficios de la participación de los padres en el desarrollo del niño	41
3.5 Beneficios de la participación de los padres en la familia	43
3.6 Barreras para la participación	46
3.7 Otros instrumentos para evaluar conductas participativas	47

3.8 Estrategias para mejorar las conductas participativas	49
Capítulo 4. Programa de Cuidado Integral del Niño (PCIN) del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo	51
4.1 Concepción del desarrollo del niño en un modelo integrado de salud	51
4.2 Lineamientos generales del programa	56
4.3 Objetivos	57
4.4 El papel de los padres como promotores del desarrollo de competencias en la vida diaria del niño y la formación de ciudadanía	58
4.5 El profesional para la formación de padres en el cuidado integral	60
Capítulo 5. Instrumento para la evaluación de la participación materna	62
5.1 Antecedentes	62
5.2 Estructura actual	66
5.3 Formato de calificación	76
II. JUSTIFICACIÓN	78
III. OBJETIVOS	80
IV. MÉTODO	81
V. RESULTADOS	89
VI. DISCUSIÓN	98
VII. CONCLUSIONES	105
Referencias	107
Glosario	114
Anexos	119

INTRODUCCIÓN

Las raíces históricas de la intervención temprana, orientada a niños con factores de riesgo para estructurar diversas secuelas del desarrollo se remontan a décadas atrás.

Al analizar las modalidades de trabajo en esta área, los procedimientos y los criterios para su implementación, es evidente una gran variedad de conceptos que no han sido integrados homogéneamente en los diferentes países en los que se llevan a cabo. Esto hace que el desarrollo de los programas, así como sus antecedentes sean variables, debido al énfasis que cada país le ha dado a su desarrollo e implementación (Peralta y Fujimoto, 1998).

La importancia de estudiar los antecedentes de la atención dada a esta población, radica en la evolución de los modelos o paradigmas bajo los cuales se ha desarrollado, esto permite observar los diferentes roles que ha desempeñado, no sólo el niño dentro de la intervención temprana, sino el profesional y la familia. A tal punto que los paradigmas de atención en salud y cuidado infantil reconocen que tanto el niño como la familia, son sujetos de atención en el proceso de salud y prevención de la posible estructuración de una secuela del neurodesarrollo.

Al adoptar nuevas prácticas, como son los modelos centrados en la familia para promover el desarrollo infantil es evidente la cantidad de variables que han demostrado ser factores de cambio importantes dentro de la intervención y en su eficacia. Por ejemplo, se han considerado los entornos en los cuales se desarrollan los niños, las prácticas de crianza, las competencias parentales, el tiempo de la intervención y otras técnicas especializadas. Sin embargo, la gran mayoría de ellas convergen en un punto común que se ha estudiado por mucho tiempo dentro del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (LSND) y ha demostrado ser un elemento crítico en los servicios de intervención temprana de alta calidad y esta es la participación de los padres.

Los modelos centrados en la familia que buscan promover la participación de los padres, orientan a la madre, padre o cuidador primario a desempeñar un papel más activo dentro del servicio, con el objetivo de que puedan maximizar las oportunidades

de aprendizaje en las rutinas que realizan dentro de su entorno natural, lugar en donde ocurre la mayor parte de su aprendizaje (Aaron *et al.*, 2014).

La *participación materna o del cuidador primario* dentro del LSND se refiere al “grado de implicación dentro del grupo en relación con los principios básicos del programa a partir de diversas acciones, que involucran el despliegue de sus propias competencias en el manejo y cuidado del niño y su capacidad de ajustar su esquema previo con oportunidad de trasladarlo a su entorno para beneficio del niño y la familia” (Rabadán, 2014, p.25).

Israel, Thomsen, Langeveld y Stormark (2006) aseguran que la participación de los padres se asocia con la retención del tratamiento, una mayor participación familiar y resultados positivos. Además, las ganancias del tratamiento y su mantenimiento posterior, es dependiente de la aplicación continua de las estrategias, los conocimientos y la habilidad aprendidas en terapia, por lo que los padres son la primera opción natural para ayudar a sus hijos a mantener los logros obtenidos.

Benzies *et al.* (2013), encontraron niveles más bajos de depresión y ansiedad en los padres, mayores competencias para el manejo de sus vidas diarias y mejor comprensión, receptividad y relación con sus hijos, cuando su participaron fue en al menos 60% de las actividades. demostraron disminución del estrés y ansiedad parental, lo que permitió efectos positivos en el desarrollo infantil a corto plazo y hasta los 24 meses.

Jeong *et al.* (2019) también reportaron reducción de la depresión materna, además de mejoras en las prácticas de estimulación, en conductas de crianza complejas, en interacciones, en su capacidad de respuesta, sensibilidad, conductas protectoras y el conocimiento de los padres con respecto a sus hijos y a su entorno de cuidado.

Respecto al desarrollo infantil, las intervenciones que involucran a los padres se asociaron con puntuaciones significativamente más altas en los resultados del desarrollo neurológico a los 12-14 meses con las escalas Bayley Scales of Infant Development - Mental Development Index (BSID-MDI) o Griffiths, y a los 36 meses con el McCarthy o Stanford-Binet, puntajes 78% predictivos de la cognición en edad

escolar con consecuencias educativas y sociales posteriores. La participación del padre esta fuertemente relacionada con el desarrollo socioemocional de los niños, en habilidades pro sociales, autorregulación y habilidades cognitivas o académicas. También promueven relaciones positivas con las madres y otros miembros de la familia. Sin embargo, los resultados encontrados fueron a corto plazo, en contraparte con la participación materna, con la que se encuentran resultados a largo plazo (Jeong et al., 2019).

Planteado lo anterior, se presenta un instrumento para ser utilizado como una herramienta de evaluación que permite medir la calidad de la participación materna durante las sesiones de grupos de Intervención Temprana o similares. Los indicadores reflejan y evalúan las conductas que presenta, ligadas a un propósito y al interés respecto al niño, al programa y a las indicaciones del coordinador, sus habilidades físicas y cognitivas para solucionar problemas o situaciones con respecto al niño y a las actividades planteadas; la calidad de su interacción y comunicación, el dominio de conocimientos previos y adquiridos por parte del programa. También permite observar la evolución de la participación del cuidador, las conductas o dominios en las que se presenta mayor dificultad o donde la respuesta del cuidado no es la esperada.

Este instrumento, también puede ser empleado como una herramienta para orientar al profesional dentro de la intervención, ya que, una vez identificadas las áreas de oportunidad, podrá incidir de manera específica en ellas, guiando al cuidador durante la adquisición de conductas participativas, a mejorarlas o modificarlas con el objetivo de que pueda convertirse en un mejor facilitador y promotor del desarrollo de su hijo.

Capítulo 1.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

1.1 Antecedentes

Al analizar las acciones realizadas en esta área, los procedimientos y los criterios para su implementación, se refleja una gran variedad de conceptos que no han sido integrados homogéneamente en los diferentes países en los que se llevan a cabo. Esto hace que el desarrollo de los programas, así como sus antecedentes sean diferentes, debido al énfasis que cada país le ha dado a su desarrollo e implementación, por lo tanto, la información que se tiene en nuestro país llega a ser escasa en comparación con otros (Peralta y Fujimoto, 1998).

A continuación, se presentan algunos acontecimientos que han permitido sentar las bases de los programas de intervención temprana.

De acuerdo con Bricker (1991), las raíces históricas de la intervención temprana, giran en torno a tres vertientes principales:

- 1) Los programas para niños en riesgo ambiental
- 2) Programas para niños disminuidos, (discapacidad)
- 3) Programas para niños con riesgo biológico

1) Los programas para niños en riesgo ambiental.

Originados ante la preocupación por los niños que crecían en condiciones de pobreza, con privación de oportunidades socio-sanitarias, surgen los programas de intervención temprana, en este tiempo bajo el concepto de Estimulación Temprana. En diferentes países se desarrollaron para combatir las condiciones de salud y maltrato

en niños pobres, con el objetivo de ofrecerles una mejor oportunidad de prosperar física e intelectualmente.

En Europa se inició desde el siglo XVII al siglo XX un movimiento pedagógico por diferentes promotores de la educación de los párvulos o infantes, como Comenio, Pestalozzi, Froebel, Agazzi, Decroly y Montessori. Esta última, aplicó un método para el entrenamiento de niños con discapacidad intelectual, a preescolares de comunidades urbanas y niños en situación de pobreza, caracterizado por el autoaprendizaje dentro de salones previamente acondicionados (Shonkoff y Meisels, 2000).

Siguiendo estas iniciativas, en Estados Unidos durante la década de 1960, surgió el proyecto nacional llamado *Head Start*, organizado en acciones de intervención temprana de tipo preventivo para niños en condición de pobreza, con los objetivos de mejorar su salud y capacidades físicas, contribuir a su desarrollo emocional y social, mejorar procesos mentales, con énfasis en las habilidades verbales, conceptuales y establecimiento de hábitos de éxito en los niños (Sánchez y Mandujano, 2014). Con el tiempo, se demostró que los efectos aparentemente permanentes del programa Head Start, podrían minimizarse por experiencias posteriores o incluso desaparecer después de que los niños terminaran su estancia en dichos programas, situación descrita como “*desbancamiento*” (Bricker, 1991).

Para expertos como Bronfenbrenner, 1975 y Ramey y Baker-Ward 1982, (citados en Bricker, 1991) los efectos a corto plazo se debieron a la ausencia de un modelo ecológico, que considerara la inclusión de la familia, la falta de análisis de variables ambientales apropiadas, condiciones de vida y expectativas escolares posteriores. Esto indica que factores presentes en el hogar pueden tener mayor influencia en los efectos a largo plazo, que la misma intervención en programas o escuelas.

Kagan y Klein en 1973, citados en Bricker (1991), concluyen que, si el ambiente en el que se desarrolla el niño no permite la realización total de su capacidad psicológica, éste funcionará por debajo de sus posibilidades mientras permanezca en este contexto, pero, si se transfiere a un ambiente de mayor exigencia y número de

acomodaciones, es probable que pueda explotar la experiencia y reparar el daño generado por la carencia del primer ambiente.

Estos argumentos dieron pie a la reinterpretación de las experiencias tempranas en los niños y se destacó que las experiencias posteriores también lo eran. Otra afirmación importante fue que una experiencia temprana enriquecida, no protege al niño de posteriores ambientes deficientes y, paralelamente un ambiente privativo no predestina a un niño al retraso o a la inadaptación, si se inician acciones correctivas como una transformación positiva del ambiente.

En América Latina también empieza a generarse la preocupación y acción por la educación básica, pero particularmente por la del infante, sin embargo, la creación e implementación de leyes que posibilitaran la extensión de la Educación Básica se demora entre los diversos países del continente. Destacados educadores como Domingo Sarmiento en Argentina, José Varona y Pera en Cuba, Manuel Cervantes en México y José Abelardo Núñez en Chile, sensibilizaron a la sociedad en relación a la educación para menores de 6 años y posibilitaron la creación de las primeras modalidades de atención educativa para párvulos en los jardines infantiles (Peralta y Fujimoto, 1998).

Hasta este punto las investigaciones apoyaron la necesidad de implementar programas de intervención en edades tempranas. A partir de ahí, la importancia se orientó a la búsqueda de modelos de intervención ecológicos, que consideraran al niño, a su familia y su contexto, debido a las influencias ambientales en el desarrollo del niño y en déficits iniciales.

2) Programas para niños “disminuidos”, con visión del manejo ante la discapacidad.

La segunda vertiente planteada por Bricker (1991), son los programas para niños “disminuidos”, término utilizado a principios del siglo pasado, los cuales se han desarrollado paralelamente con los programas para niños en condiciones de pobreza. El primer antecedente de estos programas se remonta al año de 1801, cuando Itard

realizó un experimento con un adolescente encontrado en el bosque, que fue llamado Víctor “el niño salvaje de Aveyron”. Él era incapaz de hablar y no mostraba conductas de socialización, las autoridades lo declararon como un “idiota incurable”. Contrario a este pensamiento, Itard consideró que, a través de una enseñanza a nivel de entrenamiento, por medio de un programa de ejercitación sensorial estructurado, el niño podría adquirir habilidades humanas, tales como una buena postura, caminar, alimentarse y hablar. Después de cuatro años, Víctor no logró adquirir todas las conductas esperadas, sin embargo, este experimento dio pie a intervenciones planeadas en niños con deficiencias. Las investigaciones continuaron, con resultados favorables, por lo que la implementación de diferentes programas de intervención fue en aumento.

Por mencionar otros datos históricos relevantes; en 1968 en Estados Unidos se creó el Programa de Educación Temprana para Niños Disminuidos (PEIND), con el propósito de demostrar la viabilidad de la educación temprana en niños con discapacidad, que sirvió de guía para la creación de nuevos programas en diferentes comunidades. En ese mismo año, el congreso de este país aprobó la ley para proporcionar fondos a estos programas de intervención y dispuso la obligatoriedad de la participación de los padres en los mismos (Bricker, 1991).

En España, específicamente en Madrid y Barcelona en los años 1970, se crearon los primeros servicios que buscaban desarrollar y potenciar áreas deficitarias del niño, considerando como las bases: el desarrollo motor, cognitivo, lenguaje y autonomía personal. La intervención se enfocó en responder a las necesidades del niño lo más tempranamente posible, para mejorar sus capacidades, con la participación de la familia en el proceso de rehabilitación (Gutiez y Ruiz, 2012).

La UNICEF informó que el aumento en la discapacidad infantil reflejaba una gran problemática social y decidió crear programas de intervención temprana asistenciales, ahora en América Latina, en países como Panamá, Chile, Uruguay y México. Nuestro país respondió a esta problemática por medio de las secretarías de Salubridad y de Educación Pública. En 1970 la Dirección General de Educación Especial (DGEE) implementó el servicio de Estimulación Temprana para dar atención

a niños con deficiencia mental (ahora discapacidad intelectual) y otros problemas en el desarrollo, bajo un modelo de orientación conductista (Gómez, Meza y Rosas, 1998).

3) Programas para niños con riesgo biológico.

La última vertiente planteada por Bricker (1991) es la atención a niños “en riesgo biológico”. Incluye una amplia gama de problemas de origen prenatal; diabetes gestacional de la madre, preclampsia o eclampsia, infecciones o traumatismos en el embarazo, perinatal o neonatal; asfixia, ventilación mecánica por más de 24 horas, hiperbilirrubinemia, sepsis neonatal, malformaciones del Sistema Nervioso Central (SNC) traumatismos, infecciones, neuro-metabopatías, cromosomopatías o síndromes dismórficos, prematurez, bajo peso al nacer, ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales y daño cerebral, entre otros (Gutierrez y Ruiz, 2012).

Debido al manejo exitoso de recién nacidos con daño severo, especialmente prematuros y a la aparición de Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), la tasa de mortalidad infantil disminuyó, sin embargo, la tasa de morbilidad aumentó consecuentemente. En la década de 1950, bajo la perspectiva maduracionista del desarrollo humano propuesta por Gesell en su modelo de adquisición de hitos del desarrollo en edades establecidas cronológicamente, se correlacionaron los problemas perinatales con la presencia de alteraciones en el neurodesarrollo tardío (Shonkoff y Meisels, 2000).

En 1974 se celebró una conferencia en Chapel Hill, Carolina del Norte, en la que se impulsó la creación de programas de intervención temprana en infantes y niños de corta edad en riesgo y con daño orgánico. En este punto la intervención se empezó a considerar como una herramienta, no sólo de tratamiento, sino también de prevención de conductas indeseables, ahora con la ayuda de la familia, que tal como señala Bricker,

Los padres o familia pueden atenuar o inhibir la aparición de impedimentos secundarios asociados a un riesgo, siempre que

se les de la información y enseñanza necesaria para adquirir estrategias efectivas que permitan afrontar los padecimientos primarios (Bricker,1991: 59).

Continuando con las aportaciones de Bricker (1991), investigaciones posteriores se centraron en las relaciones e interacciones entre el infante y la persona encargada de cuidarlo (cuidador), demostrando que ellos son quienes presentan e interpretan la información del ambiente que llega a los niños. Por este motivo aumentó la importancia de estimular y fomentar el apego entre padres e hijos, con la finalidad de mejorar el ambiente dado por el cuidador. Las nuevas perspectivas fueron fuertemente influenciadas por Sameroff y Chandler (1975), quienes describieron los efectos de factores familiares, sociales y medioambientales en el desarrollo humano a través del modelo transaccional. Sameroff en 1975 (citado en: Shonkoff y Meisels, 2000), planteó que a pesar de la probable aparición de problemas posteriores por causas pre, peri o postnatales, el ambiente de cuidado cotidiano es el que determina los resultados finales.

Las afirmaciones anteriores sirvieron como fundamento para continuar elaborando programas de intervención temprana para infantes con riesgo biológico, tanto en su estancia en la UCIN como fuera de ella. Los programas dentro de la unidad para niños prematuros, estaban encaminados a ayudar a los padres para aumentar su seguridad al satisfacer adecuadamente las necesidades de su hijo, su manejo, cuidado y estimulación apropiada (Bricker,1991).

En México las primeras experiencias de manejo temprano de las secuelas neurológicas del desarrollo, se iniciaron en la Dirección General de Rehabilitación de la SSA en 1975, en el Centro de Rehabilitación del Músculo esquelético (Centro Núm. 5), actualmente Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, donde se creó el Programa de Estimulación Multisensorial Temprana para niños menores de 3 años con diagnóstico de parálisis cerebral. Este programa operó bajo la coordinación de la Dra. Mirtha Teja (Sánchez *et al.*, 2004).

En 1976 Joaquin Cravioto Muñoz, médico pediatra destacado en el área de nutrición, realizó un estudio llamado “influencia de la estimulación sistematizada en la recuperación mental de lactantes con desnutrición avanzada” en el que demuestra que los programas de estimulación cognoscitiva, emocional y de lenguaje en conjunto con rehabilitación médica y nutricional permitieron ganancias significativas en el desarrollo de los niños, con respecto a grupos sin estimulación sistematizada. Concluye que la estimulación es un método alternativo para proteger el desarrollo intelectual de los niños de familias y comunidades en condiciones de nutrición desfavorables. De igual manera señala la urgencia por establecer un programa comunal de estimulación sistematizada, cuyo principal objetivo sea promover el desarrollo de los niños de alto riesgo, para minimizar los efectos negativos en el desarrollo y competencia de individuos afectados o en riesgo de afectarse (Arrieta, Mastsubara, Pérez y Cravioto, 1976).

Paulatinamente surgieron programas semejantes en instituciones del sector salud y en la Secretaría de Educación Pública (SEP), dirigidos a niños con sordera, con ceguera y con deficiencia mental, sin criterios que permitieran un diagnóstico diferencial para orientar las acciones de acuerdo a problemáticas específicas, llamados en aquel tiempo “deficientes mentales” (Sánchez *et al.*, 2004).

Durante el periodo de 1983-1985, en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Dra. Carmen Sánchez desarrolló el programa de Estimulación Precoz, dirigido a niños calificados de alto riesgo para secuelas del desarrollo. El programa se difundió en el ámbito nacional, bajo la coordinación de la Dra. Patricia Alfaro y contó con la participación de un grupo de expertos en neurodesarrollo, entre los que destacan T.F Helda Benavides, Dr. Pedro Gutiérrez, T.O Silvia Tesh, Dra. Paula Popoca (Sánchez *et al.*, 2004).

En 1997, se crea el Programa de Atención a la Salud de la Infancia, en el que se declara, en la primera de diez acciones básicas, la vigilancia del crecimiento y del desarrollo, así como la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor en el niño. Para ello se han realizado programas de intervención, como el de *Arranque Parejo en la Vida* en 2001 (actualmente en desuso), enfocado en lograr condiciones igualitarias de atención para mujeres embarazadas y para sus hijos durante los primeros dos años

de vida. En el año 2002, se crea el programa *Oportunidades*, para combatir la pobreza en el país; para el grupo de escritores Mexicanos Primero (2014), de manera indirecta funciona como un programa de intervención temprana, ya que incluye la participación de los padres en sesiones informativas de salud, complementos alimenticios y apoyo monetario con el fin de promover el desarrollo y evitar problemas que retrasan o debilitan habilidades cognitivas y sociales de los niños.

En 2002, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) inicia los programas de estimulación temprana como parte de la Atención Integrada, entendida como el “conjunto de acciones que el personal de salud debe proporcionar al menor de dos años, en cada contacto con la unidad de salud, independientemente del motivo de consulta” (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, s/a, p. 10).

El plan Nacional de Desarrollo (2001-2006) se plantea una estrategia orientada a la infancia y adolescencia, en la que se señala la protección y promoción del desarrollo pleno de niños y adolescentes. Para ello se propone crear las condiciones que permitan a los niños desarrollarse en un ambiente físico y emocionalmente seguro, garantizando su bienestar, educación, salud y equidad (Programa de Acción 2002-2010).

En el año 2006 se amplía el rango de edad de atención a niños de cinco años y en el 2015 se redefine la acción de estimulación temprana, conformándose el Modelo de Estimulación Temprana Integral por Competencias (METIC), dirigido a favorecer las competencias en la triada profesional-cuidador-niño (CeNSIA, 2015).

Durante el año 2017, se establecen los lineamientos técnicos del desarrollo infantil temprano, los METIC pasaron a ser Programas de Estimulación Temprana Integral por Competencias (PETIC) dentro de la consulta para el niño sano, con el objetivo de dar a conocer a los cuidadores como estimular a sus hijos en casa dentro de las actividades de la vida cotidiana, sin requerir un momento específico o tiempo determinado, aprovechando momentos como la hora de baño, la comida o el juego, para realizar estimulación integral, abarcando todas las áreas de desarrollo: emocional, afectiva, lenguaje, social-adaptativa y motriz (CeNSIA, 2017).

El grupo de escritores de Mexicanos Primero (2014), afirman que la planeación de intervenciones tempranas en México requiere avances sustanciales, principalmente en materia educativa. La capacidad de los padres para motivar a sus hijos, utilizar estrategias efectivas de aprendizaje, la crianza afectiva y el fomento del aprendizaje pueden mejorar con la experiencia. Un paso inicial puede ser incentivar a los padres para participar en programas de educación inicial para mejorar las estrategias de crianza.

1.2 Definición de Intervención Temprana

Diferentes términos se han utilizado para denominar a estas acciones que tienen por objetivo evitar o disminuir las dificultades de los niños con deficiencias evidentes o con alto riesgo para desarrollarlas. Algunos de estos términos son estimulación precoz, atención infantil temprana o intervención temprana.

Emilio Ribes Iñesta (1985) explica que el término de estimulación precoz es un mal concepto, ya que denota la precocidad como una propiedad de la estimulación, lo que implica que adelantarse al momento adecuado en el desarrollo del niño es apropiado. De igual manera el concepto de estimulación temprana es parcialmente inadecuado, porque el problema no es el momento en que se hace, si no la oportunidad con la cual se interviene. Se propone entonces un nuevo concepto, “*estimulación oportuna*”, considerando el proceso en donde el niño adquiere nuevas formas de comportamiento, modula su funcionalidad y cómo reacciona diferencialmente ante los eventos de interacción.

Desde la década de 1980, la Academia Americana de Pediatría, propuso un cambio en la denominación de los programas de “estimulación” y aceptó el término de “intervención temprana” para referirse a aquellas modalidades dedicadas al cuidado y atención de los niños a riesgo de tener cualquier discapacidad. Se definió que los programas diseñados para este efecto deberían centrar sus acciones en dos aspectos médicos diferenciales: el diagnóstico temprano del daño orgánico y funcional de las diversas causas que afectan al desarrollo infantil y la atención a las desviaciones en el

crecimiento y desarrollo de los niños durante el periodo más temprano de vida (Sánchez *et al.*, 2004). Este término puede variar dependiendo del país que los adopta; en países europeos es más común utilizar el término de atención, mientras que en países americanos se considera el término de intervención (Gutierrez y Ruiz, 2012).

En España, el Libro Blanco de la Atención Temprana (2005), en su tercera edición, la define como:

Conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgos de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar y transdisciplinar (Grupo de Atención Temprana, 2005: 12).

En México, Sánchez *et al.* (2003b) definen intervención temprana como:

Conjunto de acciones organizadas y sistemáticas, realizadas por la madre, cuidador principal o familia con asesoría y supervisión de especialistas en neurodesarrollo, a partir de un diagnóstico previo de las alteraciones en el desarrollo, orientadas a la prevención de las alteraciones en el desarrollo o secuelas neurológicas generadoras de discapacidad en niños de alto riesgo o con daño temprano al sistema nervioso central (SNC). (Sánchez *et al.*, 2003b: 281).

Un año después Sánchez *et al.* (2004), proporcionan una nueva definición de intervención temprana, para referirse a:

Todas las acciones de carácter médico, quirúrgico, terapéutico, educativo y de estimulación, indicados para resolver un problema de salud que afecte al desarrollo biológico, cognoscitivo y social de los niños con riesgo de alteraciones o desviaciones en el proceso normal de desarrollo (Sánchez *et al.*, 2004: 685).

Estos autores establecen que la diferencia entre el término “estimulación” e “intervención”, radica en que la intervención temprana requiere de un diagnóstico previo de las condiciones de riesgo para el desarrollo, para establecer el tratamiento o manejo adecuado e individualizado que favorezca las experiencias necesarias para el desarrollo integral del niño, mientras que la estimulación temprana, está orientada a favorecer todo tipo de experiencias para un desarrollo integral.

1.3 Objetivos de la Intervención Temprana

El Libro Blanco de Atención Temprana (2005) plantea como el principal objetivo:

Potenciar la capacidad de desarrollo y de bienestar de los niños que presentan trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos, posibilitando de la forma más completa, su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal (GAT, 2005: 14).

Los objetivos específicos son:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el desarrollo global del niño.

- Optimizar, en medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la expresión de efectos secundarios producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y dar respuesta a las necesidades y demandas familiares y del entorno en donde vive el niño.
- Considerar al niño como un sujeto activo de la intervención.

Capítulo 2.

EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Los referentes más importantes para hablar de la evolución de los modelos han sido Cunningham y Davis (1988, citados en Del Río, 1991 y Máiquez y Capote, 2001), quienes destacan que el profesional puede desempeñarse desde el modelo clínico experto, modelo de trasplante o modelo del usuario. Modelos más recientes se enfocan en la familia o en las prácticas basadas en la participación de la familia, sin embargo, no considerados en la clasificación de Cunningham.

2.1 Modelo experto

Este modelo empleado en la década de 1960, se centra en disminuir los efectos de una condición específica de salud, déficits en las estructuras y función corporal, intentando normalizar el desarrollo del niño. En este modelo, las familias generalmente no están presentes durante la intervención y delegan la responsabilidad al profesional experto.

El modelo de trabajo del profesional es participar como un “experto” que ofrece la información y herramientas necesarias para solucionar una patología específica.

El profesional bajo la concepción del modelo experto.

De acuerdo con Del Río (1991) y Máiquez y Capote (2001), las características del profesional del Modelo Experto son:

- Cree tener mayor experiencia en relación con los padres.
- Posee conocimientos normativos y autoridad.
- Asume el control absoluto y la toma de decisiones.

- Comunica la información que cree necesaria con los padres, proporcionando técnicas concretas a problemas concretos.
- El rol de los padres se reduce a ser el informador y cooperar con los lineamientos del programa.

2.2 Modelo de trasplante

Es un modelo, en el cual los padres se conciben como una prolongación del servicio de atención. El profesional sigue tomando las decisiones, pero reconoce el beneficio de la participación de los padres, quienes le proporcionarán al profesional información del contexto familiar (Perpiñán, 2009).

El modelo asume que los padres conocen a sus hijos mejor que cualquier profesional y están motivados para ayudarlos, ya que tienen contacto con ellos las 24 horas del día y por lo tanto pueden realizar el tratamiento o programa bajo los lineamientos, objetivos y metodología dados por el profesional (Del Río, 1991).

El profesional bajo la concepción del modelo de trasplante.

Máiquez y Capote (2001) mencionan como características del profesional:

- Plantea los lineamientos y objetivos del programa que se llevarán a cabo por parte de los padres.
- Cuenta con experiencia necesaria para trabajar con los padres, recurre a ellos con la idea de “trasplantar” parte de su experiencia.
- Enseña a los padres técnicas y destrezas adecuadas para modificar las conductas de sus hijos.
- Implica a los padres en la toma de decisiones del tratamiento de sus hijos.
- Comparte con los padres el progreso del niño.
- Recurre a técnicas adicionales para instruir y mantener una buena relación con los padres.

Sin embargo, se ha criticado su efectividad, debido a diferentes problemas biopsicosociales, económicos, familiares y psicológicos en los que se encuentran inmersos, especialmente en países en desarrollo, donde los padres tienen necesidades de supervivencia por cubrir, muchas veces de mayor prioridad que el mismo desarrollo del niño (Máiquez y Capote, 2001). Tal como lo menciona Del Río,

La pobreza, las jornadas dobles de trabajo, las tensiones sociales y el cansancio hacen que la participación esperada de los padres no sea la ideal. Los padres con mayor necesidad son los que no cuentan con los recursos ni con la energía para participar en un programa de intervención (Del Río, 1991).

2.3 Modelo ecológico

La orientación de los modelos únicamente a las conductas del niño y el hecho de dejar a la familia al margen de la intervención se observó como una mala praxis, ya que se empezó a considerar a la familia como un componente clave para el desarrollo del niño en todas sus facetas y el único elemento estable en su futuro (García, Escorcía, Sánchez, Orcajada y Hernández, 2014).

En la década de 1970, Bronfenbrenner apoyó la necesidad de involucrar a la familia en los programas de intervención, para que los efectos se conservaran por más tiempo y tuvieran un mayor impacto, especialmente cuando su inicio es en los dos primeros años de vida.

El modelo considera a la persona como una entidad creciente, dinámica, que se va adentrando y reestructurando en función del medio ambiente en el que vive. El *ambiente* no se limita a un único entorno inmediato, sino que involucra interconexiones entre sus entornos y las influencias externas de entornos más amplios.

El ambiente ecológico es concebido por Bronfenbrenner (1987) como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales se encuentra dentro de la

siguiente, denominadas micro, meso, exo y macro – sistemas. El nivel más interno es el *microsistema*, es donde se encuentra el entorno que contiene a la persona en desarrollo, como su casa o la escuela. Una de las unidades básicas de este nivel es la *diada*, clave para comprender los cambios evolutivos tanto del niño como del adulto que cuida de él habitualmente: madre, padre, abuelos o profesores. El *mesosistema* comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, por ejemplo, para el niño, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de pares de la comunidad; para un adulto, la familia, el trabajo y la vida social. El *exosistema* se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como persona activa, pero en el cual ocurren circunstancias que afectan el entorno de la persona. Finalmente se refiere al *macrosistema* como las correspondencias de los sistemas de menor orden, al nivel de la subcultura o cultura en su totalidad, sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias.

2.4 Modelo transaccional

Planteado por Sameroff y Chandler (1975), describe una de las mayores conceptualizaciones acerca de la relación recíproca entre la naturaleza y la crianza. Tiene como fundamento que, el contacto entre el organismo y el ambiente de cuidado es una transacción, en el que el ambiente influye en el niño y el niño influye en el ambiente. También menciona la *oportunidad de cuidado continuo*, para describir los efectos transaccionales de factores familiares, sociales y ambientales en el desarrollo humano (Shonkoff y Meisels,2000).

El modelo considera dos tipos de riesgo: el *riesgo reproductivo* referente a la constitución genética y biológica, y el *riesgo causado por la persona encargada de cuidar al niño*, referente al medio social y físico en el que crece. La perspectiva transaccional se centra en los constantes intercambios que hay entre ambos tipos de riesgo y su repercusión en el desarrollo del niño (Bricker, 1991). Por ejemplo, los niños con buena constitución biológica que viven dentro de buenos ambientes tienden a tener un buen resultado en el desarrollo, los niños con pobre constitución en ambientes

inadecuados tienden a tener peores resultados, mientras que los niños con buena constitución biológica en ambientes pobres o pobre constitución en buenos ambientes, tienden a tener resultados intermedios (Sameroff, 1975). De esta manera, cuanto más capacitado esté biológicamente el niño, mejor será la compensación a los efectos de un ambiente de cuidado deficiente.

Sameroff (1975) concluye que “a pesar de que el riesgo reproductivo pueda ser la causante original de problemas posteriores, es el ambiente de cuidado el que va a determinar el resultado final”.

Este modelo influyó fuertemente en el enfoque de la intervención temprana, ya que permitió conocer que el efecto del daño biológico se puede modificar por factores ambientales, así como el desarrollo de un niño podría ser influenciado por aspectos sociales o ambientales (Shonkoff y Meisels, 2000). Se empezó a plantear que tanto las acciones en práctica y en la investigación, debían incidir en la bidireccionalidad entre el ambiente y los factores biológicos para tener un mayor impacto en los resultados.

Sameroff y Chandler consideraron a los padres o cuidadores como agentes reguladores bidireccionales y, a diferencia de paradigmas anteriores, reconocieron la influencia recíproca de su relación en la conducta del otro, formando un sistema de retroalimentación circular. La respuesta de cada uno y de la familia o comunidad se convierten en el centro de estudio a partir de entonces (Bricker, 1991).

2.5 Modelos centrados en la familia

Los modelos anteriores mostraron ser ineficientes. Se identificó que el entorno inmediato del niño se podía potenciar con los recursos y competencias necesarias para generar un contexto competente para facilitar su desarrollo, asegurando oportunidades de aprendizaje en actividades contextualizadas, insertadas de forma natural en las rutinas diarias de cada familia y en su entorno familiar. Surge entonces el modelo centrado en la familia, en el cual se considera a las familias como colaboradores iguales, necesarios para identificar, facilitar y mejorar las posibilidades de desarrollo

del niño, en una intervención individualizada, flexible y sensible ante las necesidades de cada niño y su familia (García *et al.*, 2014).

Dunst *et al.* (2007), refieren que las prácticas centradas en la familia (también conocidas como atención centrada en la familia, servicios centrados en la familia o ayuda centrada en la familia), se remontan a la década de 1950, sin embargo, hasta 1979 este modelo llegó al pensamiento contemporáneo, enfatizando la participación de los padres y familia en los servicios humanos, educación, atención médica y otras organizaciones de ayuda para el cuidado y tratamiento de los niños con necesidades especiales.

De acuerdo con Bath (2017), los elementos de la atención centrada en la familia propuesta por el Instituto de Atención Centrada en la Familia (2005) son:

- Reconocer a la familia como constante en la vida del niño.
- Facilitar la colaboración entre padres y profesionales en todos los niveles de atención médica.
- Honrar la diversidad racial, étnica, cultural y socioeconómica de las familias.
- Reconocer las fortalezas e individualidad de la familia y respetar los diferentes métodos de afrontamiento.
- Compartir información completa e imparcial con la familia.
- Fomentar y facilitar el apoyo y la creación de redes de familia a familia.
- Responder a las necesidades de desarrollo del niño y la familia como parte de las prácticas de atención médica.

Algunos fundamentos importantes de este modelo, de acuerdo con Bricker (1991) son:

1. **Tiempo y contacto:** en edad preescolar, los padres son quienes pasan mayor tiempo con sus hijos, más que cualquier otra persona, permitiéndoles mayores oportunidades de aprendizaje.
2. **Economía:** debido a la diferencia entre el número de niños y familias sujetos de intervención y profesionales calificados disponibles, es

conveniente hacer que los padres participen como principales agentes de cambio para trabajar en conjunto con el profesional.

3. Decretos jurídicos y legislativos

4. **Derechos básicos de los padres:** a ser incluidos en el tratamiento, planeación y toma de decisiones, así como la responsabilidad del cuidado de su hijo.

El profesional bajo la concepción del modelo centrado en la familia.

De acuerdo con Allen, Petr y Brown (1997, citados en Tomasello *et al.*, 2010, p. 165) el profesional se caracteriza por:

- a) Enfocarse en las necesidades de toda la familia, no únicamente en las necesidades especiales del niño.
- b) Considera a los padres como los mejores conocedores de sus hijos.
- c) Asume el rol de facilitador o colaborador, no de experto, cuyo conocimiento excede el de los padres
- d) Proporciona información adecuada a la familia y los ayuda a sentirse asociados en el cuidado de la salud del niño.
- e) Permite que las familias tomen las decisiones correspondientes al niño y a la familia.

El profesional busca prácticas participativas de los padres, la toma de decisiones informadas, la participación familiar activa para lograr objetivos y resultados deseados, la escucha activa de las preocupaciones familiares y de aclaraciones o explicaciones sobre lo que se comenta en la sesión. El profesional debe compartir toda la información necesaria con las familias para la toma de decisiones informadas, acerca del cuidado de su hijo, así como alentarlos a utilizar conocimientos propios y capacidades nuevas adquiridas (Dunst *et al.*, 2007; García *et al.*, 2014).

Las prácticas centradas en la familia se han convertido en un enfoque de elección en los programas de intervención en la primera infancia de alta calidad, programas de apoyo familiar, programas para personas con discapacidades del desarrollo, hospitalización, prácticas médicas, escuelas y otros entornos o programas pediátricos (Dunst *et al.*, 2007), ya que alienta al profesional a reconocer a la familia como experta en el desarrollo del niño (Tomasello, Manning y Dulmus, 2010).

Los padres bajo la concepción del modelo centrado en la familia.

La toma de decisiones por parte de los padres en este modelo, les permite potenciar su sentimiento de auto-competencia, empoderamiento (empowerment), compromiso con el tratamiento, comprensión de la responsabilidad parental hacia las necesidades del niño y aumenta la satisfacción de la familia. En relación con los niños, permite un mayor tiempo y exposición a oportunidades de aprendizaje en contraparte con el tratamiento ambulatorio, en donde la duración promedio por sesión es de una hora. La importancia radica en las experiencias reiteradas de habilidades aprendidas en el contexto de sus rutinas y actividades diarias, dentro de entornos habituales con las personas que conviven, permitiendo al sistema nervioso mayores posibilidades de planificar, espontánea y automáticamente las interacciones con los objetos y sus familiares (García *et al.*, 2014).

Dunst *et al.* (2007) afirman que las prácticas centradas en la familia están mediadas indirectamente por creencias de autoeficacia, motivo por el cual tienen efectos de tipo “empoderamiento”, por lo que es más probable que los padres que se sienten empoderados sobre sus capacidades de crianza les brinden a sus hijos mayores oportunidades de aprendizaje para mejorar su desarrollo. En términos estadísticos, estas prácticas deben explicar algunas, pero no todas las variaciones en los resultados benéficos del programa.

Campbell y Sawyer (2007, citados en Fleming *et al.*, 2011) añaden que el propósito de los servicios basados en la participación de los padres, es que ellos puedan

promover la participación y aprendizaje dentro del entorno natural del niño, en actividades y rutinas familiares comunitarias.

2.6 Modelo educativo y educación inicial

La educación inicial se plantea en función al niño de 0 a 6 años de, orientándose a los procesos educativos oportunos y pertinentes que se generan a partir de las necesidades, intereses y características del niño, a fin de favorecer aprendizajes significativos que aporten a su desarrollo integral, dentro de una concepción del niño como persona en continuo perfeccionamiento humano. En América Latina y el Caribe, se emplea más recientemente el concepto de “cuidado de la primera infancia” para referirse al conjunto de acciones integrales ejercidas para preservar la vida en sus aspectos básicos (afecto, alimentación, salud, protección, etc.) en función a favorecer su sano y adecuado crecimiento y desarrollo (Peralta y Fujimoto, 1998).

La intervención familiar desde este modelo se centra en la enseñanza de comportamientos y habilidades parentales. En general se enfoca a todos los procesos educativos del niño, independientemente del lugar en donde se lleva a cabo, puede tener un carácter preventivo, optimizador, correctivo o compensatorio, en donde se consideran las características específicas del contexto a manera muy general (Máiquez y Capote, 2001).

El profesional puede dirigirse a un grupo de niños con sus familias, a diferencia del modelo clínico, lo que le demanda un mayor conocimiento en diferentes técnicas como de instrucción, explicación, enseñanza y aprendizaje. De acuerdo con Máiquez y Capote (2001), las modalidades más frecuentes son la informativa y la instructiva:

Modalidad informativa.

- Se enfoca a proporcionar información útil a los padres sobre la vida familiar (cuidados, higiene, alimentación, economía doméstica, problemas escolares)
- El profesional transmite conocimiento teórico a manera de “consejos”

Modalidad instructiva.

- Busca favorecer la comunicación de los padres, reducir la ansiedad y así facilitar el aprendizaje.
- Se pretende que los padres logren cambiar sus actitudes de cuidado a través de un análisis y reflexión de las acciones educativas.

Los servicios sociales comunitarios y especializados que atienden a la familia se encuentran bajo un marco interdisciplinar, conformado por diferentes profesionales, en la que cada profesional aporta los conocimientos propios de su especialidad para realizar acciones integradas y coordinadas (Máiquez y Capote, 2001).

2.7 Modelo de entornos competentes

Planteado por Perpiñán (2009), con una visión ecológica que imprime relevancia a los entornos naturales en donde el niño se desarrolla. Díez (2008), destaca como objetivos del modelo: establecer vínculos de apego en la diada, garantizar sentimiento de auto-competencia en el cuidador y atención a las necesidades del niño, favorecer estrategias de intervención, trato y cuidado.

El modelo considera que los padres o cuidadores habituales, son quienes pasan la mayor parte del tiempo con los niños, cubren sus necesidades básicas, establecen un vínculo afectivo a través de experiencias continuas, de disponibilidad e incondicionalidad, posibilitan la generalización de aprendizajes en diferentes contextos y proporcionan estabilidad a la intervención, convirtiéndolos en sus mejores conocedores. Del mismo modo, construyen o modifican el ambiente físico en el cual el niño se desenvuelve, eligen sus objetos de juego y crean un clima emocional, permitiéndole desarrollar sus habilidades.

La percepción de auto-competencia, se refiere a la concepción de los cuidadores que tienen de sí mismos respecto a la capacidad de atender y responder adecuadamente a las necesidades especiales del niño. Cuando los cuidadores se consideran capaces de atender al niño responden con mayor eficacia y satisfacción a

su educación, necesidades y posiciones. El modelo busca lograr una interacción entre los sistemas implicados en la intervención; familia, escuela y profesionales, para lograr potenciar la percepción de auto-competencia en los padres.

Algunos de los postulados del modelo son los siguientes:

- La familia es la principal responsable y conocedora del niño. Tienen el derecho y obligación de implicarse y participar activamente en la intervención. Por su parte el profesional respetará el papel de la familia y facilitará su participación activa.
- Los padres no son ni deben ser profesionales.
- La estimulación que la familia brinde al niño debe insertarse en una situación natural.

El profesional bajo la concepción del modelo de entornos competentes.

El profesional dentro de este modelo, se convierte en un promotor de cambios del contexto, planteando los objetivos a conseguir con el niño y con su familia; para adquirir la máxima autonomía en la crianza, cuidado y educación de su hijo, así como en el desarrollo del rol paterno. Los objetivos planteados solo podrán lograrse a través de una interacción eficaz con los padres (Diez, 2008).

Perpiñán (2009) expone tres estrategias generales en la intervención con familias bajo este modelo:

- *Incidir en lo positivo:* partiendo de los logros obtenidos y no enfocarse en las deficiencias. Observar los progresos y reconocérselos a los padres y a los niños, ya que esto los motivará y aumentará su percepción de auto-competencia e interacción, siempre y cuando los padres los atribuyan a sus propias acciones.
- *Reforzar ideas y conductas* de los padres que favorezcan el desarrollo del niño, para aumentar la seguridad de sus propias acciones.
- *Resaltar aspectos positivos del entorno familia.*

Capítulo 3.

CONSIDERACIONES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

En 1975, en Estados Unidos se promulgó la ley pública 94-142 para hacer obligatoria la participación de los padres en los programas educativos, para niños “disminuidos” y de niños en ambientes restringidos. En 2004, con base en la teoría ecológica del desarrollo infantil de Bronfenbrenner, la legislación federal que autoriza los servicios de intervención temprana, bajo la ley de Mejora de la Educación para Personas Discapacitadas (IDEA) PL 108-446, plantea que los padres deben desempeñar un papel más activo dentro del servicio, porque la intervención debe centrarse en maximizar las oportunidades de aprendizaje en las rutinas que los niños tienen con sus padres o cuidadores, dentro de su entorno natural, ya que es en las actividades rutinarias diarias en donde ocurre un mayor aprendizaje. Esto se logra a través de un enfoque centrado en la familia, enfocado a satisfacer las necesidades del niño y de la familia (Aaron *et al.*, 2014).

Los modelos que promueven la participación de los padres, se enfocan en entender el desarrollo del niño de manera más contextual y reconocen que el progreso del niño no se debe a una suma de intervenciones parciales, sino a una visión de conjunto que involucra la atención preferente en casa y la comunidad. Los entornos naturales como la familia, la escuela y la comunidad son reconocidos como contextos para promover el desarrollo y la intervención plantea la necesidad de saber lo que hace el niño en su vida cotidiana, con quién lo hace y cómo lo hace para poder desarrollar al máximo sus capacidades a partir de las actividades diarias (Dalmau, 2017).

Mahoney y Wiggers (2007) en su estudio mencionan que los padres tienen un número constante de oportunidades para mejorar el aprendizaje y desarrollo de sus hijos, en comparación con los profesionales en salud. En un análisis hipotético en el que se asume que los padres conviven con sus hijos 52 semanas al año, se calcula

que podrían generar alrededor de 10 oportunidades para interactuar con sus hijos por minuto y al menos 220,000 interacciones cada año, pudiéndose triplicar dependiendo del tiempo disponible con sus hijos, mientras que con los profesionales o terapeutas únicamente se podrían generar alrededor de 7,500 oportunidades, considerando un tiempo promedio de intervención de 60-120 minutos por semana. Lo anterior considerando la variabilidad de la intensidad de los servicios de intervención, ya que depende de los recursos disponibles de los padres, filosofía del programa, necesidades familiares, creencias y expectativas familiares o profesionales y accesibilidad al servicio (Aaron *et al.*, 2014).

Atkins-Burnett y Allen-Meares (2000, citados en Mahoney y Wiggers, 2007, p.11) destacan la participación de los padres como un “ingrediente crítico” de una intervención eficaz, por tal motivo las prácticas deben estar relacionadas con la participación de los padres.

Israel, Thomsen, Langeveld y Stormark (2006) aseguran que se asocia con la retención del tratamiento, una mayor participación familiar y resultados positivos, sin embargo, es poca la investigación sobre el alcance y la naturaleza de su participación, particularmente en el contexto de la atención clínica habitual. Estos autores sustentan la importancia de la participación por tres razones:

- 1) Las prácticas y comportamientos de crianza se asocian con resultados positivos del tratamiento.
- 2) Las ganancias del tratamiento y su mantenimiento posterior, es dependiente de la aplicación continua de las estrategias, los conocimientos y las habilidades aprendidas en terapia, los padres son la primera opción natural para ayudar a sus hijos a mantener los logros obtenidos.
- 3) La alianza de los terapeutas con los padres se asoció con una mayor participación de la familia y retención del tratamiento.

La participación de los padres en actividades de estimulación, juego y aprendizaje temprano, se ha resaltado como una manera crítica por la cual los padres promueven el desarrollo temprano de los niños (Jeong, 2019).

3.1 El rol de los padres en programas que promueven su participación

Acar y Akamoğlu (2014) puntualizan que los padres juegan un rol fundamental en el desarrollo de los niños con necesidades especiales, ya que ellos son quienes conocen información importante del desarrollo y aprendizaje de los niños y observan su potencial fuera del ámbito clínico. Los programas para favorecer el desarrollo, deben incluir una serie de colaboraciones entre la familia y los profesionales, para poder conocer esta información que no está a la vista del clínico.

También destacan que la participación y enseñanza hacia los padres es un componente indispensable de la intervención, son ellos quienes brindarán la oportunidad al niño de desenvolverse naturalmente en su entorno familiar, de recibir una educación generalizada y constante en diferentes entornos, a partir de lo aprendido durante la intervención

Las familias desempeñan una función esencial en la realización de los derechos infantiles, ya que su bienestar depende en gran medida de lo que sus padres, la familia y la comunidad puedan hacer por ellos. Por lo tanto, es indispensable la capacitación familiar de calidad y orientación, para lograr cambios positivos y perdurables en el desarrollo armónico y la calidad de vida (CeNSIA, 2017).

La estimulación inadecuada o la falta de participación del cuidador en juegos y actividades de comunicación apropiadas para el desarrollo de niños pequeños, como hablar, cantar y jugar, se ha enfatizado como un factor de riesgo clave en el desarrollo infantil (Jeong *et al.*, 2019).

3.2 El rol del profesional en programas de intervención que promueven la participación familiar

Como principio esencial de la intervención basada en la participación de la familia, los profesionales deben buscar establecer relaciones positivas y efectivas con los padres o cuidadores primarios. Odom y Wolery (2003, citado en Acar y Akamoğlu, 2014, p.82) definen que el rol de los profesionales en el ámbito de la intervención temprana es: “trabajar en colaboración con las familias, fortalecerlas, ayudándolas a obtener los apoyos y recursos necesarios para capitalizar las competencias y fortalezas existentes de las familias”.

Fleming *et al.* (2011) afirman que su función es apoyar a las familias, brindar conocimientos, recursos y estrategias para que los cuidadores puedan facilitar la participación y el aprendizaje de sus hijos en actividades y rutinas típicas. El profesional, asume el papel de educador de los padres o cuidadores, enseñándoles y ayudándolos a interactuar con el niño y a utilizar estrategias para promover la enseñanza y aprendizaje en actividades y/o rutinas dentro de su contexto natural. Esto se puede lograr por múltiples medios como la demostración, el modelado, las explicaciones y resolución de problemas, descripción verbal y la discusión grupal.

Los profesionales ayudarán a la familia a tomar decisiones informadas, acerca de las necesidades de sus hijos, centradas en las fortalezas y la capacidad de la familia para impulsar el progreso del desarrollo del niño. Las metas con la familia pueden incluir mejorar las interacciones, conductas, conocimientos, creencias y actitudes entre padres e hijos, promover habilidades sociales o la capacitación de los padres para desarrollar técnicas apropiadas de crianza y disciplina dirigidos a áreas del desarrollo específicas (Jeong *et al.*, 2019; Tomasello *et al.*, 2010)

3.3 Conductas participativas

Aaron *et al.* (2014) definen la participación de los padres como “el grado en que se involucran en las discusiones durante la sesión de intervención y colaboran en el desarrollo de los resultados del plan de servicios”.

En diversas investigaciones, se ha destacado el pobre conocimiento acerca de las formas de participación de los padres dentro del tratamiento y en cuidados habituales de su hijo. La presencia física (asistencia) de los cuidadores en las sesiones ambulatorias es benéfica, pero es importante reconocer las múltiples formas de participación, además de su asistencia al programa (Fawley-King, Haine-Schlagel, Trask, Zhang y Garland, 2013).

Fawley-King *et al.* (2013) reportaron que la asistencia es mayor cuando el niño vive con ambos cuidadores, cuando los niños son pequeños y cuando los trastornos son de inicio temprano. Tener un hijo con una condición médica conocida por los padres, es un predictor significativo de participación, los cuidadores son más susceptibles de involucrarse en el tratamiento por sus múltiples necesidades de atención. Aunado a eso los cuidadores presentaron menor sentimiento de estigma al tener un hijo con problemas del desarrollo, haciendo más comfortable su participación en el tratamiento.

Otras conductas participativas son:

- Asistencia a la sesión.
- Contacto con el terapeuta o profesional (conversaciones telefónicas, reunirse individual con el terapeuta o con el niño).
- Asistir a otros servicios recomendados por el profesional.
- Realizar las recomendaciones a domicilio.
- Participar en la planificación del tratamiento
- Finalización de las tareas.

Algunos factores relacionados con la calidad y capacidad de participación del cuidador son:

- a) **Las características del cuidador:** nivel de educación, motivación y apertura a nuevos conocimientos.
- b) **El entorno familiar:** hermanos perturbadores, llamadas telefónicas, televisión, hogar poco seguro y limpio.
- c) **Estrés familiar:** pobreza, enfermedades y trabajo de los cuidadores.
- d) **Expectativas y comprensión de la intervención:** confusión sobre los roles del profesional y del cuidador o expectativas poco realistas.
- e) **Compromiso e inversión en servicios:** cancelaciones, falta de aplicación de las técnicas entre visitas y nivel de participación durante la sesión.

Respecto al nivel de participación durante la sesión se han observado otras conductas participativas. Dunst y Trivette (2009) reportaron que las capacidades de respuesta de los cuidadores a las acciones del niño, se asocian consistentemente con comportamientos óptimos y su desarrollo. El tipo de comportamiento que tiene mayor probabilidad de generar consecuencias positivas en los niños son las interacciones en donde el cuidador tiene sintonía con las señales del niño, para comunicarse o interactuar con los demás, capacidad de respuesta rápida y apropiada para el comportamiento del niño y las interacciones sincrónicas y mutuas. Se entiende por *sincronía* a aquellas interacciones recíprocas y gratificantes para la diada, mientras que la *mutualidad* se refiere a la capacidad para modular la excitación infantil y lograr la atención conjunta al padre o un objeto de atención. Esto se conoce como un estilo de interacción sensible, que es determinante para un apego infantil seguro y requiere de tres elementos indispensables: sincronía, reciprocidad y sensibilidad.

Mesman y Emmen (2013), citan a Mary Ainsworth (1974), quien define la sensibilidad como “capacidad de un padre para (1) notar las señales del niño, (2) interpretarlas correctamente y (3) responder a ellas de manera rápida y adecuada”.

3.4 Beneficios de la participación de los padres en el desarrollo del niño

Vanderveen, Bassler, Robertson y Kirpalani (2009), aportan con su meta-análisis datos de diferentes escalas que midieron el efecto de tres tipos de intervenciones que involucró la participación de los padres:

- 1) Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP).
- 2) Programa canguro y estimulación hospitalaria de apoyo a la educación, enfocadas en mejorar la relación temprana entre padres e hijos.
- 3) El entorno familiar por medio de la educación a los padres y la estimulación infantil.

Concluyeron que las intervenciones que involucran a los padres se asociaron con puntuaciones significativamente más altas en los resultados del desarrollo neurológico a los 12-14 meses con la prueba Bayley Scales of Infant Development - Mental Development Index (BSID-MDI) o Griffiths, y a los 36 meses con la prueba McCarthy o Stanford-Binet, puntajes 78% predictivos de la cognición en edad escolar con consecuencias educativas y sociales posteriores.

Un estudio realizado por Mahoney, Boyce, Fewell, Spiker y Wheeden (1998, citados en Mahoney y Wiggers, 2007), examinó los resultados de desarrollo de 637 niños, observaron que la cantidad de servicios recibidos por los niños no fue representativa en el desarrollo. En contraparte el estilo de interacción de las madres con sus hijos se relacionó significativamente con mejorías en su desarrollo. Estos resultados se encontraron únicamente en los programas en los que se aumentó la capacidad de respuesta y de interacción responsable de las madres. La forma en que los padres interactúan con sus hijos y especialmente su capacidad de respuesta parece tener una importante influencia en el nivel de desarrollo de los niños, la capacidad de comunicarse, el bienestar socioemocional y quizás la preparación para la escuela.

En un meta-análisis Stolk *et al.* (2008), citan el trabajo realizado por Spiker, Ferguson y Brooks-Gunn en 1993, en el cual reportaron que la participación de las

madres durante la intervención en el Programa de Salud y Desarrollo Infantil, para lactantes con bajo peso al nacer y sus familias, llevado a cabo en California, se asoció con resultados más positivos en el entorno familiar y con mayores puntuaciones de IQ infantil.

Benzies *et al.* (2013), encontraron una asociación entre la sensibilidad materna y el estado de ánimo y temperamento infantil positivo a los 12 meses. De acuerdo con Mesman y Emmen (2013), también predice el desarrollo social, la autonomía y en caso de actitudes insensibles aumenta la susceptibilidad al uso de sustancias en adolescentes.

La sensibilidad de los padres influye en aspectos de la cognición social infantil, ya que durante los intercambios recíprocos con un adulto sensible y responsivo le enseñan al niño el efecto de sus comportamientos en los demás, lo que permite adquirir la capacidad de actuar intencionalmente. Cuando los padres se muestran constantemente inaccesibles, insensibles, no contingentes o con respuestas inapropiadas los niños no tendrán la confianza en que sus padres puedan satisfacer sus necesidades. Cuando el comportamiento es inconsistente, es decir cuando a veces responden de manera contingente y apropiada y a veces no, los niños pueden no desarrollar expectativas claras con respecto a sus respuestas. Ambas situaciones resultan en una relación de apego inseguro (Lamb, 1981).

Jeong *et al.* (2019), plantea que fomentar intercambios verbales y no verbales, experiencias sociales y no sociales en la diada, promueve el desarrollo de competencias socioemocionales de los niños. Las actividades compartidas como el juego proporcionan oportunidades de aprendizaje. Actividades como contar historias, nombrar o contar objetos, brindan oportunidades para que los niños aprendan y entiendan en sus entornos, promoviendo el desarrollo cognitivo y lingüístico. Actividades como jugar fuera del hogar brindan oportunidades para que los niños se involucren en interacciones interpersonales, desarrollen habilidades socioemocionales como la regulación emocional. El surgimiento de habilidades cognitivas y

socioemocionales tempranas predicen en gran medida el éxito académico, la salud mental y física y la productividad.

El programa Head Start resalta que la estimulación cognitiva materna como contar historias, enseñar letras, palabras o números son mediadores cruciales para un impacto positivo del programa (Jeong *et al.*, 2019).

La participación del padre está fuertemente relacionada con el desarrollo socioemocional de los niños, en habilidades pro sociales, autorregulación y habilidades cognitivas o académicas. También promueven relaciones positivas con las madres y otros miembros de la familia. Sin embargo, los resultados encontrados fueron a corto plazo, en contraparte con la participación materna, con la que se encuentran resultados a largo plazo (Jeong *et al.*, 2019).

Una revisión de 16 estudios longitudinales que consideraron la variable de impacto de la presencia del padre encontró que quienes tuvieron un padre involucrado en su infancia, presentaron en promedio menos problemas conductuales, menos conflictos con la ley, menor vulnerabilidad económica, mejor desarrollo cognitivo, rendimiento escolar y menor estrés en la adultez. La ausencia del padre interfiere de manera negativa en el éxito terapéutico de una intervención centrada en el apego para tratar trastornos conductuales y de regulación y genera altos costos económicos y sociales directos e indirectos (Pérez y Olhaberry, 2013).

3.5 Beneficios de la participación de los padres en la familia

Dunst *et al.* (1988, citado en Tomasello *et al.*, 2010, p.165) afirma que la atención centrada en la familia, es un modelo de trabajo eficaz para mejorar la autodeterminación de los padres, su autoeficacia y los procesos de toma de decisiones en colaboración con los profesionales.

Dunst *et al.* (2007) afirman que las prácticas centradas en la familia están mediadas indirectamente por creencias de autoeficacia, motivo por el cual tienen efectos de tipo “empoderamiento”, por lo que es más probable que los padres que se sienten empoderados sobre sus capacidades de crianza les brinden a sus hijos mayores oportunidades de aprendizaje para mejorar su desarrollo. En términos estadísticos, estas prácticas deben explicar algunas, pero no todas las variaciones en los resultados benéficos del programa.

Las familias que participan bajo este modelo tienen más probabilidades de estar satisfechos con la atención que reciben, así como de seguir las recomendaciones, incluyendo terapia continua en caso de una discapacidad profunda (Fleming, Sawyer y Campbell, 2011).

Stolk *et al.* (2008) informaron que la alianza positiva entre el profesional y el cuidador, se relacionó con el aumento de actitudes empáticas hacia los niños, niveles más altos de presencia de apoyo y no intrusión. A pesar de que el nivel de participación y de compromiso emocional de las madres durante las sesiones no influyeron en los resultados de crianza, un nivel de participación materna mayor se asoció con un aumento de conductas infantiles sensibles. También encontraron niveles más bajos de depresión y ansiedad en los padres, mayores competencias para el manejo de sus vidas diarias y mejor comprensión, receptividad y relación con sus hijos, cuando su participaron fue en al menos 60% de las actividades. Kaaresen *et al.*, 2006 y Newnham *et al.* 2009, (citados en Benzies *et al.*, 2013), demostraron disminución del estrés y ansiedad parental, lo que permitió efectos positivos en el desarrollo infantil a corto plazo y hasta los 24 meses.

Jeong *et al.* (2019) también reporto reducción de la depresión materna, además de mejorarías en las prácticas de estimulación, en conductas de crianza complejas, en interacciones, en su capacidad de respuesta, sensibilidad, conductas protectoras y el conocimiento de los padres con respecto a sus hijos y a su entorno de cuidado.

Esto permite disminuir los problemas de externalización infantil, planteados por Reid, Patterson y Snyder (2002, citados en Stock *et al.*, 2008), ya que son predichos por conductas parentelas como la disciplina coercitiva y la insensibilidad.

En su meta-análisis Benzies *et al.* (2013) concluyen que los programas que mostraron un efecto positivo en la sensibilidad materna (capacidad de respuesta), incluyeron educación y apoyo de los padres con participación activa, mientras que las intervenciones que solo incluyeron información a los padres fueron menos efectivas. Estos autores recomiendan medir los efectos de los componentes de intervención que se dirigen hacia los padres, para poder determinar si los resultados en ellos cambian y pueden alterar el entorno proximal del niño. Por su parte, Pérez y Ohamberry (2013), reportan que el apoyo emocional del padre hacia la madre ha sido asociado a una adecuada sensibilidad materna frente a las señales del bebé, afectando positivamente la interacción diádica.

Acar y Akamoğlu (2014) identificaron que las familias tienden a adaptar de manera temprana las prácticas de intervención, dependiendo de las necesidades de desarrollo de sus hijos y de los recursos ambientales disponibles. También reportaron que en su grupo de estudio los padres incorporaron estrategias de intervención en sus actividades y rutinas diarias, aprendieron, aumentaron y mantuvieron el uso de estrategias incluso después de la intervención, apoyaron el desarrollo y aprendizaje de sus hijos de manera efectiva, aumentaron sus habilidades para identificar y responder a las necesidades de sus hijos bajo supervisión como parte del programa, implementaron diferentes actividades para apoyar el comportamiento de sus hijos, alentaron a sus hijos a continuar con las actividades.

Es probable que los padres que participan en un programa de crianza de los hijos puedan alentar cambios en el comportamiento de los demás miembros de la familia. Por ejemplo, si las madres practican nuevos comportamientos, los padres los observan y los modelan, cada uno podrá hacer un reforzamiento con el niño a lo largo del tiempo. Los padres tienen mayor tendencia a participar en actividades físicas y sociales dadas las preferencias, roles y divisiones de género en la crianza de los hijos.

3.6 Barreras para la participación

A pesar del beneficio que implica la participación de los padres dentro de los programas de intervención, se presentan obstáculos para su correcto desarrollo. Mahone y Wiggers (2007) identificaron que algunos padres se resisten a participar, debido a tiempo o motivación limitados para realizarlo. Fawley-King *et al.* (2013) identificaron como barreras frecuentes: horarios de trabajo de los cuidadores, seguido de problemas para transportarse y otras actividades dentro de su vida cotidiana. En cuanto a los problemas interpersonales, se reportó como principal barrera para la participación el estrés de los cuidadores, la percepción de dificultad del problema del niño y su manejo, pobre comunicación y relación con su hijo (Mahoney y Wiggers, 2007). Acar y Akamoğlu (2014) coinciden al encontrar altos niveles de estrés como una característica común en los padres, que podría influir en la confianza en sí mismos y en el resultado del niño. Se sugiere que la participación de las madres en los programas de intervención es esencial para reducir su nivel de estrés y poder aumentar sus habilidades de crianza para resolver las necesidades de desarrollo de sus hijos.

Fleming *et al.* (2011) identificaron como barreras familiares las creencias o expectativas del cuidador acerca de los servicios, prioridades, su cantidad de tiempo disponible, su voluntad para participar y las características generales de la familia. La familia es la barrera más frecuente para proporcionar prácticas centradas en la familia.

Respecto a los proveedores de salud, a pesar de que muchos profesionales apoyan las prácticas centradas en la familia y en su participación, presentan una gran diversidad de opiniones sobre el papel que creen que los padres deben jugar en la intervención (Dirks y Hadders-Algra, 2011). Se identificó como principal barrera la carencia de una base teórica y una formación adecuada para trabajar con los padres (Tomasello *et al.*, 2010; Mahoney y Wiggers, 2007), la falta de información hacia los cuidadores, acerca de cómo participar o la falta de acciones para motivarlos a participar, el sentimiento de culpa del cuidador provocado por el terapeuta por la

condición del niño y con menor frecuencia la falta de información entendible para los padres.

Fawley-King, *et al.* (2013) reportaron que frecuentemente hay poca asignación de tareas terapéuticas en el cuidado habitual y recomendaciones específicas para el hogar. Fleming *et al.* (2011) identificaron la recurrencia en la comprensión incompleta de los servicios basados en la participación, muchos profesionales no incluyen información sobre rutinas de la familia como contextos de intervención. Pocos terapeutas conocen su función de enseñar al cuidador como trabajar directamente con el niño para facilitar su aprendizaje.

En su estudio Fawley-King *et al.* (2013), reportaron que los cuidadores que identificaron mayores barreras para la participación, participaron de múltiples maneras y llevaron a cabo las recomendaciones del terapeuta en su hogar. Probablemente debido a que los cuidadores tuvieron mayores oportunidades de superar las barreras y de involucrarse activamente en el tratamiento.

3.7 Otros instrumentos para evaluar conductas participativas de los padres

Se han elaborado diferentes instrumentos para medir las prácticas participativas, por ejemplo: Escala de Prácticas de Ayuda (Trivette y Dunst, 1994), Medida del Proceso de Atención (King *et al.*, 1996), Escala de Prácticas Habilitantes (Dempsey, 1995), Escala de Prácticas centradas en la familia (Dunst *et al.*, 2006), escalas de Erickson (Mesman y Emmen, 2013) entre otras. Estas escalas incluyen la evaluación de creencias de autoeficacia (control percibido sobre la ayuda proporcionada por el profesional y el control percibido sobre los eventos de la vida), satisfacción de los participantes (incluye satisfacción con el personal y con el programa), comportamiento de los padres (competencias, confianza y gozo), bienestar profesional y familiar (salud psicológica positiva o negativa y funcionamiento familiar), apoyo social (apoyo para los niños o los padres), comportamiento y funcionamiento del niño (juicios de los padres sobre el comportamiento positivo o negativo del niño, su

progreso, desarrollo y funcionamiento). Se demostró que cuanto más centradas estaban las prácticas en la familia, más satisfechos estaban los participantes con los profesionales y sus programas, tenían creencias sólidas de auto-eficacia y eran más útiles los apoyos y recursos proporcionados por el profesional (Dunst *et al.*, 2007).

Mesman y Emmen (2013) compararon ocho instrumentos diferentes para medir la sensibilidad, entre ellos las escalas de Erickson, que permiten evaluar las interacciones de la diada en situaciones de enseñanza en niños pequeños y preescolares. La escala permite evaluar la presencia de apoyo, la intrusión, hostilidad, claridad de la instrucción, la sensibilidad, el momento de la instrucción y la confianza. Identificaron como un indicador de sensibilidad el *afecto positivo*, como; la sonrisa, tono positivo de voz, afecto físico (caricias), demostraciones afirmación, calidez.

Stolk *et al.* (2008) también utilizaron las escalas de Erickson durante sesiones de juego estructurado para medir la presencia de apoyo y la intrusión de las madres. La *presencia de apoyo* se refiere al respeto positivo de la madre y al apoyo emocional al niño para reconocer sus logros, alentarle, tranquilizarlo o apoyarlo físicamente. La *intrusión* se refiere a la falta de respeto por parte de la madre a la autonomía del niño al explorar o resolver problemas, interferir con sus necesidades, deseos o intereses o comportamientos.

La alianza entre interventores y madres ha sido medida con bitácoras semiestructuradas con preguntas como (Stolk *et al.*, 2008):

- A) ¿Qué tan placentero fue el contacto con la madre?
- B) ¿Se puede influir en esta madre?
- C) ¿La madre mostró una actitud de cooperación durante la intervención?
- D) ¿La madre mostró actitud abierta durante la intervención?

Para medir la implementación maternal activa de habilidades se les preguntó a las madres acerca de sus experiencias y la implementación de la intervención, utilizando las siguientes preguntas:

- A) ¿Practicó consejos dados durante la discusión del video de la intervención?

B) ¿Discutió el contenido de las visitas domiciliarias con un miembro de la familia?

C) ¿Discutió el contenido de las visitas domiciliarias con amigos o conocidos?

D) ¿Leyó el folleto con sugerencias después de completadas las visitas domiciliarias?

3.8 Estrategias para mejorar las conductas participativas

Dunst y Trivette (2009) indican que las prácticas de intervención deben ser lo más directas y sencillas posible, ya que las prácticas complejas son difíciles de implementar y con frecuencia resultan en una fidelidad deficiente. Mientras que las intervenciones simples, a menudo, requieren poca capacitación u orientación y es más probable lograr mayor fidelidad, por las menores barreras de respuesta por parte de los padres y la familia.

Egeland *et al.* (2000, citado en Benzies, 2013, p. 6), codificaron cuatro tipos de enfoques de intervención que promueven un cambio positivo en las interacciones de padres-hijo:

(a) Promover la conciencia de los padres sobre el niño, la interpretación de sus comportamientos y la capacidad de respuesta hacia su hijo.

(b) Brindar apoyo al padre como: consejos, orientación anticipatoria y / o apoyo emocional.

(c) Aumentar la conciencia total de su influencia en el niño.

(d) Fomentar el bienestar de los padres a través de la disminución del estrés.

Los servicios de intervención que brindan niveles altos de apoyo, entendido como “el grado en que los profesionales alientan a los padres a participar en las decisiones de los servicios” se asocian con niveles más altos de participación (Aaron *et al.*, 2014).

Para conseguir competencias en el adulto en el aprendizaje y su implicación en el programa, será clave conseguir su motivación, haciendo conscientes a los padres de su necesidad de ser partícipes activos de su propio aprendizaje. Lo primordial es que los padres entiendan lo necesario que es el aprendizaje brindado por el profesional de intervención, para ellos, para su hijo y para una mejor calidad de vida en el futuro. Del mismo modo, entender la importancia de las oportunidades de aprendizaje que surgen continuamente en el contexto natural del niño y en sus rutinas diarias. La adhesión al programa se ve favorecida al atender las necesidades reales de la familia en su entorno, aquellas causantes de preocupación, que al no sentirse capaces de controlar o superar, impide la percepción de otras prioridades u obstáculos (García, *et al.*, 2014).

Las percepciones familiares son un componente esencial en estas prácticas. Identificar las necesidades familiares, intereses, preocupaciones y recursos con los que se cuentan, puede ayudar a establecer un entendimiento compartido entre los padres y los profesionales (Acar y Akamoglu, 2014). Como afirma Dunst (2002), las necesidades e intereses de la familia influyen y propician sus comportamientos, al igual que las prácticas que realizan para generar cambios.

Al involucrar a los padres en el proceso de establecimiento de metas, es fundamental tener en cuenta sus valores, costumbres y creencias familiares. También existe una intensa labor de orientación y capacitación con todas las personas inmersas en los entornos naturales del niño, potenciar su motivación y adhesión al programa, planteando como objetivo responder a las necesidades y prioridades reales de la familia (Tomasello *et al.*, 2010).

Se deben considerar y aprovechar los recursos y apoyos de su entorno próximo, como escuelas infantiles, personal sanitario y servicios sociales, con el fin de generar la competencia necesaria en los diferentes entornos, para asegurar el desarrollo óptimo del niño sujeto de intervención (García *et al.*, 2014).

Capítulo 4.

PROGRAMA DE CUIDADO INTEGRAL DEL NIÑO (PCIN) DEL LABORATORIO DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO

El Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo se inicia en 1988 con la propuesta de la Dra. Cecilia Ridaura Sanz para la formación de la “Clínica del Neurodesarrollo”, en la cual se contó con la colaboración de la Maestría en Rehabilitación Neurológica y el patrocinio del Instituto Nacional de Pediatría y de la Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco. Como producto de 8 años de experiencia se formaliza un Laboratorio, con una propuesta metodológica que considera su carácter experimental y de investigación, bajo el esquema de un Modelo Integral. En este modelo el sistema nervioso se concibe como un sistema funcional de conjunto, organizado jerárquicamente en subsistemas que integran la relación entre la estructura-función y los procesos de reorganización y re-equilibración reflejadas en el comportamiento humano. La participación del medio ambiente (madre-padre/ familia en las primeras interacciones con el niño) juega un papel fundamental como organizador externo y se entiende que el daño neurológico no sólo desorganiza y altera el medio interno, sino que además altera la dinámica interactiva del sujeto con su medio social, alterando por consecuencia los factores que determinan el desarrollo del niño (Sánchez *et al.*, 2004).

4.1 Concepción del desarrollo del niño en un modelo integrado de salud

Partiendo del marco conceptual de la OMS acerca del *desarrollo humano y ciclo de vida*, se propuso el modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento

(CIF), que considera al individuo como un ser integral en las tres esferas: biológica, social y psicológica. Cada una influye en otra y a su vez es influenciada por las demás. La propuesta de la CIF aporta elementos que reflejan los múltiples cambios por los que atraviesa el sujeto en desarrollo y facilita un esquema clasificatorio de una condición de salud, sin embargo, no permite mostrar el proceso de desarrollo en su complejidad, perdiendo utilidad para su empleo en la detección e intervención temprana (Sánchez *et al.*, 2018).

La salud puede ser considerada como un sistema, bajo la influencia de la teoría General de los Sistemas, precursora de los modelos ecológicos. En ella se asume que un individuo está constituido por subsistemas dentro de otros subsistemas más complejos. El proceso de salud incluye subsistemas influenciados unos por otros, que van desde lo biológico (células, tejidos, órganos) hasta lo social (familia, escuela, trabajo, comunidad). Estas interacciones entre el organismo y el medio, permiten la organización de funcionamientos en respuesta a las necesidades del individuo ante las demandas del medio (Sánchez *et al.*, 2018).

Con vista a comprender el desarrollo infantil y sus posibles intervenciones, el LSND propone un esquema de abordaje; Programa de Cuidado Integral del Niño (PCIN), que permite comprender los componentes y cambios del desarrollo infantil, permitiendo la identificación de factores de riesgo o protectores a los que el niño está expuesto, ya sea por condiciones personales o ambientales.

Años de trabajo de estos autores han permitido identificar aspectos que repercuten en el desarrollo de funciones motrices, sensoriales, afectivas, morales y sociales en el niño, como los hábitos de crianza de los cuidadores, características de la alimentación, organización del entorno familiar, procesos culturales y las medidas empleadas para su cuidado, la protección de su salud y prevención de enfermedades por parte de la familia. Esto último permite orientarnos al término de *Cuidado Integral del Niño (CIN)*, que hace referencia a la “capacidad de los padres para favorecer las trayectorias adecuadas del desarrollo, con su vigilancia, calidad de vida y bienestar de cada miembro que compone a la familia” (Sánchez *et al.*, 2008, p.46).

El *CIN* se caracteriza por ser: integral, sistémico y cálido. El carácter *integral* corresponde al abordaje de aspectos funcionales básicos neurovegetativos, motores, sensoriales, afectivos, temperamento e interacción social, por medio de actividades de cuidado y estimulación con sus respectivas restricciones. El carácter *sistémico* reconoce las relaciones entre el niño y su entorno, así como la relación entre lo orgánico, lo afectivo y lo social. Finalmente, la *calidez* se refiere al trato digno de los profesionales de atención sanitaria hacia el niño, su familia y su contexto, aceptando las dificultades por las que atraviesan los padres y logros dentro del proceso de desarrollo de su hijo (Sánchez *et al.*, 2004).

El PCIN tiene como sustento teórico tres componentes, necesarios para entender la organización de cada acción desempeñada por un organismo; estructuras anatómicas, funcionamientos o dominios del neurodesarrollo y las actividades para la participación, definidos por Sánchez *et al.* (2018) como:

1) Estructuras:

“Relación constante entre partes, que hace referencia a los componentes anatómicos del cuerpo” (p.234). Las estructuras se manifiestan a través de sus funciones.

De acuerdo con Bradley (2008, citado en Sánchez *et al.*, 2018), la estructura también se refiere a órganos, extremidades y sus componentes, como músculos, nervios, tejidos, células y moléculas.

2) Funcionamientos o dominios del neurodesarrollo:

Expresan la actividad organizada interna e integrada, tanto fisiológica como psíquica, de múltiples funciones del Sistema Nervioso Central (SNC) y Sistema Nervioso Periférico (SNP), así como las relaciones estables entre estructura-función y su necesidad de adaptación al medio. Son el resultado de la interacción entre el organismo (aspectos biológicos) y el medio ambiente (aspectos socio-ambientales) en constante evolución, manifestándose a lo largo del desarrollo como actividades propias del ser humano y sintetizando el potencial del niño para relacionarse con su ambiente.

Los funcionamientos por orden de importancia son (Sánchez *et al.*, 2018:32):

- **Autorregulatorios:** regulación interna, organización de ritmos, emociones y sentimientos.
- **Movimiento:** ajustes posturales, desplazamiento, manipulación y coordinación general de la actividad.
- **Interacción:** a través de la mirada, el escuchar y atender
- **Comunicación:** siendo también parte de los procesos requeridos en la interacción que incluyen el acto de conversar.
- **Cognición:** como elemento requerido en la creatividad que caracteriza al humano.

3) Dominios de la actividad para la participación en la construcción de la ciudadanía:

Condiciones necesarias y requeridas para organizar futuras competencias, que se perfeccionan y diferencian en el tiempo incluyendo:

- Construcción de una *identidad personal*
- Capacidad para generar *autonomía*
- *Autocontrol* de actos y emociones
- Introyección de un lenguaje para la comunicación
- Abstracción de la realidad para el desarrollo de la *creatividad* mediante la interacción con el entorno con capacidad de reversibilidad para actuar ante la realidad.

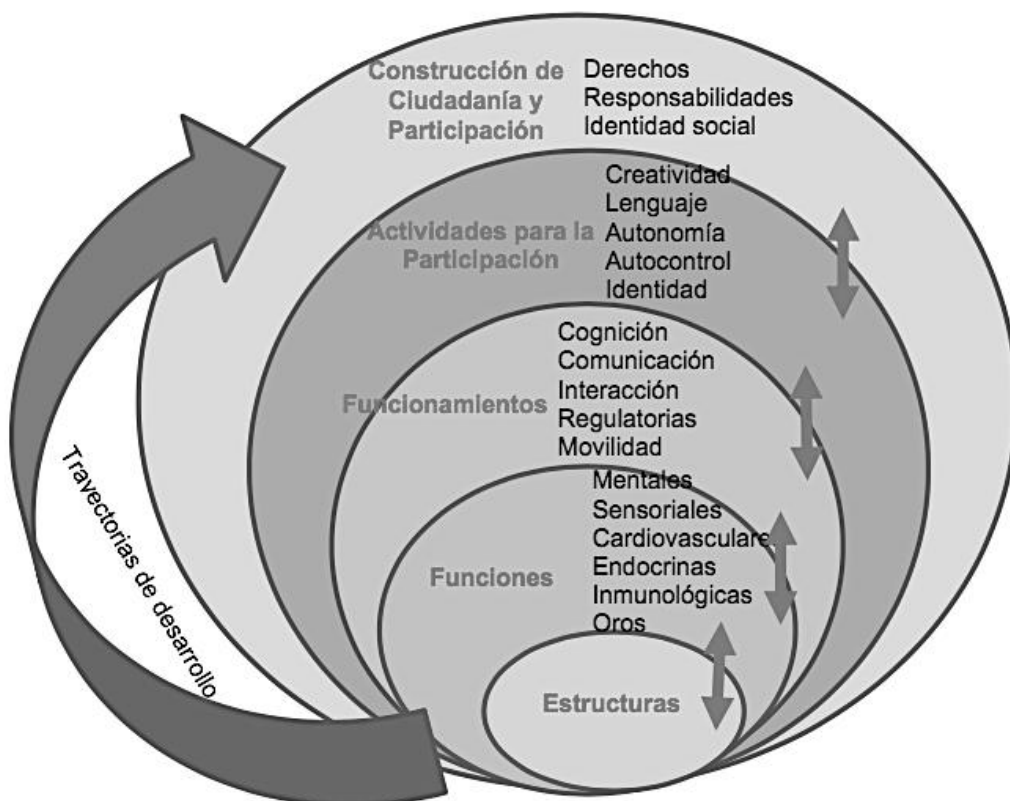


Figura 1. Esquema de subsistemas dentro de la trayectoria del desarrollo del niño y las actividades para la participación y construcción de la ciudadanía. Adaptada de Sánchez, C., Rivera, R., Figueroa, M. Sierra, J., Mandujano, M., Muñoz Ledo, P., Soto, F., (2018). *Una propuesta para la construcción de la ciudadanía infantil. El cuidado integral y la prevención de discapacidad*, México: Serie Académicos, p. 39

Un último elemento importante dentro del programa para poder favorecer los dominios o funcionamientos del niño, es el espacio físico, también conocidos como escenarios. Son el espacio temporal dentro de la vida cotidiana donde desarrollarán las actividades y estrategias aprendidas por la madre dentro de su propio entorno. De acuerdo con García (2015), se consideran como escenarios:

- **Alimentación:** referente a la ingesta de nutrientes que se realiza generalmente en la mesa o en la cocina.
- **Higiene:** incluye actividades diarias como el baño, el cambio de pañal o el entrenamiento para el control de esfínteres, lavado de manos, el aprendizaje de hábitos como higiene bucal y peinado.

- **Vestido:** referente al cambio de ropa personal y de cama, elección de prendas y su autonomía para vestirse, incluyendo el uso de accesorios.
- **Sueño y vigilia:** considerado como el tiempo de descanso que se alterna con las actividades diurnas, el descanso nocturno en cama o cuna y siestas, así como el establecimiento de horarios fijos para llevarse a cabo.
- **Juego:** como actividad recreativa que permite al niño el aprendizaje de su medio y de sus iguales.
- **Los cambios de posición:** especialmente en recién nacidos o cuando no han adquirido la capacidad para realizarlo independientemente.

Estos elementos están integrados en todas las actividades que se realizan en el PCIN, partiendo de la participación activa de la madre en primera instancia, así como de los demás miembros de la familia para implementarlas, considerando que los cambios en el desarrollo del niño dependerán de las oportunidades que se le proporcionen para el intercambio con su entorno. La integración de las acciones en rutinas de cuidado y acciones cotidianas con el niño en diferentes escenarios, deben contar con determinadas características físicas a fin de optimizar las acciones y actividades que se realicen, ya que servirá como marco de aprendizaje (Sánchez, *et al.*, 2003b).

4.2 Lineamientos generales del programa

El PCIN es un modelo de intervención que desde sus inicios ha sido orientado a la formación y capacitación de los padres o cuidadores como principales agentes organizadores del proceso del desarrollo del niño, que cuentan con las capacidades, habilidades y fortalezas para formar en el niño “competencias para la ciudadanía”, mismas que le permitirán integrarse e interactuar activamente con su medio social (Rabadán, 2014).

Sánchez *et al.*, 2018 propone considerar el desarrollo infantil como un proceso, que tiene como punto de partida las condiciones iniciales del niño y los conocimientos

y actitudes de los padres con respecto a él, para poder establecer los objetivos de desarrollo que se pretenden alcanzar. Los objetivos serán orientados por el profesional que brinda asesoría como aquel “sujeto que cuenta con mayor grado de conocimiento y consciencia de las condiciones y características del desarrollo de los niños y sus posibles limitaciones” (p. 198), que dirige su conocimiento a los padres considerados como “sujetos con menor grado de conocimiento y consciencia del desarrollo y diversidad de trayectorias manifiestas en los niños a edades tempranas”, pero que al aplicar las acciones dadas por el especialista se convierte en el sujeto con más conocimiento de las condiciones particulares de su hijo, capaz de alcanzar metas y superar obstáculos.

4.3 Objetivos del Programa de Cuidado Integral del Niño

Sánchez *et al.* (2008 y 2004) enuncian los siguientes:

- Toda orientación debe dirigirse al desarrollo de los procesos de observación y vigilancia de la madre, padre o cuidador principal, para el reconocimiento de las necesidades de salud y desarrollo del niño bajo su cuidado, los profesionales solo brindan asesoría.
- Involucrar a la familia en la búsqueda de soluciones de problemas del niño, así como en la toma de decisiones respecto a las actividades realizadas en el contexto familiar.
- Desarrollar en los padres o cuidadores capacidades y habilidades de cuidado, afecto y protección.
- Impulsar la identificación del niño como individuo socialmente participativo.
- Concientizar acerca de los procesos de organización adaptativa y desarrollo de competencias sociales.

- Favorecer las relaciones interactivas y comunicativas entre cuidadores y niños y su relación con la familia.
- Impulsar la relación social entre el niño y la familia.
- Identificar fuentes potenciales de interacción inadecuada.
- Incrementar procedimientos para amortiguar eventos adversos en el desarrollo integral del niño.
- Identificar signos tempranos que limiten o restrinjan el potencial del niño y medidas de protección necesarias para la prevención de enfermedades o secuelas.

4.4 El papel de los padres como promotores del desarrollo de competencias en la vida diaria del niño y la formación de ciudadanía

Las interacciones del niño en los primeros dos años de vida, transcurren bajo el cuidado diario y cotidiano que la familia le brinda y que sin ellas su atención se restringiría a cuidados fisiológicos o de protección física (Sánchez *et al.*, 2018).

El programa propone hacer un acompañamiento al desarrollo infantil y a los padres con vigilancia por parte de los profesionales, durante procesos susceptibles de incorporar a la vida diaria, siempre considerando las formas de crianza de los padres y de su capacidad para ser instruidos. Para ello, se requiere: identificar las capacidades de observación, interacción y de cuidado de su hijo para impulsarlos a responder a las necesidades del niño. La sensibilidad de los padres para reconocer las señales y su responsividad, son competencias que le permiten al cuidador responder adecuadamente y se manifiestan en acciones como: la alimentación, los periodos de sueño, ajuste de la postura, el cambio de pañal e higiene, cargarlo, desplazarlo, verbalizar y el juego.

En este sentido se entiende como *competencia* a “la capacidad de tomar decisiones o movilizar los recursos físicos o cognoscitivos con métodos conocidos para

alcanzar nuevos fines” (Sánchez *et al*, 2004, p.683). Éstas dependen directamente de las características, cultura, educación, valores y experiencias de los padres.

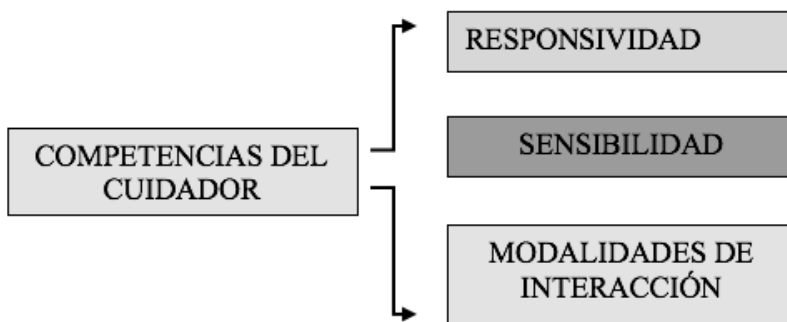


Figura 2. Competencias de los padres: madre/padre o cuidadores durante su participación en las interacciones con el niño. Adaptada de Sánchez, C., Rivera, R., Figueroa, M. Sierra, J., Mandujano, M., Muñoz Ledo, P., Soto, F., (2018). *Una propuesta para la construcción de la ciudadanía infantil. El cuidado integral y la prevención de discapacidad*, México: Serie Académicos, p. 159.

Es factible el manejo diario en el hogar por dos motivos; en primer lugar, permite organizar conductas y competencias en los diferentes dominios y funcionamientos del niño, en actividades que promuevan su participación. En segundo lugar, se permite desplegar competencias en los padres para una parentalidad responsable, que a su vez contribuya a la formación de valores personales y ciudadanos (Sánchez *et al.*, 2018).

De igual manera, se busca que los padres participen de manera activa y puedan crear sus propias iniciativas a partir de lo aprendido, que sean capaces de generalizarlas o transmitir las a otros hijos o personas cercanas. La participación de los padres o cuidadores, se reconoce como una estrategia central para favorecer el desarrollo del niño, su grado de participación permite identificarlos como facilitadores u obstaculizadores en este proceso. La *participación materna o del cuidador primario* dentro del PCIN se refiere al “grado de implicación dentro del grupo en relación con los principios básicos del programa a partir de diversas acciones, que involucran el despliegue de sus propias competencias en el manejo y cuidado del niño y su capacidad de ajustar su esquema previo con oportunidad de trasladarlo a su entorno para beneficio del niño y la familia” (Rabadán, 2014, p.25).

4.5 El papel del profesional para la formación de padres en el cuidado integral

Los especialistas en neurodesarrollo tienen como función evaluar y diagnosticar tempranamente mecanismos normales y de amenaza para el buen funcionamiento cerebral y sus intercambios con el entorno, así como identificar fortalezas para promover la participación de los padres y/o cuidador primario sobre la crianza responsable y la vigilancia de los procesos conductuales con los que el niño expresa su potencial (Sánchez *et al.*, 2004). El profesional busca guiar a los padres en la adquisición de nuevas estrategias para que puedan facilitar las capacidades del niño y de sus funcionamientos, propiciar la organización de conductas y competencias para que puedan realizar actividades para la participación y construcción de la ciudadanía infantil.

El *Desarrollo Integral del Niño*, se enfoca en la responsabilidad social y es definido como “la plena realización humana en un ciclo específico de la vida, en un proceso de evolución con calidad, dirigido hacia la conformación de la ciudadanía infantil” (Sánchez *et al.*, 2018: 194).

El profesional o promotor del programa orientará, informará y educará a los padres, utilizando como estrategia principal el acompañamiento, para implementar las acciones dentro de los escenarios de cuidado cotidiano, con metas establecidas a corto, mediano y largo plazo, mismas que permitirán estilos y prácticas de crianza saludables con sus hijos. Bajo su orientación, los padres serán capaces de identificar aquellos funcionamientos restringidos, para promover su reorganización y recuperación, previniendo, compensando o limitando una posible discapacidad (Sánchez *et al.*, 2018).

Es responsabilidad de los profesionales que apoyan a la familia, orientar la salud y bienestar tanto del niño como del cuidador responsable o familia, (Sánchez *et al.*, 2008) considerando su entorno psico-social, con el fin de integrar otros espacios y oportunidades de atención integral en salud, que favorecen los factores de protección

familiar, por ejemplo, en instituciones especializadas, centros comunitarios, guarderías y escuelas.

El profesional o coordinador del grupo deberá orientar a la madre con estrategias para el manejo y cuidado diario más adecuado en aspectos como: la organización de ciclos de sueño-vigilia, regulación del tono muscular, cambios de postura, alimentación, higiene, interacciones tempranas y juego. Por ejemplo, se recurre al juego y al canto como herramienta útil para estimular todos los dominios o funcionamientos del desarrollo, ya que permite emplear emociones, movimiento, creatividad, imaginación, lenguaje y autocuidado (Sánchez *et al.*, 2003b).

La intervención puede llevarse a cabo de manera grupal o individual. La modalidad grupal se lleva a cabo con los niños, sus padres y los familiares que deseen participar, el grupo de intervención es organizado de acuerdo a los niveles del desarrollo de los integrantes. Se busca establecer un espacio en donde los padres puedan intercambiar experiencias, problemas y soluciones, enfatizando en la capacidad de observación de los padres para identificar logros, obstáculos y retrocesos de su hijo y su capacidad para incidir con acciones oportunas para superarlos. El objetivo principal de esta modalidad es orientar las acciones de los padres para que puedan proporcionar al niño los elementos necesarios para cubrir las metas de su desarrollo, de acuerdo a las demandas de su entorno y en un futuro del ambiente escolar. La modalidad individualizada se realiza únicamente con la madre o cuidador primario y el niño, se orienta al manejo de problemas específicos del desarrollo motor, cognitivo, lingüístico y psicopedagógico identificados en el menor durante el seguimiento grupal o durante las valoraciones. En caso de haber problemas en procesos de interacción o en la dinámica familiar, se podrá brindar apoyo psicológico a la madre o familia (Sánchez *et al.*, 2003b).

El programa se organiza en 5 módulos (**Anexo 1**), dentro de los cuales el profesional orienta a los padres o cuidadores primarios en el cuidado integral del niño (Sánchez *et al.*, 2018).

Capítulo 5.

INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN MATERNA

5.1 Antecedentes

En las sesiones de intervención del Programa de Cuidado Integral del Niño, la observación de las características específicas de las madres es importante respecto a su habilidad para el manejo del niño, entender las indicaciones y objetivos de las actividades planteadas para ellas poder en casa dirigir la intervención. Sin embargo, no se contaba con un instrumento que permitiera registrarlas. Es así como surge la propuesta de Muñoz Ledo y Sánchez Pérez en el año 1990 para la creación del “Formato de Observación Materna/Cuidador”; el cual estaba constituido por 14 indicadores organizados en 4 variables (**Anexo 2**):

- I. **Nivel de Motivación**
 1. Asistencia
 2. Puntualidad
 3. Participación
- II. **Nivel de conocimientos adquiridos**
 4. Manejo de la información
 5. Consideración sobre su papel en el programa
- III. **Características del manejo físico**
 6. Posición
 7. Secuencia
 8. Características del manejo físico
 9. Orientación integrativa

IV. Nivel afectivo

10. Expresiones de afecto
11. Comunicación verbal
12. Respuesta ante las demandas del niño
13. Perfil psicológico
14. Actitud ante la evolución del niño

Gómez, Meza y Rosas (1998) dieron continuidad a la investigación, sistematizaron y analizaron los indicadores descritos en los instrumentos de evaluación de la interacción madre-hijo de Ainsworth, Bayley, Dunst, Schaffer y Sánchez-Muñoz Ledo (**Anexo 3**). Realizaron un cuadro comparativo que permitió identificar elementos que fueron considerados para la elaboración del registro del comportamiento materno en las sesiones interindividuales de los módulos I, II y III del programa de Cuidado Integral. Sistematizaron las observaciones de nueve registros anecdóticos, contrastando y complementando la información con los indicadores de los instrumentos revisados, manuales para padres y la estructura de las sesiones, lo que permitió la construcción de una guía de observación para unificar el criterio del registro. Los registros anecdóticos se complementaron con descripciones de los comportamientos maternos a partir de videograbaciones de las sesiones individuales.

Con la guía de observación se inició un piloteo (nueve sesiones) y se sometió a un proceso de confiabilidad inter-observador, en el que se obtuvo el índice mínimo de confiabilidad inter-observador (85-90%). Realizaron un ajuste a los indicadores para alcanzar acuerdos y encontraron nuevos elementos que podían calificar el comportamiento materno. Esto permitió organizarlos en un formato con 34 indicadores, conformado por cuatro categorías, dentro de las cuales se clasificaron los comportamientos de acuerdo a los rasgos característicos o propiedades, mismos que las definieron como variables (**Anexo 4**):

En la categoría de *Conocimiento* se identificaron cinco variables:

- Conocimiento sobre la condición del hijo
- Conocimiento sobre el programa
- Conocimiento sobre contenidos de aprendizaje
- Conocimientos sobre los cambios del hijo
- Conocimiento sobre el papel materno en el programa

En la categoría de *Motivación* se identificaron dos variables:

- Interés
- Participación

En la categoría de *Expresiones Emocionales* se identificaron tres variables:

- Sensibilidad hacia las demandas del niño
- Expresiones de afecto
- Estados emocionales desencadenados por la problemática del niño

En la última categoría, *Habilidad*, se identificó una única variable:

- Uso de técnicas y estrategias.

Esta propuesta fue retomada por Figueroa (s/a) para la elaboración del formato de observación “Registro de Diada/Sesión”, mismo que cambia su nombre a “Registro de la Participación Materna” en 2011. El formato retomó las cuatro categorías propuestas por Muñoz-Ledo e identificadas por Gómez, Meza y Rosas (1998) y agregó la categoría de *Variables sobre fines de afrontamiento*, aumenta el número de variables. El instrumento inicia su piloteo oficial dentro del LSND en el año 2003, ha sido sometido a cambios respecto a sus nomenclaturas y número de ítems, pero conservando como constructo principal de medición la “Participación Materna”.

El registro de participación materna ha sido utilizado en varias investigaciones realizadas en el LSND-INP, con el fin de caracterizar la capacidad de la madre para involucrarse con las demandas, peticiones de su hijo, del coordinador del grupo y de

otras diadas, observar el efecto en el desarrollo del niño y de ser necesario incidir en las estrategias de manejo y cuidado específicas para esa diada.

En 2006, Vicente midió la asociación entre las características de la participación materna en el Programa de Cuidado Integral y el Coeficiente de Desarrollo Global (CDG) con 52 diadas (madre-hijo) en una cohorte de hipotiroidismo congénito. Se encontró una relación entre el CDG alto, con una buena participación materna, mientras que los coeficientes más bajos se correlacionaron con los grupos de madres con mala participación, manifestada en la responsabilidad de las madres en relación con las enseñanzas del programa y su sensibilidad a la observación de las señales y demandas del niño.

Las áreas con mejores coeficientes, favorecidas por la buena participación materna, correspondieron a lenguaje expresivo, receptivo y el promedio de lenguaje-cognición. Vicente (2006) concluye que la participación regular y buena contribuye a reducir las diferencias en los coeficientes de desarrollo entre ambos tipos de hipotiroidismo (nódulo ectópico y atiroxis), obteniendo resultados iguales e incluso superiores en niños con atiroxis respecto a los niños con nódulo ectópico. Finalmente considera la relevancia de la participación materna como elemento destacado para el éxito de una intervención y la importancia de evaluarla.

Nicolás (2008), midió el desarrollo cognitivo en niños con hipotiroidismo congénito, su relación con la participación materna y la estimulación en el hogar, en 57 diadas durante los primeros dos años de vida. En su estudio encontró que el promedio con mayor nivel de participación fue en la cohorte de edad de 0-6 meses, la asistencia al programa mostró que a menor edad hubo mayor asistencia, probablemente por el impacto del diagnóstico y la información sobre las posibles secuelas que pueden tener sus hijos. Las áreas que mostraron baja participación con mayor frecuencia, fueron en la relación socio-afectiva y variables sobre fines de afrontamiento, sin embargo, en todos los indicadores frecuentemente se obtuvo participación media, lo que indica en términos generales que la participación fue buena.

Velázquez (2012), llevó a cabo la validación de contenido del instrumento por medio de juicio de expertos, en la que se concluyó que el registro aún se encontraba en construcción por la falta de claridad y ausencia de definiciones operativas. Se sugirió realizar un manual de operación con las definiciones operativas de cada categoría, variable e indicador, el procedimiento de calificación, revisión de los ítems y un nuevo proceso de validación.

5. 2 Estructura actual

Rabadán (2014) retomó el proyecto considerando los resultados de la validación realizada por Velázquez (2012) y elaboró una nueva versión del instrumento, con el nombre de “Evaluación de la participación del cuidador primario en programas de atención temprana”. Con el uso de una guía de observación abierta, siete profesionales fungieron como observadores durante las sesiones de cuidado integral en modalidad grupal. Se llenaron 20 formatos de la guía de observación y posteriormente se implementó la técnica de grupos focales para poder elegir los indicadores y las categorías a través de las respuestas dadas. La información se capturó en una base de datos en donde se obtuvieron 229 posibles indicadores, clasificados en tres categorías; motivación, interacción y habilidad. El diseño final del instrumento se integró por 50 indicadores, distribuidos en las tres categorías antes mencionadas, 7 subcategorías (interés, propósito, actitud, comunicación, física, intelectual y socioemocional) y más de 12 dimensiones (**Anexo 5**), con una forma de calificación tipo Lickert de cuatro opciones. Posterior a esto Rabadán (2014) elaboró una guía de aplicación e interpretación considerando la descripción del indicador, descripción de la escala para cada indicador y definición operativa de cada categoría y subcategoría.

Definiciones operativas del instrumento.

Para fines de esta investigación las definiciones operativas descritas a continuación están encaminadas a la comprensión del constructo que da sustento a la evaluación de la participación materna. Por tal motivo, es probable que algunas definiciones no atiendan completamente a las de otras áreas ajenas a la participación materna dentro de los programas de intervención temprana.

Se hará mención a “el cuidador” para referirse a cualquier adulto responsable en el momento de la sesión grupal del niño, pudiendo ser la madre, el padre, tío (a), abuelo (a) o profesional externo (enfermera o niñera). De igual manera se utilizará el término “niño” para referirse a cualquiera de los dos sexos (masculino/femenino), sin entrar en controversia de igualdad de género en la redacción y facilitar la lectura del evaluador.

- ***Motivación***

De acuerdo con Rabadán (2014), se considera como un proceso conductual influenciado por factores extrínsecos e intrínsecos en el cuidador primario, presente para dirigir su conducta hacia la consecución de objetivos o metas que considera gratificantes. Está integrada por componentes como el interés y el propósito.

La motivación refleja elementos tanto subjetivos como objetivos, observables en conductas presentes en el cuidador, como puede ser: su asistencia, estar presentes en la sesión de manera física y mentalmente, disposición para integrarse y aprender sobre el desarrollo del niño durante las actividades, asistir de forma periódica a sus citas, participar activamente en la sesión, la intención de implementar estrategias aprendidas, el intento por aprender sobre los componentes de la sesión y el programa e involucrarse en el desarrollo de la sesión.

Para que la participación motivada de una madre pueda reflejarse a través de estas conductas, es necesario que cuente con habilidades que Mary Ainsworth (1969) ha descrito, ya que se pueden considerar como precursores de una conducta motivada y que se podrán ver reflejados en los indicadores del instrumento, a pesar de que no conforman una categoría como tal.

Ainsworth (1969), define la *sensibilidad* materna como la capacidad de la madre para percibir e interpretar con precisión las señales y comunicaciones implícitas en el comportamiento de su bebé y para responder a ellas de manera adecuada y rápida. La sensibilidad materna tiene cuatro componentes esenciales:

- a) El conocimiento de las señales.
- b) Una interpretación precisa de ellas
- c) Una respuesta adecuada
- d) Una pronta respuesta

La conciencia o conocimiento de la madre a las señales y comunicaciones de su hijo tienen dos aspectos; la accesibilidad y el umbral. La *accesibilidad* se refiere a la disponibilidad de la madre para recibir las comunicaciones del niño. Es una condición necesaria para una conciencia sensible, ya que una madre o cuidador antes de que pueda ser sensible a las señales del niño debe mostrarse accesible para reconocerlas.

Se puede definir a una madre *accesible* como aquella que tiene a su hijo en su campo de conciencia perceptiva en todo momento, es capaz de dividir su atención entre el bebé y otras personas, cosas y actividades sin perder conciencia de él, puede cambiar su atención hacia él fácilmente si necesita su supervisión o protección o si el intenta llamar su atención. Toma precauciones para no tenerlo tan lejos, esta constantemente alerta y consciente de la actividad y/o señales del niño y responde a él la mayor parte del tiempo. Por el contrario, una madre inaccesible puede o no estar consciente de las señales del bebé y de interpretarlas correctamente, simplemente no responde a él o lo ignora deliberadamente.

Por otro lado, el *umbral* hace referencia a la intensidad a la que perciben las señales o comunicaciones del niño. Una madre sensible tiene un umbral más bajo; está alerta a las señales más sutiles, mínimas y discretas del bebé. Por el contrario, las madres con umbrales más altos parecen percibir solo las comunicaciones más evidentes y obvias, siendo altamente inaccesibles.

El segundo componente de la sensibilidad es la *interpretación de las señales*, que tiene tres elementos principales (a) su conciencia, (b) su libertad de distorsión y (c) su empatía. Por lo general, la madre que está alerta a las señales mínimas las interpreta correctamente. Una madre ignorante o inatenta a menudo es incapaz de interpretar correctamente las señales del bebé, ya que desconoce los signos prodrómicos y el contexto temporal del comportamiento, sin embargo, aún una madre muy consciente y accesible puede malinterpretar las señales porque su percepción está distorsionada, pudiendo sesgar la lectura de acuerdo a sus propios deseos, estados de ánimo y fantasías.

De acuerdo con Lamb (1981), el comportamiento crucial de la sensibilidad parental es la aptitud de monitorear e interpretar las señales del niño, para poder dar la respuesta que considera apropiada.

El tercer componente de la sensibilidad es la idoneidad de la respuesta a las señales del niño. Es esencial que las respuestas sean apropiadas a la situación y a las comunicaciones. Una madre responde de manera inapropiada si, por ejemplo, trata de socializar con el bebé cuando tiene hambre, juega con él cuando está cansado o lo alimenta cuando el intenta iniciar una interacción. La calidad de la interacción de la madre con el niño es probablemente el índice más importante de su sensibilidad. En el juego y en la interacción social, la madre que responde apropiadamente a su hijo no lo sobre estimula al interactuar, no es demasiado vigorosa y puede percibir con precisión los signos de sobreexcitación, tensión o angustia incipiente del niño, lo que le permite cambiar el ritmo o la intensidad de la estimulación (Ainsworth, 1969).

El último elemento de la sensibilidad es la rapidez de la respuesta de la madre. Una respuesta, aunque sea apropiada si se retrasa, no puede ser percibida como

contingente por el niño y no puede ser vinculada a sus señales. Esto le permitirá al bebé una sensación de eficacia y después de competencia acumulativa para controlar su entorno social.

Eschel (2006, citado en Figueroa y Rivera, 2017: 183) describe la *contingencia* como “el reconocimiento que la madre establece seguido de la respuesta oportuna y eficaz para atender las necesidades del niño dentro de un periodo de tiempo razonablemente corto, después de que el niño ha mostrado sus señales (llanto o vocalizaciones)”. Por su parte Dunst (1990: 44) la define como un “comportamiento operante utilizado para iniciar, sostener y mantener la atención de otra persona”. La capacidad de respuesta social del cuidador funciona como un refuerzo para mantener o evocar un comportamiento adicional del niño.

Una vez definido lo anterior, para términos de este estudio y con base en las dimensiones de la conducta materna de Ainsworth, se define a una madre *muy sensible* como: aquella que está en sintonía con las señales del bebé y las responde con prontitud y de manera apropiada. Es capaz de ver las cosas desde el punto de vista del bebé, sus percepciones de las señales y comunicación del niño no están distorsionadas por sus propias necesidades, lee hábilmente las señales y comunicaciones del niño y sabe cuál es el significado incluso de una señal sutil o mínima. Le da lo que él indica que quiere. Cuando siente que es mejor no cumplir con las demandas, por ejemplo, cuando está demasiado emocionado, imperioso o quiere algo que no debería tener, se lo comunica con tacto y le ofrece una alternativa aceptable. Tiene interacciones completas con el bebé, de modo que, tanto ella como él se sienten satisfechos. Finalmente hace que sus respuestas estén supeditadas a las señales del bebé (Ainsworth, 1969).

Por el contrario, una madre *insensible* es aquella que frecuentemente no responde a las comunicaciones del bebé de manera apropiada y/o inmediata, aunque en algunas ocasiones puede mostrar capacidad de sensibilidad en sus respuestas e interacciones. Su insensibilidad parece estar vinculada a la incapacidad de ver las cosas desde el punto de vista del bebé. Ella puede estar inaccesible a las señales y

comunicaciones o puede percibir las mal, interpretarlas de manera incorrecta debido a sus propios deseos, o bien puede que sepa lo que el bebé le está comunicando, pero no esté dispuesta a darle lo que demanda. Interrumpe sus interacciones antes de que el niño esté satisfecho, pareciendo respuestas incompletas o fragmentadas, poco entusiastas o impacientes.

Brody (1956, citado en Lamb, 1981) identificó cinco rasgos que podrían generar un comportamiento insensible de los padres.

- 1) Ignorancia: provoca una falla en la detección e interpretación de las señales del niño, en el reconocimiento inmediato de la angustia y en el ajuste a las necesidades apropiadas para la edad del niño.
- 2) Intolerancia: provoca la falta de tiempo suficiente para atribuir la motivación correcta al niño, generalmente muestran expectativas incongruentes con las capacidades de los niños.
- 3) Desinterés: renuencia a responder a las necesidades del niño
- 4) Indulgencia excesiva: se refiere a una incapacidad para ejercer control necesario sobre los deseos o demandas del niño
- 5) Descuido: falla en el monitoreo del entorno del niño para asegurar una cantidad y tipo de estímulos óptimos.

Interés

Componente de la motivación que está integrado por la variable de atención, cognición de la madre y con su capacidad análisis de información, que le permite al cuidador guiar su atención a partir del procesamiento de la información recibida hacia aquello que considera importante, ya sea el niño, la información proporcionada por el coordinador, la actividad a realizar u otras diadas (Rabadán, 2014).

El interés se manifiesta a través de conductas observables como puede ser la asistencia e implicación dentro del programa de intervención, tener un seguimiento

cercano para su hijo, poner atención a los diferentes elementos de la sesión y prestar atención hacia las indicaciones, comentarios y/o sugerencias del equipo de trabajo.

Se espera que el interés del cuidador tenga una dirección equilibrada hacia cada uno de los elementos, obteniendo los aspectos más importantes de cada uno (Rabadán, 2014).

Propósito

Se considera un componente de la motivación, definido como la capacidad del cuidador de guiar su conducta de forma intencionada para cumplir con un objetivo específico, ya sea que lo haya identificado o se le han planteado, debido a que reconoce la importancia y la necesidad de conseguirlo (Rabadán, 2014).

Los objetivos pueden plantearse a corto, mediano o largo plazo. Por ejemplo, un objetivo a corto plazo dentro de la sesión puede ser cumplir con alguna actividad planteada por el coordinador, orientar al niño para cumplir con una tarea o acción, mientras que un objetivo a largo plazo puede ser la modificación en su conducta para incorporar información aprendida y poder cumplir de mejor manera las actividades, como usar gestos, cantar y lograr involucrar al niño en la sesión con diferentes estrategias

- ***Interacción***

Muñoz-Ledo (2003) propone la definición operativa de interacción como “la relación de reciprocidad existente entre la madre y el niño, debido a lo cual la actividad de cada uno de ellos es determinada por la actividad del otro “a la acción de uno la acción del otro”.

Dado que este instrumento no se enfoca en la respuesta del niño ante una acción de la madre, si no únicamente a la habilidad de la madre para iniciar interacción, el grado o tipo de respuesta de los niños no es calificada. Este instrumento tampoco tiene como objetivo determinar el tipo de comportamiento interactivo ni el estilo de interacción de la madre.

La característica de una interacción apropiada, es que puede resolver correctamente las demandas del niño, por ejemplo, cuando un bebé busca contacto físico la madre lo abraza el suficiente tiempo para satisfacerlo, de modo que lo tranquiliza logrando que se recupere y se muestre alegre otra vez (Ainsworth, 1989).

En esta categoría se pueden retomar los conceptos de *cooperación vs interferencia* planteados por Ainsworth (1989), para observar la medida en que las intervenciones de la madre interrumpen o cortan el curso, actividad, estado de ánimo o intereses del bebé. El grado de interferencia puede evaluarse de acuerdo con dos consideraciones: a) el alcance de la interferencia física real con la actividad del niño y b) la frecuencia de interrupciones.

Algunas madres interfieren mucho en un sentido físico abrumador, como agarrarlo, moverlo, encerrarlo, restringir sus movimientos por intervención física directa o por la fuerza. Se puede observar en momentos donde la madre requiera la cooperación del niño para que la intervención sea efectiva, por ejemplo, durante la alimentación, el juego o en el baño. Sin embargo, la madre que instruye, provoca, dirige y controla al bebé la mayor parte del tiempo debe ser considerada *altamente interferente*. Una madre con estas características no respeta a su bebé como una persona separada, activa y autónoma, cuyos deseos y actividades tienen validez propia. Muestra interferencia física directa, contundente o frecuente, pero por lo general tiene alguna justificación para sus acciones que es perceptible para el observador. Una madre altamente interferente parece interferir sin razón alguna.

Por el contrario, una madre *cooperadora* guía la actividad del niño, en lugar de controlar, integra sus deseos y estados de ánimo con los del niño. Evita interrumpir una actividad del niño en progreso, retrasa su intervención hasta que ocurra una

interrupción natural en su actividad o a través de actividades de mediación, como invitarlo a cooperar o ir desviando gradualmente su atención hacia algo que ella quiere que haga, generalmente con suficiente vocalización o juego. Ve a su hijo como una persona separada, activa y autónoma, cuyos deseos y actividades tienen validez propia. Evita situaciones en las que tendría que poner su voluntad sobre él, planea de manera anticipada al organizar el entorno físico de sus rutinas.

En el juego y vocalización también se puede observar la interferencia. Una madre que interfiere tiende a jugar completa o casi completamente haciéndole algo al bebé o haciéndole hacer lo que ella desea, persistiendo aun cuando el bebé no responde. La madre que interfiere persistentemente trata de provocar vocalizaciones específicas o gestos sin considerar el interés del bebé en vocalizar. También al intercalar el control directo con órdenes como “no”. En contraste una madre cooperadora aprovecha la espontaneidad del niño, responde a sus iniciaciones de juego, puede intentar iniciar el juego, pero si el bebé no responde, desiste o cambia su enfoque. La madre que le da algo a su hijo para manipular o que le llama la atención hablando con él no necesita interferir físicamente.

Comunicación

Componente de la interacción que puede desplegarse a nivel físico y/o verbal.

Dunst (1990), define la comunicación como “cualquier comportamiento convencional o no convencional, ya sea intencional o no, que tiene el efecto de despertar en un espectador la creencia de que un niño está tratando de transmitir un mensaje, hacer una demanda o solicitar algo a un espectador” (p.42). Un intercambio comunicativo es aquel que ocurre cada vez que dos o más personas están juntas y el comportamiento de una persona evoca, mantiene o modifica el comportamiento de la otra persona. Sin importar el tiempo de comunicación; no verbal, verbal, lenguaje de señas.

- **Habilidad**

Componente de la participación integrada por capacidades físicas, cognitivas y socio-emocionales. Se define como la capacidad responsiva, de cuidado, resolutiva y manipulativa del cuidador con respecto al manejo físico del niño, su posicionamiento y postura, para que puedan realizar de la mejor manera las actividades.

La capacidad responsiva y de cuidado son dadas por habilidades cognitivas e influenciadas por experiencias y conocimiento previo, que le permiten al cuidador anticiparse ante cualquier situación de riesgo, inferir riesgos, prevenir caídas y proteger al niño. La capacidad resolutiva hace referencia a la habilidad del cuidador para posicionar al niño de acuerdo a cada situación y a pesar de no recibir indicaciones por parte del coordinador, considerando el estado físico o anímico para poder realizar las actividades de la mejor manera, así como el saber diferenciar en qué momentos el niño requiere ayuda u orientación en sus acciones. Finalmente, la capacidad manipulativa se refiere al manejo de su propio cuerpo para resolver una acción determinada con respecto al niño, como para cambiarlo de posición, movilizarlo o realizar ejercicios que requieran manipulación física.

En este sentido se considera nuevamente el comportamiento de una madre accesible, que definida por Ainsworth (1989), es aquella que siempre esta disponible para el niño y el sabe que cuenta con su madre, además ella organiza las cosas para que el bebé pueda acceder a ellas, lo mantiene lo suficientemente cerca para que pueda conocer sus estados de ánimo, señales y actividades. Está alerta a donde se encuentra y a sus actividades, incluso cuando está durmiendo. Rara vez es poco consciente y no responde a lo que el niño está haciendo, reconoce sus demandas.

- **Conocimiento**

Componente de la participación integrado por componentes cognitivos, analíticos y capacidades de observación por parte del cuidador. De acuerdo con la Real Academia Española se define como el estado de vigilia en que una persona es consciente de lo que lo rodea.

El cuidador cuenta con la capacidad de adquirir nuevo conocimiento, asimilarlo, integrarlo, transformarlo y ajustarlo con el conocimiento con el que contaba antes de ingresar al programa de cuidado integral, con la finalidad de aumentar su entendimiento respecto al niño, a su desarrollo y progreso.

El conocimiento previo se refiere a la información con la que cuenta un cuidador, obtenida a través de su experiencia, educación, cultura, nivel intelectual y sensibilidad. El conocimiento adquirido se refiere a la construcción de nuevos esquemas a partir de una base del conocimiento previo, que le permite adquirir, seleccionar, transformar y ajustar la información nueva proporcionada por el programa (Rabadán, 2014).

5.3 Formato de calificación

El instrumento se presenta en forma de enunciados, para ser calificados de acuerdo a la frecuencia de aparición de las conductas, con una escala tipo Lickert con cinco posibles respuestas; siempre/muy bien, frecuentemente/bien, ocasionalmente/deficiente, nunca/mal y sin oportunidad (s/o). A manera de semáforo cada una corresponde a un color para permitir una calificación más clara y práctica, los cuales se pueden observar en el manual de aplicación del instrumento.

A continuación, se muestran las definiciones de cada opción de calificación:

- **Siempre / muy bien (verde oscuro):** en orden de frecuencia representa que la conducta o indicador evaluado se presenta a lo largo de TODA la sesión, durante todas las actividades. Significa la participación esperada por parte del cuidador primario, ya que es la calificación con valor más alto.
- **Casi siempre / bien (verde claro):** en orden de frecuencia representa que la conducta o indicador evaluado se presenta a LA MAYORÍA DE LAS VECES, sin embargo, puede presentar ausencia ocasional o una leve dificultad para la realización de la conducta observada en el indicador
- **Ocasional / deficiente (Amarillo):** en orden de frecuencia representa que la conducta se ha presentado en POCAS O ESCASAS OCASIONES, o que hay una tendencia marcada por un comportamiento negativo respecto al esperado.
- **Nunca / mal (Rojo):** en orden de frecuencia de aparición significa que la conducta esperada no se ha presentado en NINGÚN momento, o que el comportamiento es notoriamente negativo respecto al esperado. Es el tipo de participación que no se esperaría en ningún cuidador, ya que representa la calificación más baja.
- **Sin oportunidad s/o (blanco):** calificación que será utilizada en caso de que el cuidador no tenga un momento en el cual demostrar alguna conducta planteada en el indicador, pero ÚNICAMENTE por ausencia de oportunidad y no por falta de voluntad. Por ejemplo: cuando sea la única diada en la sesión y no pueda prestar atención a otras diadas o cuando sea su primera vez en terapia grupal. Los indicadores que podrán ser calificados con esta puntuación se encuentran señalados en el manual.

II. JUSTIFICACIÓN

Acar y Akamoğlu (2014) puntualizan que los padres juegan un rol fundamental en el desarrollo de los niños que requieren de cuidados especiales, ya que ellos son quienes conocen información importante de su desarrollo, aprendizaje y observan como se desenvuelven fuera del ámbito clínico. La enseñanza y participación de los padres es un componente indispensable de la intervención, son ellos quienes brindarán la oportunidad al niño de desarrollarse naturalmente en su entorno familiar, una educación generalizada y constante en diferentes entornos, a partir de lo aprendido durante la intervención.

Los modelos de intervención temprana que promueven la participación de los padres, reconocen que el progreso del niño no se debe a una suma de intervenciones parciales, sino a un conjunto que involucra la atención preferente en casa y la comunidad de manera contextual (Dalmau,2017).

Benzies *et al.* (2013), demostraron que la educación hacia los padres, su participación activa y apoyo dentro del programa fueron más efectivos que los programas de intervención en donde únicamente se les proporcionó información a los padres, especialmente para disminuir sus niveles de ansiedad. Concluyeron que, si la intervención involucra a las madres y padres, se deben medir los resultados en ellos y en los niños para comprender mejor los mecanismos de cambio generados por la intervención.

Cuando los padres participan en los programas de intervención se ha observado mejores resultados en el desarrollo neurológico a los 12-14 meses (Vanderveen, Bassler, Robertson y Kirpalani (2009). También se ha asociado a una mejoría en la forma en que interactúan los padres con sus hijos, a un aumento en las respuestas sensibles, mismas que influyen en el nivel de desarrollo de los niños, en su capacidad de comunicarse, su bienestar socioemocional y probablemente la preparación para la escuela (Mahoney y Wiggers, 2007). La sensibilidad materna, se asoció a un estado

de ánimo infantil y temperamento positivo a los 12 meses (Benzies *et al.*, 2013) y de acuerdo con Mesman y Emmen (2013) predice el desarrollo social, autonomía y susceptibilidad al uso de sustancias en adolescentes.

La participación del padre está fuertemente relacionada con el desarrollo socioemocional del niño, con habilidades pro sociales, autorregulación y habilidades cognitivas o académicas. También promueven relaciones positivas con la madre y otros miembros de la familia. Estos resultados se encontraron con beneficio a corto plazo, en contraparte con la participación materna, con la que se encontraron resultados a largo plazo (Jeong *et al.*, 2019).

El conocimiento de estas aportaciones y beneficios es bien conocido desde hace más de treinta años y desde sus orígenes, el Programa de Cuidado Integral del Niño considera a la madre o cuidador primario como principal facilitadora u obstaculizadora del desarrollo del niño, de tal manera que la participación materna es una estrategia central para favorecer los procesos de organización del desarrollo de niños con antecedentes de riesgo biopsicosocial para secuelas en el neurodesarrollo. A pesar de que las conductas participativas de los padres o cuidadores se han observado y registrado por mucho tiempo, la propuesta del instrumento aún no cuenta con los criterios psicométricos necesarios.

Este instrumento, se registra a través de la observación de la madre o cuidador principal y el niño en el transcurso de la sesión grupal del programa de Cuidado Integral del Niño. El objetivo es caracterizar la capacidad de la madre para involucrarse y responder a las demandas, peticiones y necesidades de su hijo.

Permite identificar el grado de participación dentro de la sesión, habilidades y conocimiento para promover el desarrollo del niño, la interacción con el niño, el profesional y otras diadas y modificaciones en el tipo de estimulación en el hogar encaminadas al manejo, cuidado y prácticas de crianza de los padres.

En 2012, Velázquez llevó a cabo la validación de contenido de una versión previa del instrumento que en ese momento llevaba el nombre de “Registro de

Participación Materna”. Concluyó que el registro aún se encontraba en construcción debido a la falta de claridad y ausencia de definiciones operativas,

En 2014, Rabadán da continuidad a la investigación y realiza una nueva versión del instrumento en esta ocasión bajo el nombre de “Evaluación de la Participación del Cuidador Primario en el Programa de Atención Temprana”, acompañado de la elaboración de un manual con sus definiciones operativas.

Dada la importancia que representan los resultados benéficos que tiene la participación materna en el desarrollo del niño y atendiendo a las sugerencias de autores como Benzies *et al.* (2013), quienes sugieren medir los efectos de los componentes de intervención que se dirigen hacia los padres, para poder determinar si los resultados en ellos pueden modificar en forma favorable el entorno del niño, en la presente investigación se enfatiza la importancia de contar con instrumentos válidos y con las medidas psicométricas apropiadas para medir la participación de los padres dentro del programa de cuidado integral.

III. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la validez basada en el constructo del instrumento “Evaluación de la Participación Materna en sesiones de Intervención Temprana”.

Objetivos específicos

- Estimar la consistencia interna del instrumento y cada una de sus áreas por medio del coeficiente Alpha de Cronbach.
- Diseñar una versión final del instrumento y el manual de aplicación.

IV. MÉTODO

Estudio psicométrico de diseño y validación de pruebas. El método fue adaptado a las fases propuestas por Sampieri (2014) y Soriano (2015), para la validación de instrumentos de medición, considerando requisitos esenciales en la construcción de instrumentos, como confiabilidad, validez, operacionalización y codificación.

Esta investigación se inició con la revisión de el manual de aplicación del instrumento propuesta por Rabadán (2014) y la base de datos del piloteo inicial elaborada previamente. El flujograma del método se observa en la *figura 4*.

FASE 1: REVISIÓN DE PRUEBA PILOTO

Corrección de la base de datos de la prueba piloto inicial.

1. Se completaron elementos faltantes de la base de datos previamente elaborada en el piloteo realizado del 2016-2017, donde se obtuvo un total de 255 aplicaciones del instrumento. Los datos faltantes fueron: nombre de la cohorte, número de expediente, diagnósticos de ingreso, ocupación materna, escolaridad materna en años y nombres de los participantes.
2. De las 255 aplicaciones registradas en la base de datos, 69 fueron eliminados para evitar duplicidad de los datos, debido a que, en la misma fecha, hubo más de una aplicación a la diada pero con diferente evaluador. Se conservó una sola aplicación por fecha, eligiendo la evaluación del profesional considerado con mayor experiencia en la aplicación. La muestra final obtenida fue de 186 aplicaciones, realizadas a 56 diadas diferentes, conformadas por madres, padres o cuidadores primarios, capturadas en una nueva base de datos.

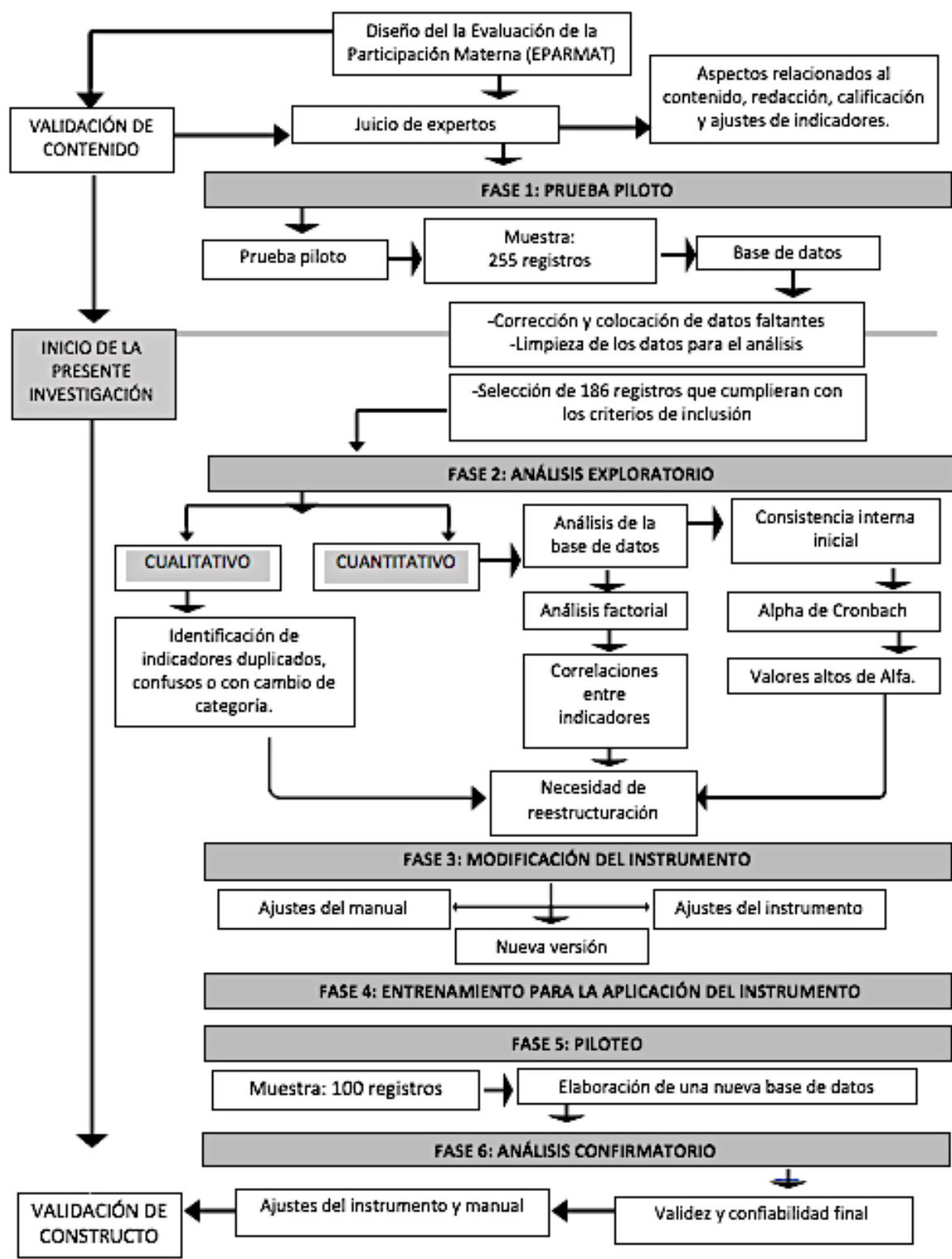


Figura 3. Flujograma del procedimiento para validación de constructo. Adaptado de Soriano, M. (2015). *Diseño y validación de instrumentos de medición*.

FASE 2: ANÁLISIS EXPLORATORIO

Análisis cualitativo: Revisión del instrumento y del manual de aplicación.

1. Se realizó un análisis de los conceptos y definiciones operativas del manual de operación del instrumento propuesto por Rabadán (2014).
2. Se llevó a cabo un análisis cualitativo del instrumento, en el que se identificaron indicadores confusos, poco claros o redundantes, considerando los siguientes elementos:
 - Definición del constructo
 - Descripción del indicador
 - Congruencia en la redacción
 - Unidimensionalidad (una sola conducta a evaluar)
 - Operacionalización adecuada (lógica para transitar de la categoría al indicador)
 - Criterios de calificación de cada indicador
3. Se elaboró una matriz de análisis y comparación de indicadores que parecían evaluar la misma conducta, para identificar futuras modificaciones, reubicación o fusión de los indicadores. Los resultados se muestran en el **(Anexo 6)**.

Análisis cuantitativo: confiabilidad y validez.

Confiabilidad inicial

1. Se realizó un análisis exploratorio de 186 registros con el programa JMP. El método que se utilizó fue la consistencia interna por medio del coeficiente Alpha de Cronbach. La medida se obtuvo para todo el instrumento, para cada una de las categorías (motivación, interacción, habilidad) y por cada indicador.

2. Se elaboró una matriz de correlación con el método Pairwise, para analizar la homogeneidad de los enunciados y la correlación entre los ítems. Se identificaron los indicadores con mayor correlación y se compararon con la matriz del análisis cualitativo y el manual de aplicación del instrumento, evidenciando la similitud de la conducta a evaluar.

Validez inicial

1. Se utilizó el método de componentes principales, método más frecuente, que permitió observar la tendencia de los indicadores a agruparse en una matriz de correlaciones en los componentes principales del instrumento, correspondientes a cada categoría (motivación, interacción, habilidad).
2. Se observó la unidimensionalidad o multidimensionalidad de los indicadores, es decir su cualidad para medir una o más dimensiones o conductas, explicada por las cargas de cada uno, en uno o más factores. Este valor representó la varianza de cada componente. Los indicadores con mayor peso en cada factor son los que lo definieron, considerando como correlación alta .30 o más.
3. Se hizo una rotación de factores con el método Varimax para clarificar la estructura de las variables y obtener una estructura más simple e interpretable.
4. Se realizó un análisis conceptual de los indicadores agrupados en los diferentes factores, para poder encontrar un significado a cada factor y el elemento en común para definirlo.

Con los resultados del análisis exploratorio (**Anexo 6**) se observó que el instrumento requería de ajustes para mejorar la claridad, pertinencia, congruencia y redacción de los indicadores.

Se llevó a cabo una discusión de los resultados para llegar a un consenso del proceso al que se someterían cada uno de los indicadores, considerando el análisis estadístico y la teoría que sustenta el constructo. El proceso o modificación realizado a cada indicador se muestra en el (**Anexo 7**).

Las modificaciones que se realizaron a los indicadores fueron las siguientes:

- **Sin cambio:** aquellos indicadores que en el análisis estadístico y cualitativo no tuvieron valores significativos para someterlos a modificación. La conducta a evaluar fue unidimensional, la descripción fue clara y congruente. En total 11 indicadores se mantuvieron sin cambios.
- **Mejoría en la redacción:** indicadores que dentro del análisis cualitativo se identificaron elementos de poca claridad en su descripción o de la forma de evaluar en el manual, falta de congruencia o descripciones extensas y redundantes. En 13 indicadores se hicieron ajustes a la redacción.
- **Fusión con otro indicador:** aquellos que en ambos análisis mostraron valores altos de correlación, por lo que se decidió elaborar un solo indicador que pudiera evaluar la conducta que se deseaba originalmente, 22 de los indicadores se fusionaron por pares.
- **Creación de nuevo indicador:** resultado de la necesidad de contar con ese indicador, por la importancia de la nueva conducta a evaluar y que no estaba contemplado originalmente. Se redactó 1 nuevo indicador.
- **Eliminación:** indicadores que no mostraron cargas factoriales significativas en ningún factor (categoría), por lo tanto no representaban la medición de interés y ya no fueron considerados para la nueva versión del instrumento, en total 2 indicadores fueron eliminados, sin contar los fusionados.

La modificación en la estructura del instrumento se muestra en el **(Anexo 8)**. Se elaboró una nueva versión preliminar que se sometió a discusión para el análisis en la redacción **(Anexo 9)**.

FASE 3: MODIFICACIÓN DEL MANUAL DE APLICACIÓN

1. En esta fase se modificó la versión original del manual, considerando los cambios de la reestructuración de la nueva versión preliminar. Se realizaron nuevas propuestas en la redacción de las descripciones para facilitar su aplicación y comprensión.
2. Se elaboró una nueva portada que representa la participación de la madre o cuidador bajo la visión del programa de Cuidado Integral del Niño (**Anexo 10**).
3. Se agregó una introducción para describir los antecedentes y preceptos del programa, se describió el propósito del manual, el instructivo para calificación grupal, indicaciones generales y definiciones operativas.

FASE 4: ENTRENAMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se inició con la capacitación para la aplicación del instrumento al personal del área y a los alumnos de la maestría en rehabilitación neurológica. Se realizaron 3 sesiones para completar la enseñanza, discusión y ejemplificación de cada indicador y su forma de calificación. El entrenamiento incluyó a 7 profesionales de la salud.

FASE 5: PILOTEO

El piloteo se inició en el área de Cuidado Integral 1 en noviembre del 2019 y tuvo una duración de seis meses. Se contó con la participación del personal de área, incluyendo a los estudiantes de primer año de la maestría en Rehabilitación Neurológica; en total cuatro fisioterapeutas, una enfermera en neonatología, una Licenciada en Terapia de Lenguaje con doctorado en salud colectiva y una fisioterapeuta con doctorado en Antropología. Se realizaron 5 aplicaciones para

observar congruencia interobservador y asegurar que todos los indicadores serían calificados bajo el mismo criterio.

La población objetivo del piloteo fueron aquellos pacientes que asistieron al programa de Cuidado Integral 1 en modalidad grupal. Se consideraron las diadas conformadas por padre, madre o cuidador primario y el niño. No fueron evaluadas aquellas diadas conformadas por algún profesional de salud interno o externo al programa.

Debido a la poca afluencia de pacientes en el área en el momento del piloteo, se decidió hacer registros a través de videograbaciones de sesiones grupales, a partir del año 2017 para poder cumplir con la muestra igual o superior a 100 (Kline, 1994), requisito mínimo recomendable del tamaño de muestra. Para los registros en vivo se seleccionó al azar la diada a registrar, hasta completar el total de los pacientes activos en la agenda en el momento de la aplicación y para las sesiones registradas por videograbación, se seleccionaron a aquellas que acudieron a partir del 2017 y que en el momento del piloteo no se pudieron evaluar de manera presencial porque ya habían sido dadas de baja o pasaron a Cuidado Integral 2.

Cada diada fue registrada por un solo evaluador. En caso de que un evaluador repitiera el registro de una misma diada, ésta se hizo, pero en otra fecha diferente a la anterior aplicación, para evitar duplicidad en los resultados. Cuando fue posible la evaluación de ambos padres se registró intencionalmente al padre que se requirió para contar con ambos registros.

FASE 6: ANÁLISIS CONFIRMATORIO

Los análisis se realizaron con 100 registros del instrumento, 47 correspondieron a registros realizados durante sesiones de cuidado integral dentro del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo (diversos profesionales capacitados previamente en el instrumento, realizaron los registros). Otros 53 registros fueron realizados por medio de videograbaciones de las sesiones de cuidado integral que también fueron llevadas

a cabo en el mismo laboratorio (estos registros fueron calificados por una sola persona igualmente capacitada en la aplicación del instrumento).

Confiabilidad final

1. Se realizó un análisis exploratorio de 100 registros, con el programa JMP y SPSS v.17 para estimar la confiabilidad por medio del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach. La medida se obtuvo para todo el instrumento, para cada una de las categorías (motivación, interacción, habilidad y conocimiento) y por cada indicador.
2. Con el método Pairwise, se elaboró una matriz de correlación para analizar la homogeneidad de los enunciados y la correlación entre los ítems.

Validez final

1. Se utilizó el método de componentes principales, que permitió observar la tendencia de los indicadores a agruparse en una matriz de correlaciones en los componentes principales del instrumento, correspondientes a cada categoría (motivación, interacción, habilidad y conocimiento), de acuerdo a su peso factorial en cada categoría.
2. Se corrió un análisis confirmatorio inicial con cuatro factores, pero al mostrarse dispersión en la ubicación de los indicadores se decidió hacer un segundo análisis considerando tres factores.
3. Se llevó a cabo una discusión de los resultados con el comité tutorial para llegar a un consenso del proceso al que se someterían cada uno de los indicadores, considerando el análisis estadístico y la teoría que sustenta el constructo de cada indicador. El proceso de modificación realizado a cada indicador se muestra en la sección de resultados.

4. Con la propuesta final se realizó un segundo análisis para confirmar la distribución de los indicadores y su correspondencia a cada factor.

Se elaboró la versión final del instrumento considerando la eliminación, reubicación o permanencia de los indicadores, mismos que se mencionarán en la discusión y se realizó la modificación al manual de aplicación.

Como propuesta adicional se elaboró un semáforo de calificación con tres resultados diferentes, identificados por color verde (buena), amarillo (regular) y rojo (mala), para poder ubicar la calidad de la participación de la madre o cuidador considerando el puntaje en la evaluación.

V. RESULTADOS

Para el análisis confirmatorio se recopilaron 100 registros del instrumento, aplicados a una muestra heterogénea no probabilística de 82 cuidadores principales de niños entre 0 a 4 años que acudieron a los grupos de intervención del área de Cuidado Integral 1 dentro del LSND. Es importante mencionar que la edad de desarrollo considerada para los grupos de Cuidado Integral 1, es de cero a dos años, sin embargo, algunos niños permanecen en el grupo hasta alcanzar los requisitos de desarrollo y habilidades consideradas en el programa para poder cambiar a área de Cuidado Integral 2.

De los 82 cuidadores evaluados, a 17 se les aplicó de dos a tres veces el registro en diferentes fechas, razón por la cual se completaron 100 aplicaciones. 8 niños pudieron ser registrados con la participación de la madre y del padre para poder comparar su desempeño. Las variables de los cuidadores se muestran en el **Cuadro 1**.

CUADRO 1. VARIABLES CUIDADOR	
APLICACIONES POR PARENTESCO (CUIDADOR PRIMARIO)	NO. APLICACIONES
Madres	79
Padres	16
Tía (o)	3
Abuela (o)	2
EDAD POR PARENTESCO	PROMEDIO
Madres	29.5 años
Padres	33.9 años
Tías	54 años
Abuela	66 años
OCUPACIÓN DEL CUIDADOR	PORCENTAJE
Hogar	59.7 %
Empleado	13.4 %
Actividad profesional	9.7 %
Comerciante	9.7 %
Estudiante	3.6 %
Sin dato	2.4 %
NIVEL DE ESCOLARIDAD	PORCENTAJE
Primaria	4.8 %
Secundaria	31.7 %
Preparatoria	23.1 %
Licenciatura	29.2 %
Carrera técnica	7.3 %
Posgrado o maestría	4.8 %
ESTADO CIVIL	PORCENTAJE
Unión libre	59 %
Casados	30 %
Solteros	7 %
Sin dato	2 %

Confiabilidad

Se corrió un análisis de la base de datos del piloteo con el programa JMP y SPSS, considerado todos los indicadores. En este primer análisis se observó que el indicador 1,2 y 8 aportaban con valores altos al alpha de la categoría motivación, por lo que al excluirlos éste podía aumentar. Los valores fueron .80 .82 y .79 respectivamente (**Tabla 11**).

CONSISTENCIA INTERNA DEL PRIMER ANÁLISIS CONFIRMATORIO*							
MOTIVACION		INTERACCIÓN		HABILIDAD		CONOCIMIENTO	
1	0,8061	15	0,8741	26	0,5219	31	0,7882
2	0,8213	16	0,8707	27	0,5428	32	0,7703
3	0,7774	17	0,8919	28	0,5755	33	0,7702
4	0,7655	18	0,8685	29	0,7083	34	0,7808
5	0,7796	19	0,9002	30	0,6360	35	0,7684
6	0,7739	20	0,8723			36	0,7884
7	0,7801	21	0,8781			37	0,7659
8	0,7992	22	0,8737			38	0,7706
9	0,7721	23	0,8691			39	0,7734
10	0,7458	24	0,8714			40	0,7735
11	0,7556	25	0,8764				
12	0,7742						
13	0,7506						
14	0,7765						

*considera el valor del alfa si se elimina ese indicador

VALOR DE ALFA POR CATEGORÍA							
	0,7905		0,8873		0,6537		0,7930

ALFA DE CRONBACH TOTAL DEL INSTRUMENTO							
							.94

Tabla 11. Valores de confiabilidad del primer análisis confirmatorio, obtenidos por el método de consistencia interna Alpha de Cronbach considerando todos los indicadores.

Posteriormente se realizó un segundo análisis estadístico para obtener los valores finales de confiabilidad por categoría y por todo el instrumento, sin considerar el indicador 1 y el 2. El indicador 8 se conservó por su importancia teórica. En este análisis se consideró la nueva numeración y ubicación de los indicadores, tomando en cuenta los resultados del análisis factorial. Los resultados con los valores finales de confiabilidad se muestran en la (**Tabla 12**).

CONSISTENCIA INTERNA EN EL SEGUNDO ANÁLISIS CONFIRMATORIO *							
MOTIVACION		INTERACCIÓN		HABILIDAD		CONOCIMIENTO	
1	0.7678	11	0.0886	22	0.6829	28	0.7901
2	0.7457	12	0.8835	23	0.6657	29	0.7875
3	0.7707	13	0.9049	24	0.734	30	0.7896
4	0.7803	14	0.8783	25	0.6609	31	0.8008
5	0.7824	15	0.9025	26	0.6813	32	0.8141
6	0.8203	16	0.8777	27	0.7188	33	0.7749
7	0.7416	17	0.8807			34	0.7814
8	0.7665	18	0.8841			35	0.7681
9	0.7391	19	0.8785			36	0.7865
10	0.7779	20	0.8804			37	0.7739
		21	0.8874			38	0.7839

*considera el valor del alfa si se elimina ese indicador

ALFA DE CRONBACH POR CATEGORÍA							
	.7885		.8955		.7304		.8022

ALFA DE CRONBACH TOTAL							
							.9356

Tabla 12. Resultados del segundo análisis confirmatorio, se muestra la confiabilidad final del instrumento por categoría, excluyendo el indicador original 1 y 2 y considerando la nueva numeración.

Los valores de estos resultados se compararon con los del primer análisis, encontrando resultados favorables para el Alpha de la categoría de interacción, habilidad y conocimiento. La comparación de los tres análisis que muestra el aumento en la confiabilidad se muestra en la siguiente tabla.

	CATEGORÍA				TOTAL
	MOTIVACIÓN	INTERACCIÓN	HABILIDAD	CONOCIMIENTO	
ANÁLISIS EXPLORATORIO	.91	.93	.93	-----	.97
ANÁLISIS CONFIRMATORIO	.79	.88	.65	.79	.94

SEGUNDO ANÁLISIS CONFIRMATORIO	.78	.89	.73	.80	.93
---------------------------------------	-----	-----	-----	-----	------------

Tabla 13. Proceso de la confiabilidad del instrumento por medio del método Alpha de Cronbach.

Validez final

El primer análisis que se realizó se hizo considerando 5 factores, explicando el 86% de la varianza, sin embargo, los indicadores no mostraron una distribución teórica clara, por lo que se decidió reducirlo a 3 factores. De esta manera se pudo explicar el 60 % de la varianza. Se identificaron dos categorías en el factor 1, que teóricamente correspondieron a motivación y habilidad, el factor 2 fue definido por los indicadores de interacción y el factor 3 se definió por indicadores de conocimiento. Esto se determinó por el número de indicadores con carga más alta en cada factor (mayor a .30), lo que muestra su alta correlación entre ellos.

Considerando los valores de confiabilidad, se realizó un primer análisis factorial excluyendo a los indicadores 1,2 y 8 (**Tabla 13**). En cada indicador se señala con color gris el valor del peso factorial más alto.

Debido a la importancia que representa teóricamente el indicador 8, se decidió conservarlo e incluirlo en un segundo análisis factorial confirmatorio considerando tres factores (**Tabla 14**). Este punto se aborda a profundidad en la discusión.

INDICADOR	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3
MOT 3	0.558	0.178	0.09
MOT4	0.562	0.276	0.14
MOT5	0.645	0.252	0.069
MOT6	0.158	0.2	0.639
MOT7	0.395	0.319	0.059
MOT 9	0.205	0.156	0.718
MOT10	0.506	0.256	0.665
MOT11	0.35	0.19	0.682
MOT12	0.236	0.206	0.443
MOT13	0.509	0.466	0.441

MOT14	0.635	0.048	0.132
INT15	0.749	0.251	0.081
INT16	0.707	0.3	0.227
INT17	0.396	0.028	0.36
INT18	0.544	0.455	0.203
INT19	0.231	0.313	-0.106
INT20	0.472	0.57	0.249
INT21	0.254	0.624	0.194
INT22	0.437	0.6	0.077
INT23	0.427	0.542	0.373
INT24	0.293	0.552	0.336
INT25	0.265	0.534	0.313
HAB26	0.615	0.254	0.305
HAB27	0.671	0.272	0.125
HAB28	0.54	0.04	0.192
HAB29	-0.013	0.004	0.72
HAB30	0.247	0.705	0.171
CON31	0.18	-0.038	0.718
CON32	0.117	0.603	0.136
CON33	0.346	0.598	0.017
CON34	0.317	0.152	0.316
CON35	-0.151	0.536	0.513
CON36	-0.033	0.283	0.397
CON37	0.49	0.252	0.316
CON38	0.254	0.263	0.557
CON39	0.623	0.274	0.194
CON40	0.153	0.683	0.22

Tabla 13. Resultados del primer análisis factorial confirmatorio, excluyendo el indicador 1,2 y 8. Se muestran las cargas factoriales de cada indicador, algunos tienen carga alta en mas de un factor y con base en la teoría se determinó a qué categoría representa cada uno de ellos.

Considerando los elementos estadísticos y teórico-prácticos, se hizo una reagrupación de los indicadores conservando las 4 categorías principales. La versión final del instrumento se muestra en el **(Anexo 11)**.

INDICADOR ORIGINAL	NUEVO INDICADOR	FACTOR 1 INTERACCIÓN	FACTOR 2 MOTIVACIÓN Y HABILIDAD	FACTOR 3 CONOCIMIENTO
MOT 3	MOT 1	0.21	0.556	0.099
MOT 4	MOT 2	0.302	0.554	0.149
MOT 5	MOT 3	0.48	0.46	0.03
MOT 6	CON 33	0.339	0.03	0.61

MOT 7	MOT 5	0.218	0.492	0.086
MOT 8	MOT 6	-0.135	0.511	0.156
MOT 9	CON 34	0.225	0.155	0.708
MOT 10	MOT 7	0.378	0.418	0.651
MOT 11	MOT 8	0.286	0.283	0.671
MOT 12	CON 28	0.178	0.26	0.457
MOT 13	MOT 9	0.542	0.44	0.428
MOT 14	MOT 10	0.112	0.628	0.14
INT15	INT 11	0.361	0.682	0.075
INT16	INT 12	0.366	0.678	0.229
INT17	INT 13	0.07	0.396	0.366
INT18	INT 14	0.611	0.403	0.169
INT19	INT 15	0.081	0.439	-0.057
INT20	INT 16	0.652	0.384	0.225
INT21	INT 17	0.703	0.144	0.16
INT22	INT 18	0.582	0.434	0.073
INT23	INT 19	0.649	0.318	0.343
INT24	INT 20	0.651	0.183	0.3
INT25	INT 21	0.632	0.154	0.278
HAB26	HAB 22	0.415	0.497	0.283
HAB27	HAB 23	0.42	0.566	0.106
HAB28	HAB 24	0.138	0.492	0.189
HAB29	CON 29	-0.038	0.035	0.736
HAB30	HAB 25	0.662	0.239	0.162
CON31	CON 30	-0.027	0.202	0.73
CON32	CON 31	0.513	0.154	0.137
CON33	HAB 27	0.541	0.364	0.02
CON34	CON 32	0.177	0.312	0.317
CON35	CON 35	0.429	-0.112	0.515
CON36	CON 36	0.266	-0.041	0.391
CON37	MOT 4	0.293	0.475	0.316
CON38	CON 37	0.249	0.277	0.562
CON39	HAB 26	0.296	0.628	0.204
CON40	CON 38	0.669	0.106	0.205

Tabla 14. Resultados del segundo análisis factorial por componentes principales, incluyendo el indicador 8 y tres factores.

De los 40 indicadores iniciales, 2 fueron eliminados, 31 se mantuvieron sin cambio en su categoría y redacción original, 7 cambiaron de categoría por los resultados del análisis de componentes principales y a 9 se les hizo ajuste en la redacción. El procedimiento que se realizó con cada indicador se muestra en la **(Tabla 15)**.

CATEGORÍA Y # DE INDICADOR ORIGINAL	PROCEDIMIENTO	CATEGORÍA Y # DE INDICADOR FINAL
MOT 1. Llega puntual a la sesión.	Eliminado	-
MOT 2. Ha asistido a las últimas tres sesiones.	Eliminado	-
MOT 3. Su comportamiento al llegar, demuestra disposición para integrarse, realizar y aprender de las actividades.	Sin cambio	MOT 1
MOT 4. Su disposición para integrarse, realizar y aprender, es constante en todas las actividades.	Sin cambio	MOT 2
MOT 5. Dirige su atención hacia el niño y está pendiente de él.	Sin cambio	MOT 3
MOT 6. Logra mantener la atención del niño usando diferentes estrategias durante la sesión (cantarle, tocarlo, hablarle, mostrarle objetos).	Cambio a categoría de conocimiento y ajuste en la redacción.	CON 33
MOT 7. Se muestra atento a las indicaciones o comentarios que da el coordinador o profesional de apoyo (escucha, observa, asiente, realiza expresiones faciales)	Sin cambio	MOT 5
MOT 8. Es capaz de poner atención a la actividad y comentarios realizados por otras diadas, para incorporar elementos importantes, sin abstraerse solamente en la suya.	Sin cambio	MOT 6
MOT 9. Promueve realizar las actividades considerando el nivel de desarrollo y habilidades del niño.	Cambio de categoría de motivación a conocimiento y ajuste en la redacción.	CON 34
MOT 10. Implementa una serie de estrategias para lograr integrar al niño en la actividad y llevarla a cabo de acuerdo al objetivo (realiza sonidos o gestos, invita al niño a participar, es creativo).	Sin cambio	MOT 7
MOT 11. Orienta oportunamente las acciones del niño para cumplir con el objetivo de la actividad.	Sin cambio	MOT 8
MOT 12. Promueve al niño cualquier iniciativa y exploración del material durante el juego libre y en actividades con objetivos específicos.	Cambio de categoría de motivación a conocimiento y ajuste en la redacción.	CON 28
MOT 13. Se involucra en las actividades y busca llevarlas a cabo utilizando diferentes medios, de acuerdo al objetivo (cambiar de material o posición, cantar, usar gestos o palabras diferentes)	Sin cambio	MOT 9
MOT 14. Es sensible a las necesidades del niño y responde a ellas, sin poner como prioridad el cumplimiento de la actividad.	Sin cambio	MOT 10
INT 15. Su actitud corporal con respecto al niño denota afecto positivo (acercamientos, caricias, etc)	Ajuste en la redacción	INT 11
INT 16. Expresa al niño sus emociones a través de gestos, posturas o actitudes, de manera congruente con lo que desea expresar.	Sin cambio	INT 12
INT 17. Sus muestras de afecto hacia el niño son oportunas, adecuadas al contexto y sin intervenir en sus acciones o participación.	Sin cambio	INT 13
INT 18. Establece comunicación verbal con el niño que denota afecto o emociones positivas (alegría, admiración, orgullo, serenidad)	Sin cambio	INT 14

INT 19. Expresa verbalmente emociones, pensamientos o sentimientos positivos hacia el coordinador, otros niños, padres o el programa.	Sin cambio	INT 15
INT 20. Busca tener contacto visual con el niño al hablarle y dirigirse a él, en las situaciones que se requiere (al cantar, interactuar, buscar su atención).	Sin cambio	INT 16
INT 21. Reconoce positivamente al niño de manera verbal, ante logros, esfuerzos o acciones que considera satisfactorias.	Ajuste en la redacción	INT 17
INT 22. Utiliza diferentes tonos de voz de manera coherente con sus emociones, indicaciones o comentarios que le desea expresar al niño (ante aprobación, desaprobación, dificultades, logros, enojo, felicidad).	Sin cambio	INT 18
INT 23. Promueve el lenguaje del niño por diferentes medios y situaciones (le habla, describe o nombra objetos, le da su turno).	Sin cambio	INT 19
INT 24. El lenguaje que utiliza para comunicarse con el niño es adecuado para su edad, comprensión y acorde al contexto o situación.	Sin cambio	INT 20
INT 25. El ritmo y cantidad de palabras que utiliza al dar las indicaciones son adecuadas (no lo satura).	Ajuste en la redacción	INT 21
HAB 26. Identifica y mantiene una relación postural óptima para dirigirse al niño, darle indicaciones, posicionarlo, interactuar o ayudarlo si es necesario.	Sin cambio	HAB 22
HAB 27. Su postura denota protección o cuidado hacia el niño y está dirigida para prevenir algún riesgo o caída.	Ajuste en la redacción	HAB 23
HAB 28. Procura mantener la posición inicial del niño sugerida por el coordinador o propone otra(s) que le permitan al niño cumplir con los objetivos de la actividad.	Sin cambio	HAB 24
HAB 29. Permite al niño libertad de movimiento, desplazamiento autónomo y experimentación del entorno, sin restringirlo o guiarlo en exceso.	Cambio de categoría de habilidad a conocimiento.	CON 29
HAB 30. Implementa estrategias de sesiones anteriores o comenta sobre actividades que ha adecuado o practicado fuera del programa.	Ajuste en la redacción	HAB 25
CON 31. Es capaz de prestar sólo la ayuda necesaria para que el niño realice la actividad, sin llegar a irritarlo, restarle oportunidad de participar, dirigirlo en exceso o ser intrusivo.	Sin cambio	CON 30
CON 32. Conoce y explica el diagnóstico del niño y/o sus dificultades con relación a su desarrollo.	Sin cambio	CON 31
CON 33. Logra transmitir sus dudas, comentarios o dificultades presentes durante la ejecución de la actividad.	Cambio de categoría de conocimiento a habilidad.	HAB 27
CON 34. Identifica y atiende las necesidades físicas del niño (hambre, sed, calor, frío, sueño, micción, excreción, higiene, movimiento), de manera acertada y pronta.	Ajuste en la redacción	CON 32
CON 35. Identifica acertadamente los logros del niño durante la sesión.	Sin cambio	CON 35

CON 36. Identifica acertadamente las dificultades del niño durante la sesión.	Sin cambio	CON 36
CON 37. Es sensible a los diferentes estados de ánimo del niño.	Cambio de categoría de conocimiento a motivación	MOT 4
CON 38. Es organizador de las conductas y emociones del niño.	Sin cambio	CON 37
CON 39. Comprende y lleva a cabo las sugerencias, comentarios o indicaciones generales o específicas que el coordinador o profesional de apoyo indicó para su diada.	Cambio de categoría de conocimiento a habilidad	HAB 26
CON 40. Comprende y explica el propósito de las actividades realizadas, su utilidad e implementación en diferentes escenarios de su vida cotidiana.	Sin cambio	CON 38

Tabla 15. Procedimiento realizado en cada indicador, en la primera columna se muestra el indicador original con la abreviatura de la categoría y en la última se muestra el número final del indicador y la categoría.

Finalmente se hizo la corrección al manual de aplicación, considerando los nuevos cambios y ubicación de los indicadores (**Anexo 12**).

VI. DISCUSIÓN

El proceso de *validación de constructo* de un instrumento está vinculado con la teoría. No es conveniente llevar a cabo dicho método de validación, si no existe un marco teórico que soporte las variables y su relación con otras variables involucradas. Es necesario contar con investigaciones que hayan demostrado que los conceptos planteados se asocian entre sí y considerar que cuanto más elaborada se encuentre la teoría que apoya la hipótesis, la validación de constructo arrojará mejores resultados sobre la validez general de un instrumento de medición (Sampieri, 2014).

La construcción de la Evaluación de la Participación Materna es un instrumento que desde sus inicios se sustentó bajo un marco teórico sólido y el cual ha podido ser contrastado con el análisis estadístico, con resultados favorables y congruentes. Sin embargo, con algunos indicadores las aportaciones estadísticas fueron diferentes a las esperadas, en relación con el marco teórico. En este punto la práctica clínica y la experiencia profesional jugaron un papel fundamental para la toma de decisiones

respecto a los indicadores, a su distribución en las categorías y en su utilidad y permanencia o exclusión en el instrumento.

La agrupación y selección de los indicadores se realizó con base en la experiencia clínica dentro del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo, al conocimiento y a la aportación teórica de diferentes autores (Ainshworth, 1969; Lamb, 1981; Schaffer, 1985; Dempsey, 1995; King, 1996; Dunst, 2007 y 2009; Erickson, citado en Mesman y Emmen, 2013, Sánchez *et al.*, 2018).

El procedimiento para el ajuste del instrumento se estableció en función de cuatro elementos; 1) La eliminación de indicadores para mejorar la confiabilidad, 2) La reubicación de algunos indicadores considerando los resultados del análisis factorial, 3) La permanencia de indicadores en la categoría que representa teóricamente a pesar del resultado del análisis factorial y 4) Sin cambio en la ubicación y estructura del indicador.

La primera razón de ajuste se realizó con la eliminación del indicador 1 *“Llega puntual a la sesión”* y 2 *“Ha asistido a las últimas tres sesiones”*. Estos indicadores fueron eliminados con la finalidad de aumentar el valor Alpha en la categoría de motivación. Por la importancia que representan en el programa como indicativo de la adherencia de la diada al programa, se decidió conservarlos como un elemento a calificar en el apartado de datos generales.

De acuerdo con el análisis de Alpha de Cronbach, al excluir al indicador 8 *“Es capaz de poner atención a la actividad y comentarios realizados por otras diadas, para incorporar elementos importantes, sin abstraerse solamente en la suya”* el Alpha de la categoría de motivación pudo haber aumentado, sin embargo, se decidió conservarlo por reflejar un elemento considerado dentro de la definición operativa de la participación materna dentro del programa. La discusión de la permanencia o eliminación del indicador 8, denotó la importancia de conocer la teoría y aplicarla adecuadamente en la práctica, lo cual permitió tomar una decisión acertada acerca de las aportaciones con mayor sustentabilidad en el instrumento.

La segunda razón de ajuste hace referencia a la reubicación de los indicadores considerando el peso factorial de cada uno. Los indicadores que tuvieron cargas factoriales significativas en otras categorías diferentes a las que pertenecían originalmente, se sometieron a discusión por el comité tutorial para decidir su nueva ubicación. Este fue el caso del indicador 6, 9, 12, 29, 33, 37 y 39.

Por ejemplificar esta razón de ajuste; el indicador 6 *“Logra mantener la atención del niño usando diferentes estrategias durante la sesión (cantarle, tocarlo, hablarle, mostrarle objetos)”*, el 9 *“Promueve realizar las actividades considerando el nivel de desarrollo y habilidades del niño”* y el 12 *“Promueve al niño cualquier iniciativa y exploración del material durante el juego libre y en actividades con objetivos específicos”*, tienen una carga factorial muy baja en el factor esperado a la categoría de motivación y tienen una carga factorial alta en el factor relacionado con la categoría de conocimiento, por lo que se decidió cambiarlos de categoría. Desde el punto de vista clínico, analizando a fondo el contenido de los indicadores, se requiere de habilidades cognitivas como la atención, memoria y análisis reflejadas en el conocimiento por parte de la madre respecto al niño, a su capacidad de respuesta, a sus gustos para poder implementar estrategias aprendidas o adquiridas, que le permitirán mantener la atención de manera efectiva, obtener una respuesta recíproca. Otras habilidades como la observación y sensibilidad le permitirán promover la realización de una actividad con un nivel de dificultad adecuado para el niño, para no exigirle al niño alguna conducta difícil de lograr en este momento o para identificar los momentos en donde el aprendizaje a través de la exploración es fundamental para lograr un objetivo.

El indicador 33 *“Logra transmitir sus dudas, comentarios o dificultades presentes durante la ejecución de la actividad”*. Como se mostró en la tabla 13, no se observó una carga factorial significativa en el factor al que pertenece. La carga factorial más alta lo ubicó en el factor 1 (interacción), probablemente porque la conducta a evaluar hace referencia a las verbalizaciones del cuidador al transmitir sus dudas y comentarios, y el análisis lo ubicó en la subcategoría de comunicación verbal. La segunda carga más alta corresponde a la categoría de habilidad. Durante la discusión

teórica se determinó que este indicador refleja una habilidad intelectual de la madre hacia el coordinador o profesionales, ligada a su capacidad de observación del niño, por tal motivo se decidió que el indicador corresponda a esta categoría y no a la de interacción.

La tercera razón de ajuste que se consideró fue la permanencia de un indicador en la categoría que teóricamente representa, a pesar de que el análisis estadístico sugiriera alguna modificación. En este caso se consideró con mayor peso el análisis y experiencia teórico-práctica para poder definir la categoría que representara mejor el contenido del indicador. Tal fue el caso de los indicadores 15 “Su actitud corporal con respecto al niño denota afecto positivo (acercamientos, caricias, etc)”, 16 “*Expresa al niño sus emociones a través de gestos, posturas o actitudes, de manera congruente con lo que desea expresar*”, 17 “*Sus muestras de afecto hacia el niño son oportunas, adecuadas al contexto y sin intervenir en sus acciones o participación*” y 19 “*Expresa verbalmente emociones, pensamientos o sentimientos positivos hacia el coordinador, otros niños, padres o el programa*”, que tuvieron una carga factorial más alta en el factor correspondiente a motivación, pero que al analizar su contenido y aportación reflejaban conductas de interacción física y verbal y por razones teóricas se decidió dejarlos en interacción.

El indicador 32 “*Conoce y explica el diagnóstico del niño y/o sus dificultades con relación a su desarrollo*” y el 40 “*Comprende y explica el propósito de las actividades realizadas, su utilidad e implementación en diferentes escenarios de su vida cotidiana*”, son indicadores que representan la categoría de interacción, probablemente asociado a habilidades de comunicación verbal del cuidador. Debido a su contenido se tomó la decisión de conservarlo en la categoría original, es decir, conocimiento, ya que a nivel teórico no refleja algún elemento de interacción y, por el contrario, evidencia elementos de conocimiento previo y adquirido.

Respecto a los hallazgos concernientes al género (padre-madre), aunque la mayoría de los padres no asumen funciones de cuidado primario, pueden ser muy sensibles a los recién nacidos, capaces de responder de igual manera contingente y

efectiva como las madres. Ambos padres responden de manera diferente, por ejemplo Parke y Sawin (1977, citados en Lamb, 1981) encontraron que los padres vocalizan en respuesta a las vocalizaciones de los niños, mientras que las madres proveen una mayor estimulación táctil, sin embargo (Brazelton et al 1979, citado en Lamb, 1981) refiere que los niños vocalizan más prontamente después de las vocalizaciones maternas que las paternas. Los resultados de la aplicación de la Evaluación de la Participación Materna, de los 8 niños que fueron evaluados con ambos padres, mostraron un mayor puntaje general en la participación de 6 padres, con respecto a las madres en todas las áreas; motivación, interacción, habilidad y conocimiento,

La categoría en donde la diferencia fue más evidente fue en la de motivación, en donde el promedio del puntaje de las madres fue de 42.25 y de los padres de 46.75, de un total de 56 puntos. En la categoría de interacción y habilidad también hubo diferencias aunque no tan evidentes. Los padres lograron un promedio de 33 puntos en interacción, mientras que las madres de 31.12, de un total de 44 puntos. En habilidad los padres obtuvieron 16 puntos y las madres de 14.5, de un total de 20. La categoría de conocimiento fue donde hubo menos diferencia entre los papás y las mamás, con un promedio de 30 y 30.37 puntos respectivamente, de un total de 40.

Para los padres que no se encuentran mucho tiempo en casa, la experiencia con sus hijos es limitada, debido a que gran parte de las interacciones con ellos se llevan a cabo en las rutinas de cuidado que muchos tratan de evitar. Los padres que aun conservan prácticas tradicionales, pueden parecer menos sensibles que aquellos que participan en el cuidado y que responden con regularidad a señales o necesidades del niño (Perez y Olhaberry, 2013). Dentro del programa de Cuidado Integral la sensibilidad a las señales y necesidades del niño es un elemento importante, el cual se tiene como objetivo reforzar. La pobre sensibilidad paterna fue evidente en los resultados de la evaluación a padres que no habían asistido con regularidad al programa con respecto a aquellos que fueron constantes, siguieron recomendaciones e implementaron estrategias sugeridas.

El instrumento tiene la propiedad para identificar el grado de participación de los cuidadores y su impacto en los dominios del neurodesarrollo o funcionamientos del niño (regulación interna, movimiento, interacción, comunicación y cognición). El progreso de los funcionamientos esta influenciado por la relación directa entre las demandas del medio hacia el niño, las situaciones a las esta expuesto y por la maduración de las estructuras implicadas. Se expresan en forma de conductas, observadas por los padres y pueden modificase al cambiar la relacion del niño con el ambiente (Sánchez *et al.*, 2018), motivo por el cual las conductas participativas de los padres cobran gran importancia, ya que su capacidad de respuesta e involucramiento con respecto a las acciones del niño se asocian a la modificación o evolución de nuevas conductas favorables para el niño y la familia.

La madre a través de conductas sensibles, sincrónicas y una interacción mutua, puede favorecer la organización de funcionamientos autorregulatorios. La Evaluación de la Participación Materna las identifica a través de conductas observadas en los indicadores de: responder a los diferentes estados de ánimo del niño, identificar necesidades y responder a ellas, establecer contacto físico y verbal constante, hacer muestras de afecto oportunas, buscar contacto visual, mantener posturas sugeridas y ser organizador de conductas y emociones del niño. Estas conductas permitirán al niño adquirir habilidades para autorregularse emocionalmente, regular automatismos neurovegetativos y adaptarse de mejor manera al ambiente, ya que la madre identifica necesidades y responde a ellas de manera pronta y acertada.

Respecto al funcionamiento de comunicación, la categoría de interacción aborda de manera amplia la evaluación de conductas participativas en la comunicación física y verbal. Se puede reconocer a cuidadores que promueven u obstaculizan la adquisición de habilidades comunicativas del niño, expresadas en conductas como escuchar, atender, imitar sonidos o palabras y reconocer emociones o sentimientos a traves de los diferentes tonos de voz.

Indicadores de diferentes categorías, especialmente de motivación, interacción y conocimiento permiten observar como los funcionamientos y las actividades de la participación (identidad, autonomía, creatividad, lenguaje y autocontrol), van de la mano y se integran de menor a mayor complejidad conforme el niño evoluciona, tal como lo plantean Sánchez y colaboradores.

La categoría de conocimiento contiene en su mayoría indicadores para evaluar conductas participativas que promueven los funcionamientos de movilidad y cognición, a través de habilidades de los cuidadores para promover iniciativa de juego libre, libertad de movimiento, desplazamiento autónomo, experimentación del entorno, prestar ayuda y promover realizar las actividades considerando el nivel de desarrollo del niño. Del mismo modo la evolución de estos funcionamientos dará paso a actividades para la participación como creatividad, lenguaje y autonomía. El indicador 38, se agregó a esta categoría y hace referencia a que el cuidador sea capaz de explicar el propósito de las actividades y como implementarlas en diferentes escenarios de su vida cotidiana. Es un elemento importante ya que a través de la repetición constante dentro del entorno natural donde se desenvuelve el niño, el podrá aplicar el conocimiento en diferentes situaciones o problemas. Dependerá también de la capacidad del cuidador de modificar las actividades a su propio entorno, al niño y a sus recursos, con el objetivo de orientar su desarrollo a la construcción de su ciudadanía y participación dentro de una sociedad.

Finalmente, es importante orientar a los clínicos e investigadores para que amplíen su mirada e incorporen en los diagnósticos y en el diseño de intervenciones tanto a la madre como al padre para comprender las dificultades infantiles y promover la salud mental.

VI. CONCLUSIONES

La evaluación de la Participación Materna constituye una herramienta clínica, que tras su proceso de validación de constructo arrojó resultados favorables, obteniendo un grado de confiabilidad de .93, considerado como muy bueno (Carvajal *et al*, 2011). La búsqueda de información realizada hasta el momento permite reconocerlo como uno de los primeros instrumentos en su tipo, que puede ser utilizado como herramienta de evaluación de la madre/padre/cuidador y de intervención. Al emplearlo como una herramienta de evaluación, permite medir la calidad de la participación materna, las conductas que presenta ligadas a un propósito y al interés respecto al niño, al programa y a las indicaciones del coordinador, sus habilidades físicas y cognitivas para solucionar problemas o situaciones con respecto al niño y a las actividades planteadas, la calidad de su interacción y comunicación, el dominio de conocimientos previos y adquiridos por parte del programa para emplearlos en beneficio del niño. También permite observar la evolución de la participación del cuidador, las conductas o dominios en las que se presenta mayor dificultad o donde la respuesta del cuidado no es la esperada. El instrumento como herramienta para la intervención, ayuda a que, una vez identificadas las áreas de oportunidad en el cuidador, se pueda incidir de manera específica en ellas, orientándolo a que adquiera conductas participativas esperadas, las mejore o modifique, con el objetivo de que pueda convertirse en un mejor facilitador y promotor del desarrollo de su hijo.

La Evaluación de la Participación Materna permite diferenciar conductas participativas promotoras del desarrollo de aquellas que obstaculizan el desarrollo, con puntajes y valores absolutos, evitando estimaciones subjetivas del profesional.

La participación materna o del cuidador primario se evalúa de manera individualizada, el instrumento se puede aplicar para dar seguimiento a una diada que

acude a programas de intervención temprana y observar la evolución en el comportamiento y conductas del cuidador, como muestra de la adherencia e impacto del programa, pero también permite estudiar a grupos de cuidadores para encontrar características semejantes o diferencias. Es importante fomentar investigaciones en esta área de estudio para poder intervenir apropiadamente de manera temprana, concordando con lo planteado por Jeong *et al* (2019), ningún estudio conocido ha diferenciado y examinado la estimulación materna y la paterna como mediadores de los efectos de la intervención en los resultados de la intervención.

Los programas de intervención temprana en instituciones públicas y privadas que reproducen los estereotipos de género comunes, en los que a los padres varones se les considera como poco relevantes en las tareas de crianza, cuidado y educación de los hijos, limitan la posibilidad de generalizar la corresponsabilidad en la crianza. De acuerdo con Perez y Olhaberry (2013) nueve de cada diez hombres tienen interés en participar junto a sus hijos en los diferentes momentos de interacción con el sistema de salud y educativo. En esta investigación los resultados de la participación de los padres evaluados y comparados con los de las madres fueron mejores en todas las áreas (motivación, interacción, habilidad y conocimiento), lo que concuerda con las investigaciones de estos autores. Por este motivo se hace una invitación a continuar con líneas de investigación que puedan diferenciar conductas participativas en madres y en padres, así como sus efectos específicos en áreas del desarrollo del niño.

El proceso de validación de un instrumento es un proceso continuo y dinámico, que adquiere mayor consistencia conforme mas propiedades psicométricas cuenta (Carvajal, 2011 y Soriano, 2015). Por este motivo se considera importante continuar con el proceso de validación, para cubrir diferentes aspectos psicométricos que no fueron abordados en esta investigación.

REFERENCIAS

- Aaron, C., Chiarello, L., Palisano, R., Gracely, E., O'Neil, M., y Kolobe, T. (2014). Relationships among family participation, team support, and intensity of early intervention services. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 34(4), 343-355.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Maternal sensitivity scales. *Power*, 6, 1379-1388.
- American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education. (2018). *Estándares para pruebas educativas y psicológicas* (M.Lieve, Trans.). Washington, DC: American Educational Research Association. (Original work published 2014)
- Acar, S., y Akamoğlu, Y. (2014). Practices for parent participation in early intervention/early childhood special education. *International Journal of Early Childhood Special Education*, 6(1), 80-101.
- Arrieta, R., Mastsubara, M., Pérez, B., y Cravioto, J. (1976). Influencia de la estimulación sistematizada en la recuperación mental de lactantes con desnutrición avanzada. *Asociación de investigación pediátrica. XLI reunión reglamentaria. III reunión conjunta Instituto Mexicano de Investigaciones Neurológicas. S/D*
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J., Dantagnan, M., Comas, E., y Vergara, M. (2014). *La inteligencia maternal*. Barcelona: Gedisa.
- Bhat, v. (2017). Family centered developmental care as early intervention for children with special needs. *International Educational Applied Scientific Research Journal*, 2(12).

- Benzies, K., Magill-Evans, J., Hayden, K., y Ballantyne, M. (2013). Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(S1), S10
- Bowlby, J. (1954) *Los cuidados maternos y la salud mental*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Bricker, D. (1991). *Educación temprana de niños en riesgo y disminuidos: de la primera infancia a preescolar*. México: Trillas.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. España: Paidós.
- Candel, I. (2003). *Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Madrid: FEIDS.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Vol. 34, No. 1, pp. 63-72).
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA). (2017). *Desarrollo Infantil Temprano: Lineamientos Técnicos*. México: Secretaría de Salud
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), (S/A). *Estimulación temprana y evaluación del desarrollo para el niño menor de dos años de edad. Modelo de capacitación teórico-práctico*. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7703.pdf>
- Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA), (2015). *Agenda*. México. recuperado de <http://www.cefp.gob.mx/difusion/evento/2015/congresoinviertetemprano/presentaciones/p501.pdf>
- Dalmau, M., Balcells-Balcells, A., Giné, C., Cañadas, M., Casas, O., Salat, Y., Farré, V. y Calaf, N. (2017). How to implement the family-centered model in early intervention. *Anales de psicología*, 33(3), 641-651.
- Del Río, N. (1991). *Intervención Temprana: dinámica teórico metodológica de un modelo de atención a la salud*. México: Académicos CBS.

- Dempsey, I. (1995). The enabling practices scale: the development of an assessment instrument for disability services. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20(1), 67-73.
- Diez, A., (2008). Evolución del proceso de Atención Temprana a partir de la triada profesional-familia-niño. *Revista Síndrome de Down*, 25, 46-55.
- Dirks, T. y Hadders-Algra, M.(2011). The role of the family in intervention of infants at high risk of cerebral palsy: a systematic analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 62-67.
- Dunst, C., y Trivette, C. M. (2009). Using research evidence to inform and evaluate early childhood intervention practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29(1), 40-52.
- Dunst, C., Trivette, C., y Hamby, D. W. (2007). Meta-analysis of family-centered helping practices research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13(4), 370-378.
- Fawley-King, K., Haine-Schlagel, R., Trask, E. V., Zhang, J., & Garland, A. F. (2013). Caregiver participation in community-based mental health services for children receiving outpatient care. *The journal of behavioral health services & research*, 40(2), 180-190.
- Figuroa, M. y Rivera, R. (2017). Interacción madre-hijo: aproximaciones biológicas, psicológicas y antropológicas, num 131. México: Serie Académicos
- Fleming, J., Sawyer, L., & Campbell, P., (2011). Early intervention providers perspectives about implementing participation-based practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(4), 233-244.
- García, C. (2015). *Guía de actividades el programa de cuidado integral para niños de 0-2 años de edad*. (Tesis inédita de Maestría). Universidad Autónoma Metropolitana, D.F, México
- García, F., Sánchez, M., Orcajada, N y Hernández, E. (2014) Atención Temprana centrada en la familia. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 45(3), 6-27.

- Gómez M., Meza, C y Rosas, L. (1998). *Indicadores de cambio en el comportamiento de la madre o cuidador para la evaluación de un programa de intervención temprana*. (Tesis inédita de Maestría). Universidad Autónoma Metropolitana. D.F., México.
- Grupo de Atención Temprana (GAT) (2005). *Libro blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Gutiez, P. y Ruiz, E. (2012). Orígenes y evolución de la atención temprana: una perspectiva histórica de la génesis de la atención temprana en nuestro país: Agentes contextos y procesos. *Psicología educativa*, 18(2), 107-122.
- Israel, P., Thomsen, P., Langeveld, J., Stormark, K. (2007). Parent–youth discrepancy in the assessment and treatment of youth in usual clinical care setting: consequences to parent involvement. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(2), 138-148.
- Jeong, J., Obradović, J., Rasheed, M., McCoy, D., Fink, G., y Yousafzai, A. (2019). Maternal and paternal stimulation: Mediators of parenting intervention effects on preschoolers' development. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 60, 105-118.
- Lamb, M. (1981). Infant social cognition: Empirical and theoretical considerations, Cap 6. Individual differences in parental sensitivity: Origins, components and consequences. New Jersey, Lawrence Erlbaum associates.
- Mahoney, G., y Wiggers, B. (2007). The role of parents in early intervention: Implications for social work. *Children & Schools*, 29(1), 7-15.
- Máiquez, Ma. L. & Capote C. (2001). Modelos y enfoques en intervención familiar. *Intervención psicosocial: revista sobre igualdad y calidad de vida*. 10(2), 185-198.

- Mesman, J., y Emmen, R. A. (2013). Mary Ainsworth's legacy: A systematic review of observational instruments measuring parental sensitivity. *Attachment & Human Development*, 15(5-6), 485-506.
- Mexicanos Primero (2014). *Los invisibles: las niñas y los niños de 0-6 años*. México: mexicanos primero visión 2020, A.C
- Morales, P. (2011). El análisis factorial en la construcción e interpretación de test, escalas y cuestionarios. España: Madrid.
- Muñoz-Ledo, P. (2003). *Interacción cuidador - niño y su impacto en el desarrollo del niño con daño neurológico (tomo 1)*. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad Autónoma Metropolitana, D.F., México.
- Muñoz-Ledo, P., Cravioto, J., Méndez, R., Sánchez, C. y Mandujano, M. (2007) Interacciones madre-hijo y desarrollo infantil. Aportes teóricos y metodológicos de estudio en niños con antecedentes de daño neurológico perinatal. México: Serie Académicos CBS.
- Nicolás, E. (2008). *Relación entre participación materna, estimulación en el hogar y desarrollo cognitivo del niño con hipotiroidismo congénito*. (Tesis inédita de Maestría). Universidad Autónoma Metropolitana, D.F., México.
- Pérez, F y Olhaberry, M. (2014). Involucramiento del padre en la crianza: Una mirada triádica de las relaciones familiares tempranas. *Summa Psicológica UST*, 11(2), 9-18.
- Perpiñán, S. (2009). *Atención Temprana y familia: como intervenir creando entornos competentes*. España: Narcea.
- Peralta, M. y Fujimoto, G. (1998). La atención integral de la primera infancia en América Latina: ejes centrales y los desafíos para el siglo XXI. Santiago de Chile: Organización de Estados Americanos
- Polít, D., y Hungler, B. (1999). Investigación Científica en Ciencias de la Salud (6ta. ed.). México, DF.
- Programa de acción 2002-2010. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/01_marco_general.pdf

- Rabadán, S. (2014). *Diseño de un instrumento para evaluar la participación del cuidador primario en programas de atención temprana*. (Tesis inédita de Maestría). Universidad Autónoma Metropolitana, D.F., México.
- Ribes, E. (1985). El concepto de «estimulación precoz» y su relación con la investigación básica sobre adquisición de lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 5(3), 154-156
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human development*, 18(1-2), 65-79.
- Sampieri, R., Collado, C., Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6º ed). México: Mcgraw-hill.
- Sánchez, C y Mandujano M. (2014). *Apuntes para la historia de la asistencia social y la rehabilitación*. México: serie académicos CBS.
- Sánchez, C., Rivera, R., Figueroa, M. Sierra, J., Mandujano, M., Muñoz-Ledo, P., Soto, F., (2018). *Una propuesta para la construcción de la ciudadanía infantil: El cuidado integral y la prevención de discapacidad*. México: Serie Académicos
- Sánchez Pérez, Mandujano, R. y Rivera, R., Soto, F., Martínez, I., Figueroa, M. y Muñoz-Ledo, P., (2008) El desarrollo integral del niño en el ciclo de vida y su cuidado. *Revista de Ciencias Clínicas*, 9(2), 43-51.
- Sánchez, C., Rivera, R., Figueroa, M., Muñoz-Ledo, P., Romero, G., (2004). Desarrollo integral en el primer mes de vida. En M. Rodríguez y Udaeta, E. *Neonatología Clínica*. (pp.683-703) México: Mc GrawHill.
- Sánchez, C., Rivera, R., Figueroa, M., Muñoz-Ledo, P., (2004). Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo: Guía para la organización y procedimientos. CBS Manual
- Sánchez, C., Mandujano, M., Muñoz-Ledo, P., Romero, G., Rivera, R., y Granados, D. (2003a). Modelo de intervención temprana en las secuelas neurológicas de origen perinatal. En A. Poblano, *Detección y estimulación tempranas del niño con daño neurológico*. (pp. 45-65) México: Editores de textos mexicanos.

- Sánchez, C., Muñoz-Ledo, P., Mandujano, M., Romero, G., Nájera, R y Rivera, R. (2003b). El Desarrollo del Niño, Seguimiento e Intervención. *En T. Chávez. Neurodesarrollo Neonatal e Infantil: Un enfoque multi, inter y transdisciplinario para la prevención del daño*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Shonkoff, J., Meisels, S. (2000). *Handbook of early childhood intervention*. (2^oed). USA: Cambridge University Press.
- Soriano A. (2015). Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diá-logos*,14 (13), 19-40.
- Stolk, M., Mesman, J., Van Zeijl, J., Alink, L., Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M., y Juffer, F., (2008). Early parenting intervention aimed at maternal sensitivity and discipline: A process evaluation. *Journal of Community Psychology*, 36(6), 780-797.
- Tomasello, N., Manning, A., & Dulmus, C. (2010). Family-centered early intervention for infants and toddlers with disabilities. *Journal of Family Social Work*, 13(2), 163-172.
- Van Leer, B. (2001) La participación de los padres y madres en programas de desarrollo infantil temprano. *Espacio para la infancia*. (16) 4-9
- Vanderveen, J., Bassler, D., Robertson, C., y Kirpalani, H. (2009). Early interventions involving parents to improve neurodevelopmental outcomes of premature infants: a meta-analysis. *Journal of perinatology*, 29(5), 343.
- Vicente, V. (2006). *Participación materna y su relación con el desarrollo integral del niño con hipotiroidismo congénito en un programa de intervención temprana*. (Tesis inédita de Maestría). Universidad Autónoma Metropolitana, D.F., México.
- Velázquez, N. (2012). *Validación del contenido del "Registro de la Participación Materna" en la sesión de grupo de cuidado integral*. (Tesis inédita de Maestría). Universidad Autónoma Metropolitana, D.F., México.

GLOSARIO

Accesibilidad: se refiere a la disponibilidad de la madre para recibir las comunicaciones del niño. Una madre accesible es aquella que tiene a su hijo en su campo de conciencia perceptiva en todo momento, es capaz de dividir su atención entre el bebé y otras personas, cosas y actividades sin perder conciencia de él, puede cambiar su atención hacia él fácilmente si necesita su supervisión o protección o si el intenta llamar su atención. Toma precauciones para no tenerlo tan lejos, esta constantemente alerta y consciente de la actividad y/o señales del niño y responde a él la mayor parte del tiempo.

Ambiente ecológico: definido topológicamente como una disposición seriada d estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente (micro, meso, exo y macrosistemas)

Apego: necesidad biológica y relacional en la que el niño(a) busca seguridad y confort en un adulto en momentos de estrés

Comunicación: cualquier comportamiento convencional o no convencional, ya sea intencional o no, que tiene el efecto de despertar en un espectador la creencia de que un niño está tratando de transmitir un mensaje, hacer una demanda o solicitar algo a un espectador.

Conocimiento: estado de vigilia en que una persona es consciente de lo que lo rodea.

Conocimiento adquirido: resultado del aprendizaje del cuidador dentro del programa y a su capacidad para adquirir, seleccionar, asimilar, transformar e integrar el conocimiento nuevo obtenido en el programa, a su entorno y vida cotidiana en los diferentes escenarios.

Conocimiento previo: referente al aprendizaje que tiene el cuidador antes de ingresar en el programa. Este se pone de manifiesto durante cada sesión y es resultado de la cultura, educación, crianza, formación académica, nivel socioeconómico y experiencia, que le permiten la comprensión de las diferentes situaciones dentro del programa y los preceptos del mismo. Asimismo, implica la capacidad de resolver una situación determinada dentro del grupo en relación al niño, la actividad y su entorno.

Constructo: consideración teórica para resolver un problema científico determinado. Corresponde a una dimensión susceptible de evaluar que permite discriminar entre muchos elementos, dependiendo de las características de lo que se abstrae.

Contingencia: el reconocimiento que la madre establece seguido de la respuesta oportuna y eficaz para atender las necesidades del niño dentro de un periodo de tiempo razonablemente corto, después de que el niño ha mostrado sus señales (llanto o vocalizaciones).

Cuidado Integral del Niño: se relaciona con la capacidad de los padres para favorecer las trayectorias adecuadas del desarrollo, con su vigilancia, calidad de vida y bienestar de cada miembro que compone la familia.

Desarrollo Integral del Niño: la plena realización humana en un ciclo específico de la vida con la mayor calidad posible y en vistas de al ejercicio de la ciudadanía. (2008)

- La plena realización humana en un ciclo específico de la vida, en un proceso de evolución con calidad, dirigido hacia la conformación de la ciudadanía infantil. (2018)

Dominios de la actividad para la participación: condiciones necesarias donde se expresan competencias específicas (propias del niño, cuidador o del profesional), que se perfeccionan y diferencian en el tiempo incluyendo: construcción de una *identidad*

personal, capacidad para generar *autonomía*, *autocontrol* de actos y emociones, introyección de un lenguaje y abstracción de la realidad para el desarrollo de la *creatividad* mediante la interacción con el entorno.

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 estos entornos y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos.

Estimulación temprana del desarrollo infantil: todo tipo de acciones realizadas por la madre o cuidador principal, la familia o los especialistas en el desarrollo infantil, orientadas a favorecer en el niño las experiencias que necesita desde su nacimiento y desarrollar en la etapa infantil temprana todo su potencial físico, psicológico, intelectual y social.

Estructuras: partes anatómicas del cuerpo, como: órganos, extremidades y sus componentes.

Factor: equivalen a constructos hipotéticos o conceptos subyacentes, no observables directamente, deducidos de las correlaciones entre las variables.

Funcionamientos: son el resultado de la interacción entre el organismo (aspectos biológicos) y el medio ambiente (aspectos socioambientales) en constante evolución y que se manifiestan a lo largo del desarrollo como actividades propias del humano. Expresan las relaciones estables entre las funciones de diversas estructuras anatómicas del cuerpo humano y su necesidad de adaptación al medio, así como la organización integrada de múltiples funciones del SNC Y SNP que demuestre las interacciones del niño con el medio; autorregulación (autonómica, emocional y

afectiva, comunicación (escuchar, atención y lenguaje) cognición (inteligencia), interacción (mirar) y movilidad (control postural, movimiento y manipulación).

Habilidad: capacidad física e intelectual del cuidador para resolver problemas, incorporar conocimiento nuevo, asimilarlo y aplicarlo. La habilidad física implica la relación postural que guarda con respecto al niño y la actividad, identificar la necesidad de incorporar una postura o movimiento nuevo y su implicación en el desarrollo del niño o buscar alguna posición para favorecer una mejor participación del niño en la actividad.

Interacción: la relación de reciprocidad existente entre la madre y el niño, debido a lo cual la actividad de cada uno de ellos es determinada por la actividad del otro “a la acción de uno la acción del otro”.

Interés: componente de la motivación que está integrado por la variable de atención, cognición de la madre y con su capacidad análisis de información, que le permite al cuidador guiar su atención a partir del procesamiento de la información recibida hacia aquello que considera importante, ya sea el niño, la información proporcionada por el coordinador, la actividad a realizar u otras diadas.

Intervención temprana: la diferencia con estimulación temprana es que la intervención implica un diagnóstico previo de las condiciones de riesgo, con base en el cual se establecerá el tipo de manejo más adecuado.

Intervención Temprana del desarrollo Infantil: conjunto de acciones organizadas y sistemáticas, realizadas por la madre, cuidador principal o familia con asesoría y supervisión de especialistas en neurodesarrollo a partir de un diagnóstico previo de las alteraciones en el desarrollo que se orientan a la prevención de las alteraciones en el

desarrollo o secuelas neurológicas generadoras de discapacidad en niños de alto riesgo o con daño temprano al SNC

Motivación: proceso conductual influenciado por factores extrínsecos e intrínsecos en el cuidador primario, presente para dirigir su conducta hacia la consecución de los objetivos o metas que considera gratificantes.

Participación materna: grado de implicación dentro del grupo en relación con los principios básicos del programa a partir de diversas acciones, que involucran el despliegue de sus propias competencias en el manejo y cuidado del niño y su capacidad de ajustar su esquema previo con oportunidad de trasladarlo a su entorno para beneficio del niño y la familia.

Propósito: capacidad del cuidador de guiar su conducta de forma intencionada para cumplir con un objetivo específico, ya sea que lo haya identificado o se le han planteado, debido a que reconoce la importancia y la necesidad de conseguirlo.

Sensibilidad: capacidad de la madre para percibir e interpretar con precisión las señales y comunicaciones implícitas en el comportamiento de su bebé y para responder a ellas de manera adecuada y rápida. La sensibilidad materna tiene cuatro componentes esenciales; conocimiento de las señales, la interpretación precisa de ellas, una respuesta adecuada y pronta.

Validez: grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir.

ANEXO 1. MÓDULOS Y NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL PCIN

Tabla 3. Módulos y Niveles de construcción que conforman el Programa de Cuidado Integral del Niño.

Módulos de desarrollo	Niveles de desarrollo	No. Sesiones
Módulo I (0-4 meses): Organización	<p>Nivel 1. Regulación de ritmos, sueño-vigilia, alimentación, higiene, actividad neuromuscular (tono, postura, movimiento, actividad refleja), actividad sensoriomotriz (fijación y seguimiento visual en 180°, orientación y localización de la fuente sonora, prensión manual fase 1 y 2, primeras imitaciones guturales y paso de sonrisa refleja a social con el cuidador).</p> <p>Nivel 2. Sostén cefálico.</p> <p>Nivel 3. Estabilidad del tronco.</p> <p>Nivel 4. Sentado y manejo bi-manual.</p>	6
Módulo II (4-8 meses): Construcción de grupos prácticos, primeros desplazamientos: giro en pivote, cambios de decúbito a partir del rodamiento y arrastre.	<p>Nivel 5. Desplazamientos especiales (giro a partir de la posición sedente, rodamiento, gateo).</p> <p>Nivel 6. Manipulación, prensión dígito-radial a tipo pinza inferior.</p> <p>Nivel 7. Imitación de palabras familiares, expresión con contenido de petición.</p>	8
Módulo III (8-12 meses): Estadio cognitivo de coordinación de esquemas.	<p>Nivel 8. Consolidación de desplazamientos con marcha, reacciones de equilibrio y defensa como avances en construcción espacial.</p> <p>Nivel 9. Prensión tipo pinza, relación inter-objetal.</p> <p>Nivel 10. Inicia actividades cotidianas de independencia.</p>	4
Módulo IV (12-16 meses): Inicia estadio cognitivo de reacciones circulares terciarias.	<p>Nivel 11. Coordinación motriz gruesa y fina.</p> <p>Nivel 12. Construcción del esquema corporal.</p> <p>Nivel 13. Organización de actividades que favorezcan procesos de atención.</p>	4
Módulo V (16-20 meses): Estadio cognitivo de reacciones circulares terciarias.	<p>Nivel 14. Organización y regulación de actividades que favorezcan procesos de atención, imitación de sonidos y palabras nuevas no familiares.</p> <p>Nivel 15. Manejo de espacios con cambio de planos, actividades psicomotrices que incluyan manejo de ritmos, intensidad, juego paralelo. Inicia juego simbólico.</p>	4
Módulo VI (20-24 meses): Estadio cognitivo de coordinación de nuevos esquemas.	<p>Nivel 16: Adquisición de conceptos relacionados con el sensoriomotriz (arriba-abajo, alto, rápido-despacio, largo-corto, abierto-cerrado, fuerte, frío-caliente, dormido-despierto).</p> <p>Nivel 17: Adquisición de conceptos relacionados al inicio del período pre-operacional (circulo-cuadrado, sucio-limpio, mojado-seco, fuerte-queda, pesado, adelante-atrás, alto-bajo).</p>	4

ANEXO 2. FORMATO DE OBSERVACIÓN MATERNA/CUIDADOR DE MUÑOZ-LEDO Y SÁNCHEZ (1990)

FORMATO DE OBSERVACIÓN MATERNA / CUIDADOR

Nombre del Niño..... N° Expediente.....
 Fecha de Naclmiento..... Sexo: Edad de Ingreso:.....
 Resumen clínico:.....
 Nombre de la madre..... Edad:
 Nombre del cuidador..... Parentesco..... Edad:
 Situación socioeconómica:.....

Variables <i>Indicadores</i>	Fecha																			
	Edad																			
I. Nivel de motivación																				
1. Asistencia	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
2. Puntualidad	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
3. Participación	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
II. Nivel de conocimientos adquiridos																				
1. Manejo de Información	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
2. Consideración sobre su papel en el programa	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
III. Características del manejo físico																				
1. Posición	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
2. Secuencia	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
3. Características del manejo físico.	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
4. Orientación integrativa.	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
IV. Nivel afectivo.																				
1. Expresiones de afecto.	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
2. Comunicación verbal.	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
3. Respuesta ante las demandas del niño.	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
4. Perfil psicológico	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
5. Actitud ante la Evolución del niño	a) Sesión Grupal																			
	b) Sesión Individual																			
	Subtotal																			

**ANEXO 3. INDICADORES TOMADOS DE DIFERENTES INSTRUMENTOS GÓMEZ, MEZA
Y ROSAS (1998)**

INDICADORES UTILIZADOS DE DIFERENTES INSTRUMENTOS				
AINSWORTH	BAILEY	DUNST	SCHAFFER	SANCHEZ-MUÑOZLEDO
1) Sensibilidad-insensibilidad	1) Sensibilidad hacia el niño 2) Respuesta a las necesidades del niño 3) Interrelación emocional con el niño 4) Respuestas afectivas de la madre 5) Tolerancia hacia la conducta del niño 6) Expresiones de afecto hacia el niño			1) Respuesta ante las demandas del niño
2) Aceptación-rechazo				NIVEL AFECTIVO 2) Expresiones de afecto 3) Actitud ante la evolución del niño
3) Cooperación-interferencia	8a) Reac de la madre a niv. de ejec. del niño 8b) dificultad del niño en lo que tiene que hacer 9) Cooperación con el examinador	CONDUCTAS NO VERBALES 1) Activar objeto 2) Recuperar objeto 3) Mostrar objeto 4) Señalar objeto 5) Dar objeto 6) Pedir objeto 7) Tomar objeto 8) Sostener objeto 9) Elicitar activación- objeto 10) Poner objeto fuera de alcance	1) Facilitativa 2) Elaborativa 3) Iniciación 4) Elicitación	NIVEL MOTIVACIONAL 1) Asistencia 2) Puntualidad 3) Participación
4) Disponibilidad-desentendimiento	10) Respuesta a la entrevista 11) Impresión del exam. Sobre la madre 12) Interés en el nivel de ejecución del niño	CONDUCTAS VOCALES 1) Vocaliza al niño 2) Vocaliza en respuestas	1) No comprometida 2) Observador pasivo 3) Responsividad verbal	NIVEL AFECTIVO N.CON.ADQ 1) Consideración de su papel en el programa 2) Comunicación verbal 3) Perfil psicológico
Intervenciones físicas	14) Cantidad de contacto físico con el niño 15) Tipo de contacto físico con el niño	CONTACTOS 1) Madre se aproxima al niño 2) Madre se retira del niño 3) Madre confronta al niño 4) Madre sostiene al niño	1) Responsividad física 2) Fase	CARACTERÍSTICAS DEL MANEJO FÍSICO 1) Posición 2) Secuencia 3) Características del manejo físico
Libertad de movimientos	16) Control del niño durante el examen		1) Control 2) Directiva 3) Terminación de la conducta	

**ANEXO 4. CATEGORÍAS, SUBCATEGORÍAS Y DIMENSIONES DEL COMPORTAMIENTO
MATERNO DE GÓMEZ M., MEZA, C Y ROSAS, L. (1998).**

CATEGORÍAS	VARIABLES	INDICADORES
CONOCIMIENTO	- Conocimiento sobre la condición del niño	1. Expresión de la problemática 2. Observación de signos 3. Observación del comportamiento
	- Conocimiento sobre el programa	4. Información de la atención que recibe o recibirá y su importancia 5. Información de la atención que recibió
	- Conocimientos sobre contenidos de aprendizaje	6. Información sobre los temas tratados en los grupos y en el manual
	- Conocimiento sobre los cambios del niño	7. Avances 8. Obstáculos
	- Conocimiento sobre el papel materno o del cuidador en el programa	9. Delega tareas y responsabilidades 10. Asume tareas y responsabilidades 11. Asume tareas, responsabilidades y reconoce sus capacidades
MOTIVACIÓN	- Interés	12. Atiende la información 13. No atiende
	- Participación	14. Espontánea 15. Respuesta a pregunta indirecta 16. Respuesta a pregunta directa 17. No participa
EXPRESIONES EMOCIONALES DEL CUIDADOR	- Sensibilidad hacia las demandas del niño	18. Reconocimiento de las demandas y respuestas adecuadas 19. Reconocimiento de las demandas y respuestas adecuadas en algunas ocasiones 20. Reconocimiento de las demandas y respuestas inadecuadas 21. Sin reconocimiento de demandas
	- Expresiones de afecto	22. Verbal 23. Física 24. Sin muestras de afecto
	- Estados emocionales desencadenados por la problemática del niño	25. Manifestaciones verbales de angustia 26. Confusión, incertidumbre, temor, preocupación 27. Rechazo 28. Tranquilidad
NIVEL DE HABILIDAD	- Utilización de técnicas y estrategias	29. Con técnica adecuada 30. Con técnica inadecuada 31. Sin técnica 32. Propicia y participa 33. Propicia o participa 34. No propicia ni participa

ANEXO 5. ESTRUCTURA DE EPARMAT PROPUESTO POR RABADÁN (2014)

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA 1	DESCRIPCION DEL COMPONENTE	SUBCATEGORÍA 2
MOTIVACIÓN	Interés	Identifica el objeto de atención hacia el que se dirige mi conducta motivada	CP-niño CP-actividad CP-coordinador
	Propósito	Establece el objetivo planteado a partir del objeto de atención.	CP-niño CP-actividad CP-coordinador
	Actitud	Despliegue de la conducta a partir de la disposición mental	Corporal Verbal

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA 1	DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE	SUBCATEGORÍA 2
INTERACCIÓN	Comunicación	Intercambio entre el CP-niño durante la sesión a través de lenguaje oral (arrullos, canto, etc.)	Verbal
		Intercambio entre el CP-niño durante la sesión a través del contacto físico. (Caricia, abrazo, etc.)]	Física

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA 1	DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE	SUBCATEGORÍA 2
HABILIDAD	Física	Capacidad del CP para manejar su propio cuerpo y el del niño en relación a la posición y postura que mejor favorezca sus construcciones al realizar determinado proceso en la actividad.	Manejo CP-niño
	Intelectual	Capacidad del CP para desplegar el conocimiento que posee a partir de su experiencia y bagaje cultural en relación al manejo del niño y de incorporar y ajustar la información propuesta durante la sesión para conseguir el objetivo planteado de acuerdo a sus necesidades.	Conocimiento Previo Conocimiento adquirido
	Socio – emocional (Capacidad para expresar y percibir pensamientos y/o sentimientos propios y de los implicados durante la sesión.	Análisis Organización

ANEXO 6. RESULTADOS DEL ANÁLISIS EXPLORATORIO

Consistencia interna inicial

Esta propiedad psicométrica se refiere al grado de congruencia del instrumento para medir el atributo que supuestamente debe medir (Polit y Hungler,1999). La confiabilidad de un instrumento se expresa en coeficientes, que expresan la consistencia (intercorrelación) entre los distintos indicadores que lo integran y que miden la misma característica. El método más utilizado es el coeficiente Alfa de Cronbach. El margen esperado aceptable para este coeficiente oscila entre 0.7-0.9, considerando el valor de 0.7 como aceptable, de 0.8 - 0.9 bueno (Carvajal *et al*, 2011). De acuerdo con Sampieri (2014) el valor máximo esperado es de 0.90, por encima de este valor se considera que hay redundancia y duplicación en lo que pretenden medir los indicadores, por lo tanto, deben eliminarse o modificarse. De igual manera, los coeficientes son sensibles al número de ítems; a mayor número de ítems, mayor valor del coeficiente.

Los valores del coeficiente de Alfa de Cronbach se consideraron como altos. En la categoría de motivación se obtuvo un valor de 0.91 (*tabla 1*), en la categoría de interacción de 0.93 (*tabla 2*) y en habilidad de 0.93. (*tabla 3*). La confiabilidad total del instrumento fue de 0.97.

El valor obtenido de cada indicador osciló entre .96 y .97, lo que indicó redundancia en la conducta a evaluar de algunos indicadores, ya que la variabilidad de las diferencias individuales de los indicadores se explicó en un 96-97%.

Validez inicial

Mediante el análisis factorial se analizó la varianza común de todos los indicadores, observada en una matriz de correlación. Se observó su tendencia para agruparse en tres factores dependiendo de su peso factorial, en este caso representado por las categorías que conforman el instrumento.

A continuación, se muestran los valores de alfa de Cronbach de cada indicador por categoría y su peso factorial en cada uno de los factores.

CATEGORÍA MOTIVACIÓN				
INDICADOR	ALFA	CARGA FACTORIAL		
		F.1	F.2	F. 3
1. El CP llegó a la sesión de manera puntual.	0.97	0.0959	0.1015	0.3637
2. El CP dirige su atención hacia el niño, está al pendiente de él, lo observa.	0.97	0.4916	0.1840	0.2611
3. El CP orienta las acciones del niño oportunamente durante la sesión.	0.96	0.6224	0.2592	0.3568
4. El CP logra tener la atención del niño durante la sesión y establece contacto con él.	0.96	0.5105	0.3082	0.1707
5. EL CP dirige su atención hacia el coordinador cuando da las indicaciones generales y/o específicas (se muestra atento al escucharlo, lo mira, asiente, etc).	0.96	0.6034	0.1815	0.2554
6. El CP se involucra en la actividad y busca llevarla a cabo de acuerdo a lo planteado.	0.96	0.6583	0.2261	0.1793
7. El CP genera que el niño realice las acciones según sus competencias.	0.96	0.6994	0.2874	0.1440
8. El CP despliega una serie de acciones para integrar al niño a la actividad.	0.96	0.6638	0.2700	0.0929
9. El CP orienta las acciones del niño sin restarle oportunidad de realizar el mismo la actividad.	0.96	0.7092	0.2107	0.0872
10. El CP permite al niño explorar, crear y/o proponer alguna iniciativa de acción con el material durante la actividad, sin perder el objetivo establecido.	0.97	0.6574	0.1745	0.0561
11. El CP se muestra activo para aprender lo que el coordinador le transmite durante la sesión.	0.96	0.5787	0.1943	0.2532

12. El CP busca que el niño realice la(s) actividad (s), genera acciones durante la sesión para que se lleven a cabo de acuerdo a lo planteado.	0.96	0.6906	0.2327	0.1857
13. El CP busca que la actividad se realice de acuerdo a lo planteado sin ponerlo como prioridad sobre las necesidades y acciones del niño, se da cuenta de sus competencias, habilidades y lo orienta sin presionarlo.	0.97	0.5940	0.0810	0.1905
14. La actitud corporal del CP con respecto al niño denota emociones positivas (mirada, gestos, movimientos corporales, acercamientos, contacto, etc. denotan alegría, seguridad, confianza, orgullo, tranquilidad).	0.96	0.5654	0.3477	0.2411
15. Durante la sesión sus comentarios, opiniones, diálogo, en general cualquier forma de expresión a través del lenguaje denota emociones positivas hacia el niño.	0.96	0.3684	0.5004	0.2857
16. El CP implementa estrategias de sesiones anteriores, comenta sobre actividades que realiza en casa y cómo le han funcionado o no.	0.97	0.1455	0.4071	0.5346
17. Durante la sesión sus comentarios, opiniones, diálogo y en general cualquier forma de expresión a través del lenguaje denota emociones positivas hacia el coordinador, otros padres o el programa.	0.97	0.0314	0.5858	0.3588

Tabla 1. Valor del coeficiente alfa de Cronbach y carga factorial de cada indicador en los tres factores, correspondientes a la categoría de motivación. El análisis factorial indica el grado de correlación de cada indicador con cada factor.

CATEGORÍA INTERACCIÓN				
# INDICADOR	ALFA	CARGA FACTORIAL		
		F.1	F.2	F. 3
18. Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que desea expresar.	0.96	0.4079	0.5151	0.2935
19. Establece comunicación con el niño a través del contacto físico, el cual le denota afecto y es adecuado para el contexto.	0.96	0.3281	0.5281	0.4557
20. Establece una adecuada comunicación física con el niño, no se limita a una acción (lo carga, lo besa, lo acaricia, etc.)	0.96	0.2923	0.5656	0.2554
21. Busca la mirada del niño, lo ve y le sonríe, le hace gestos, le aplaude, etc. Hace estas acciones de manera oportuna dentro del contexto.	0.96	0.3639	0.6755	0.1669
22. Establece comunicación verbal con el niño durante la sesión que denota afecto.	0.96	0.2702	0.6716	0.3396
23. Le habla para alabarlo, felicitarlo, al realizar una acción considerada satisfactoria, el esfuerzo por hacer la actividad, etc., adecuado para el contexto sin interferir la acción.	0.96	0.0936	0.6131	0.3886
24. Busca que lo vea al momento de hablarle o dirigirse a él.	0.96	0.3741	0.6326	0.0993
25. El CP establece adecuada comunicación verbal con el niño. El lenguaje que utiliza para comunicarse con el niño es claro y adecuado para él y lo que le desea expresar.	0.96	0.3931	0.6779	0.2344
26. Utiliza diferentes tonos de voz, acorde a lo que le desea expresar (aprobación, desaprobación, etc.)	0.97	0.2221	0.6823	0.0604
27. Le habla durante la sesión, le platica, nombra objetos, juguetes, propicia el lenguaje del niño.	0.96	0.2026	0.7315	0.2638
28. Utiliza palabras o frases adecuadas para su edad. Su lenguaje está acorde con el contexto del niño.	0.96	0.3358	0.7105	0.1947
29. Es adecuado el ritmo y cantidad de lenguaje, no lo satura.	0.96	0.3730	0.5830	0.1756

Tabla 2. Valor del coeficiente alfa de Cronbach y carga factorial de cada indicador en los tres factores, correspondientes a la categoría de interacción. El análisis factorial indica el grado de correlación de cada indicador con cada factor.

CATEGORÍA HABILIDAD				
# INDICADOR	ALFA	CARGA FACTORIAL		
		F.1	F.2	F. 3
30. El cuidador mantiene una relación postural óptima con el niño para facilitarle la actividad o ayudarlo si es necesario.	0.96	0.6504	0.3860	0.0035
31. La posición del cuidador es óptima para dirigirse al niño, hacerle algún gesto, darle alguna indicación o manipularlo.	0.96	0.6115	0.4411	0.1238
32. Su relación postural denota protección y cuidado. Está dirigida a prevenir algún riesgo o caída.	0.96	0.6702	0.2209	0.1610
33. Cuida la posición del niño, siguiendo las indicaciones del coordinador, observa los detalles de la posición según la indicación, toma las precauciones para evitar posición inadecuada.	0.96	0.6645	0.1949	0.2430
34. El cuidador reconoce que las posiciones primariamente indicadas le están permitiendo al niño cumplir los objetivos de la actividad, si no es así busca diferentes alternativas de posición para aconsejar el objetivo planteado con la actividad y el mayor éxito en el proceso de ejecución del niño.	0.96	0.6431	0.1711	0.3751
35. Le permite movimiento libre y oportunidad de experimentar el movimiento de su cuerpo, o buscar la mejor posición para él. No le dirige en exceso su acción.	0.96	0.5461	0.2765	0.1919
36. Es capaz de prestar solo la ayuda necesaria para que el niño realice la actividad, sin llegar a irritarlo o restarle oportunidad. Conoce y reconoce sus habilidades.	0.96	0.6550	0.2609	0.2273
37. Conoce y explica los problemas de desarrollo del niño y sus dificultades presentes en la actividad.	0.96	0.4378	0.4959	0.2161
38. Logra transmitir sus dudas, comentarios sobre aciertos o dificultades presentes en la actividad.	0.96	0.3005	0.4229	0.4400
39. Es capaz de inferir riesgos, los previene y/o evita que se desarrollen o soluciona de manera oportuna, ya sea proporcionando seguridad al niño o alejando oportunamente del riesgo.	0.96	0.6089	0.2570	0.2728

40. Es capaz de integrar la información recibida y transmitirla en su entorno.	0.96	0.3538	0.4339	0.4034
41. El CP habla sobre los logros obtenidos en la sesión de manera acertada, es capaz de notar adecuadamente aciertos del niño.	0.96	0.3102	0.3893	0.5672
42. El CP habla sobre las dificultades que presentó el niño durante la sesión de manera acertada.	0.96	0.2333	0.3773	0.6165
43. Logra expresar sus emociones, pensamientos, sentimientos durante la sesión ya sea hacia el coordinador u otros padres.	0.97	0.1989	0.5658	0.2260
44. Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que le desea expresar.	0.96	0.3414	0.4961	0.4266
45. Identifica claramente los estados de ánimo de su niño, los menciona.	0.97	0.1469	0.0998	0.4480
46. Responde adecuadamente a los estados de ánimo de su niño.	0.96	0.5103	0.2781	0.5773
47. Identifica y atiende las necesidades del niño (hambre, sed, calor, sueño, etc.).	0.96	0.4188	0.1501	0.6014
48. Es capaz de poner atención a la indicación, a la actividad, los comentarios, etc., sin abstraerse totalmente en el niño.	0.96	0.5964	0.2438	0.3108
49. El CP asimila y aplica la información proporcionada por el coordinador en relación a las sugerencias o comentarios dirigidos hacia su diada de manera específica.	0.96	0.6277	0.3165	0.3258
50. Modula conductualmente al niño, percibe sus señales y da respuesta a ellas en el contexto de la actividad.	0.96	0.5724	0.2951	0.3902

Tabla 3. Valor del coeficiente alfa de Cronbach y carga factorial de cada indicador en los tres factores, correspondientes a la categoría de habilidad. El análisis factorial indica el grado de correlación de cada indicador con cada factor.

Los indicadores con más peso en cada factor fueron los que lo definieron y tienen correlaciones claras significativas entre si y bajas con otros, correspondientes a otros factores.

En la matriz de correlación del análisis factorial, se observaron indicadores que presentaron pesos altos en uno o más factores, considerando como valor significativo

mayor de .30. La similitud de la conducta a evaluar en el análisis cualitativo y su relación con el análisis factorial se muestra en la *Tabla 4*.

INDICADOR ANALIZADO	CORRELACIÓN CON INDICADOR #	VALOR	CORRELACIÓN CON INDICADOR #	VALOR	CORRELACIÓN CON INDICADOR #	VALOR
3	7	.6566	8^	.6278	9	.6123
7	12	.6142	36*	.6120		
18	19^	.6760				
19	20	.6327	22*	.6579		
20	22*	.6424				
21	24	.6069	28*	.6372		
22	23*	.6179	25	.6477	27*	.6465
24	31*	.6115				
25	27^	.6642	28	.6804	29	.6475
27	28^	.7193				
28	29	.7835				
30	31	.7221				
31	32*	.6210				
32	39	.6594				
33	34	.6880	49*	.6180		
34	46*	.6171				
36	49*	.6202				
38	40	.6034				
40	41*	.6235				
41	42^	.6991				
46	47^	.6829	50	.6783		
47	50*	.6254				
49	50*	.6007				

Tabla 4. Correlación entre indicadores. En la primera columna se representa el numero de indicador principal en el análisis y en la columna 2,4 y 6 se muestran los indicadores con los que presentó correlación. (^) representa a los indicadores con un valor alto de correlación,

pero sin relación en la descripción de la conducta a evaluar en el manual de aplicación. ^ indicadores con alto valor de correlación, descripción similar en el manual de aplicación, pero que ameritan dejarse como dos diferentes indicadores.

A continuación, se muestran las tablas de comparación del análisis cualitativo y cuantitativo, con la descripción del indicador para observar su similitud.

INDICADORES CON CORRELACIÓN	INDICADOR	VALOR
3,7 y 9	<p>3. El cuidador primario orienta las acciones del niño oportunamente durante la sesión.</p> <p>Descripción: El CP orienta la acción del niño considerando el proceso de ejecución que está llevando a cabo, es capaz de reconocer los aciertos o logros del niño e inferir oportunamente las necesidades o dificultades presentes en su acción interviniendo sin restarle oportunidad ni desorganizarlo.</p>	Con relación al 3
	<p>7. El CP genera que el niño realice las acciones según sus competencias</p> <p>Descripción: El cuidador durante la actividad guía las acciones del niño de acuerdo a sus competencias y lo que busca desarrollar en él. Las estrategias que tiene el cuidador respetan la acción del niño</p>	.6566
	<p>9. El CP orienta las acciones del niño sin restarle oportunidad de realizar el mismo la actividad.</p> <p>Descripción: El cuidador orienta la acción del niño durante la actividad, respetando su ritmo y dándole oportunidad de desplegar sus competencias. No le resta oportunidad de acción. El cuidador reconoce las competencias del niño y sus dificultades.</p>	.6123

8,12 y 13	<p><i>8 El CP despliega una serie de acciones para lograr integrar al niño a la actividad.</i></p> <p>Descripción: El cuidador genera estrategias, es creativo, tiene herramientas para hacer llamativa la actividad e integrar al niño a la misma.</p>	Con relación al 12 .5936
	<p><i>12 El CP busca que el niño realice la(s) actividad(es), genera acciones durante la sesión para que se lleven a cabo de acuerdo a lo planteado.</i></p> <p>Descripción: El cuidador genera acciones y despliega estrategias para que el niño realice las actividades de acuerdo al proceso planteado ya que comprende el objetivo de la actividad y busca conseguirlo. (...)</p>	
	<p><i>13 El CP busca que la actividad se realice de acuerdo a lo planteado sin ponerlo como prioridad sobre las necesidades y acciones del niño, se da cuenta de sus competencias y habilidades y lo orienta sin presionarlo.</i></p> <p>Descripción: El cuidador busca que la actividad se lleve a cabo de acuerdo a lo planteado por el coordinador, comprende la importancia de la actividad en relación al objetivo que se persigue al realizarla. Sin embargo, aunque tiene como objetivo realizar la actividad, no olvida el proceso de ejecución del niño y respeta sus necesidades.</p>	.4742
18 y 44	<p><i>18. Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que le desea expresar.</i></p> <p>Descripción: El CP le transmite al niño adecuadamente sus distintas emociones y se las hace notar. Si le desea transmitir su enojo, felicidad, aprobación, etc., varía su gesto, sus movimientos, ademanes, etc., mostrando una clara congruencia su acción con su emoción</p>	.5909

	<p><i>44 Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que le desea expresar</i></p> <p>Descripción: El CP es claro al expresar sus emociones hacia el niño, le permite conocer su sentir con respecto a determinadas acciones relacionadas o no con el niño y lo expresa de manera acertada a través del lenguaje, sus acciones, tono de voz, gestos, frases, etc. Le transmite adecuadamente la emoción, mantiene congruencia su acción con lo que desea expresar. Expresa abiertamente sus emociones, si está cansada, preocupada, feliz, triste, etc.</p>	
25 y 29	<p>25 El CP establece adecuada comunicación verbal con el niño. El lenguaje que utiliza para comunicarse con el niño es claro y adecuado para él y lo que le desea expresar.</p> <p>Descripción: El CP le habla al niño de manera clara, y lo hace de acuerdo a lo que desea expresar en el momento adecuado y oportuno.(...)</p>	.6475
	<p>29. Es adecuado el ritmo y cantidad de lenguaje que utiliza, no lo satura.</p> <p>Descripción: El CP le habla al niño sin saturarlo, le transmite lo que le desea expresar de manera clara, siendo su lenguaje adecuado en ritmo y cantidad</p>	
30 y 31	<p>30. El cuidador mantiene una relación postural óptima con el niño para facilitarle la actividad o ayudarle si es necesario.</p> <p>Descripción: El cuidador adopta una posición óptima, identifica adecuadamente la necesidad de postura, manipulación y movimiento del niño para realizar la actividad y la importancia de su apoyo hacia él durante su acción. (...)</p>	.7221
	<p>31.La posición del cuidador es óptima para dirigirse al niño, hacerle algún gesto o darle alguna indicación.</p> <p>Descripción: El cuidador reconoce adecuadamente la relación postural óptima para dirigirse hacia el niño, hacerle algún gesto o darle alguna indicación. (...)</p>	
32 y 39	<p>32. Su relación postural denota protección y cuidado. Está dirigida para prevenir algún riesgo o caída.</p> <p>Descripción: El cuidador identifica riesgos al realizar alguna acción por lo que es capaz de guardar una relación postural que permita demostrar protección al niño y reaccionar oportunamente de ser necesario(...)</p>	.6594

	<p>39. Es capaz de inferir riesgos, los previene, los evita y/o soluciona de manera oportuna, ya sea proporcionando seguridad al niño o alejando oportunamente del riesgo.</p> <p>Descripción:El CP reconoce de manera oportuna situaciones u objetos que representan peligro para el niño, logra inferir, es perceptivo y actúa ya sea alejando el riesgo, proporcionando seguridad al niño o le explica sobre el riesgo buscando que tenga un aprendizaje</p>	
33 y 34	<p>33. Cuida la posición del niño, siguiendo las indicaciones del coordinador, observa los detalles de la posición según la indicación, toma las precauciones para evitar posición inadecuada.</p> <p>Descripción: El cuidador está atento a la importancia de las indicaciones del coordinador sobre la posición del niño, por lo que cuida detalles relacionados con la posición que adopta. (...)</p>	.4367
	<p>34. El cuidador reconoce que las posiciones indicadas permiten al niño cumplir los objetivos de la actividad. Si no es así, busca diferentes alternativas de posicionamiento para conseguir el objetivo planteado y el mayor éxito en el proceso de ejecución del niño.</p> <p>Descripción: El cuidador es capaz de reconocer que las posiciones indicadas por el coordinador atienden a la necesidad, comodidad y mejor posicionamiento del niño para el logro de las actividades, y cuando la posición del niño no permite alcanzar el objetivo y/o el proceso de ejecución planteado busca alternativas.(...)</p>	.

Tabla 5. Indicadores con alta correlación, indicador por escrito, tal cual se presenta en el instrumento, descripción del indicador en el manual de calificación y su valor de correlación.

Los resultados del análisis de correlación también mostraron indicadores con correlación que no fueron identificados en el análisis cualitativo, algunos de ellos evalúan conductas similares y otras conductas diferentes, hecho que se abordará en la discusión. Los resultados se muestran en la tabla 6.

INDICADORES CON CORRELACIÓN	INDICADOR	VALOR
3,9,7 y 8	3. El cuidador primario orienta las acciones del niño oportunamente durante la sesión <i>Descripción: ----</i>	Con relación al 9 .6123
	7. El CP genera que el niño realice las acciones según sus competencias <i>Descripción: ----</i>	.6710
	9. El CP orienta las acciones del niño sin restarle oportunidad de realizar el mismo la actividad. <i>Descripción: ----</i>	
	8 El CP despliega una serie de acciones para lograr integrar al niño a la actividad. <i>Descripción: ----</i>	.6284
6 y 12	6. El CP se involucra en la actividad y busca llevarla a cabo de acuerdo a lo planteado. <i>Descripción:</i> El cuidador se involucra en las actividades y muestra interés en la ejecución de las mismas. Lo importante es observar una clara disposición del cuidador a realizar todas o la mayoría de las actividades de la sesión, según el proceso planteado por el coordinador.	.6432
	12. El CP busca que el niño realice la(s) actividad(es), genera acciones durante la sesión para que se lleven a cabo de acuerdo a lo planteado. <i>Descripción:</i> El cuidador genera acciones y despliega estrategias para que el niño realice las actividades de acuerdo al proceso planteado ya que comprende el objetivo de la actividad y busca conseguirlo. (...)	
7 y 12	7.El CP genera que el niño realice las acciones según sus competencias. <i>Descripción: ----</i>	.6142

18 y 19	<p>18. <i>Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que le desea expresar.</i></p> <p>Descripción: El CP le transmite al niño adecuadamente sus distintas emociones y se las hace notar. Si le desea transmitir su enojo, felicidad, aprobación, etc., varia su gesto, sus movimientos, ademanes, etc., mostrando una clara congruencia su acción con su emoción.</p>	.6760
	<p>19. <i>Establece comunicación con el niño a través del contacto físico, el cual le denota afecto y es adecuado para el contexto.</i></p> <p>Descripción: Durante la sesión el CP tiene muestras de afecto hacia el niño, a través de caricias, besos, abrazos, etc., cualquier contacto físico que tenga una connotación favorable para el niño y sea adecuada para el momento. Sus demostraciones físicas no interfieren con sus acciones</p>	
19 y 20	<p>19. <i>Establece comunicación con el niño a través del contacto físico, el cual le denota afecto y es adecuado para el contexto.</i></p> <p>Descripción: ----</p>	.6327
	<p>20. <i>Establece una adecuada comunicación física con el niño, no se limita a una acción, es decir, lo carga, lo besa, lo acaricia, etc.</i></p> <p>Descripción: El repertorio que tiene el CP para entablar comunicación con el niño, establecer contacto con él, se manifiesta en diferentes acciones que realiza como pueden ser besarlo, cargarlo, acariciarlo, etc. Establecer una comunicación física adecuada también hace referencia a la calidad de las expresiones en relación al momento oportuno en el contexto.</p>	
19 y 22	<p>19. <i>Establece comunicación con el niño a través del contacto físico, el cual le denota afecto y es adecuado para el contexto.</i></p> <p>Descripción: ----</p>	.6579
	<p>22. <i>Establece comunicación verbal con el niño durante la sesión que denota afecto.</i></p> <p>Descripción: El CP le habla al niño, le explica sobre las acciones que van a realizar en el juego o actividad planteada por el coordinador, lo dirige durante la actividad demostrándole paciencia, calma, tranquilidad.</p>	

20 y 22	<p>20. Establece una adecuada comunicación física con el niño, no se limita a una acción, es decir, lo carga, lo besa, lo acaricia, etc.</p> <p><i>Descripción: ----</i></p> <hr/> <p>22. Establece comunicación verbal con el niño durante la sesión que denota afecto.</p> <p><i>Descripción: ---</i></p>	.6424
21 y 24	<p>21. Busca la mirada del niño, lo ve y le sonrío, le hace gestos, le aplaude, etc. Hace estas acciones de manera oportuna dentro del contexto.</p> <p><i>Descripción:</i> El CP mantiene contacto con el niño sin necesidad de acercamientos físicos, busca su mirada, le sonrío, gesticula, le aplaude. Busca llamar la atención del niño, no perder contacto con él por largos periodos. Lo hace adecuado para el contexto del niño, respetando su acción o actividad realizada. A través de esta acción le hace saber al niño que está pendiente de él y de sus acciones.</p> <hr/> <p>24. Busca que lo vea al momento de hablarle o dirigirse a él.</p> <p><i>Descripción:</i> El CP comprende la importancia del lenguaje y el establecimiento de una comunicación acertada en cada etapa del niño. Cuando el niño inicia la adquisición del lenguaje es por imitación y más adelante es para confirmar una recepción adecuada del mismo. Por lo cual busca mirar al niño y que él lo mire al momento de transmitirle un mensaje.</p>	.6069
22 y 23	<p>22. Establece comunicación verbal con el niño durante la sesión que denota afecto.</p> <p><i>Descripción: ---</i></p> <hr/> <p>23. Le habla para alabarlo, felicitarlo, al realizar una acción considerada satisfactoria, como el esfuerzo por hacer la actividad, etc., adecuado para el contexto sin interferir la acción</p> <p><i>Descripción:</i> El CP reconoce los logros, aciertos y esfuerzo en las acciones que el niño realiza a través de comentarios, alabanzas, felicitaciones, aplausos, etc., y se lo hace saber de manera oportuna, no interfiriendo o desorganizando su acción.</p>	.6179

22 y 25	<p>22. Establece comunicación verbal con el niño durante la sesión que denota afecto.</p> <p><i>Descripción: ---</i></p> <p>25. El CP establece adecuada comunicación verbal con el niño. El lenguaje que utiliza para comunicarse con el niño es claro y adecuado para él y lo que le desea expresar</p> <p><i>Descripción:</i> El CP le habla al niño de manera clara, y lo hace de acuerdo a lo que desea expresar en el momento adecuado y oportuno.</p>	.6477
22 y 27	<p>22. Establece comunicación verbal con el niño durante la sesión que denota afecto.</p> <p><i>Descripción: ---</i></p> <p>27. Le habla durante la sesión, le platica, nombra los objetos, juguetes, propicia el lenguaje del niño.</p> <p><i>Descripción:</i> El CP propicia el lenguaje del niño, al iniciar alguna actividad le habla, le describe objetos, remarca características de un juguete, nombra cosas, etc. En general le muestra y le hace conocer lo que está y ocurre a su alrededor a través del lenguaje. Lo importante es el promover el lenguaje a través de nombrar, hablarle, describir, no la claridad con la que envía el mensaje.</p>	.6455
24 y 31	<p>24. Busca que lo vea al momento de hablarle o dirigirse a él.</p> <p><i>Descripción: ---</i></p> <p>31. La posición del cuidador es óptima para dirigirse al niño, hacerle algún gesto o darle alguna indicación.</p> <p><i>Descripción:</i> El cuidador reconoce adecuadamente la relación postural óptima para dirigirse hacia el niño, hacerle algún gesto o darle alguna indicación. Por ejemplo, cuando se pide al cuidador enseñe al niño cómo hojear un libro, generalmente colocan al niño frente al libro pero dando la espalda a los cuidadores, posición que no permite el intercambio de miradas, gestos o que el niño identifique quien le habla o da instrucciones.</p>	.6115
25 y 27	<p>25. El CP establece adecuada comunicación verbal con el niño. El lenguaje que utiliza para comunicarse con el niño es claro y adecuado para él y lo que le desea expresar</p> <p><i>Descripción: ---</i></p> <p>27. Le habla durante la sesión, le platica, nombra los objetos, juguetes, propicia el lenguaje del niño.</p> <p><i>Descripción: ---</i></p>	.6642

28 y 29	<p>28. Utiliza palabras o frases adecuadas para su edad. Su lenguaje es adecuado a la edad y contexto del niño.</p> <p><i>Descripción:</i> El CP le habla al niño utilizando un lenguaje claro para su edad. Permitiendo transmitir acertadamente el mensaje que desea expresar. El lenguaje que utiliza es adecuado al contexto del niño.</p> <p>29. Es adecuado el ritmo y cantidad de lenguaje que utiliza, no lo satura.</p> <p><i>Descripción:</i> El CP le habla al niño sin saturarlo, le transmite lo que le desea expresar de manera clara, siendo su lenguaje adecuado en ritmo y cantidad.</p>	.7835
27 y 28	<p>27. Le habla durante la sesión, le platica, nombra los objetos, juguetes, propicia el lenguaje del niño.</p> <p><i>Descripción:</i> ---</p> <p>28. Utiliza palabras o frases adecuadas para su edad. Su lenguaje es adecuado a la edad y contexto del niño.</p> <p><i>Descripción:</i> ---</p>	.7193
30 y 31	<p>30. El cuidador mantiene una relación postural óptima con el niño para facilitarle la actividad o ayudarle si es necesario.</p> <p><i>Descripción:</i> El cuidador adopta una posición óptima, identifica adecuadamente la necesidad de postura, manipulación y movimiento del niño para realizar la actividad y la importancia de su apoyo hacia él durante su acción. El énfasis está en el control postural que muestra el cuidador dentro de sus posibilidades, para realizar facilitar o guiar la acción del niño durante la actividad.</p> <p>31. La posición del cuidador es óptima para dirigirse al niño, hacerle algún gesto o darle alguna indicación.</p> <p><i>Descripción:</i> El cuidador reconoce adecuadamente la relación postural óptima para dirigirse hacia el niño, hacerle algún gesto o darle alguna indicación.</p>	.7221 .6210
31 y 32	<p>31. La posición del cuidador es óptima para dirigirse al niño, hacerle algún gesto o darle alguna indicación.</p> <p><i>Descripción:</i> ---</p> <p>32. Su relación postural denota protección y cuidado. Está dirigida para prevenir algún riesgo o caída.</p> <p><i>Descripción:</i> El cuidador identifica riesgos al realizar alguna acción por lo que es capaz de guardar una relación postural que permita demostrar protección al niño y reaccionar oportunamente de ser necesario evitando por ejemplo (...)</p>	.6210

32 y 39	<p>32. Su relación postural denota protección y cuidado. Está dirigida para prevenir algún riesgo o caída.</p> <p>Descripción: ---</p> <p>39. Es capaz de inferir riesgos, los previene, los evita y/o soluciona de manera oportuna, ya sea proporcionando seguridad al niño o alejando oportunamente del riesgo.</p> <p>Descripción: El CP reconoce de manera oportuna situaciones u objetos que representan peligro para el niño, logra inferir, es perceptivo y actúa ya sea alejando el riesgo, proporcionando seguridad al niño o le explica sobre el riesgo buscando que tenga un aprendizaje, como por ejemplo que inicie a reconocer y tener precaución ante los peligros.</p>	.6594
33 y 34	<p>33. Cuida la posición del niño, siguiendo las indicaciones del coordinador, observa los detalles de la posición según la indicación, toma las precauciones para evitar posición inadecuada.</p> <p>Descripción: El cuidador está atento a la importancia de las indicaciones del coordinador sobre la posición del niño, por lo que cuida detalles relacionados con la posición que adopta. En este ítem es importante observar si el cuidador sigue las recomendaciones del coordinador generales y/o específicas sobre el posicionamiento del niño por ejemplo, para proveer apoyo postural en sedente o bipedestación, promover el gateo, corregir posturas inadecuadas (sentarse en “w”), contener el movimiento y favorecer la atención a los materiales o el cuidador, etc.</p> <p>34. El cuidador reconoce que las posiciones indicadas permiten al niño cumplir los objetivos de la actividad. Si no es así, busca diferentes alternativas de posicionamiento para conseguir el objetivo planteado y el mayor éxito en el proceso de ejecución del niño.</p> <p>Descripción: El cuidador es capaz de reconocer que las posiciones indicadas por el coordinador atienden a la necesidad, comodidad y mejor posicionamiento del niño para el logro de las actividades, y cuando la posición del niño no permite alcanzar el objetivo y/o el proceso de ejecución planteado busca alternativas</p>	.6880
33 y 49	<p>33. Cuida la posición del niño, siguiendo las indicaciones del coordinador, observa los detalles de la posición según la indicación, toma las precauciones para evitar posición inadecuada.</p> <p>Descripción: ---</p> <p>49. El CP asimila y aplica la información proporcionada por el coordinador en relación a las sugerencias o comentarios dirigidos hacia su diada de manera específica.</p>	.6180

	<p>Descripción: El CP asimila y aplica las recomendaciones, sugerencias o comentarios, hechos hacia su diada específicamente. Logra assimilar la importancia que tiene para su diada la especificidad de la información proporcionada por el coordinador y muestra interés por la misma buscando llevarla a cabo.</p>	
34 y 46	<p>34. El cuidador reconoce que las posiciones indicadas permiten al niño cumplir los objetivos de la actividad. Si no es así, busca diferentes alternativas de posicionamiento para conseguir el objetivo planteado y el mayor éxito en el proceso de ejecución del niño.</p> <p>Descripción: ---</p> <p>46. Responde adecuadamente a los estados de ánimo de su niño. Brinda soluciones.</p> <p>Descripción: El CP responde de manera adecuada a las diferentes emociones que presenta el niño. Le permite experimentar y explorar la emoción, lo regula.</p>	.6171
36 y 7	<p>36. Es capaz de prestar ayuda solo la necesaria para que el niño realice la actividad, sin llegar a irritarlo o restarle oportunidad. El CP conoce y reconoce sus habilidades.</p> <p>Descripción: El CP conoce y reconoce las habilidades del niño, por lo que sólo le presta la ayuda necesaria para realizar alguna acción o actividad cuando es necesario, lo dirige, lo guía permitiendo experimentar y con oportunidad de fomentar su proceso de ejecución.</p> <p>7.El CP genera que el niño realice las acciones según sus competencias.</p> <p>Descripción: ---</p>	.6120
36 y 49	<p>36. Es capaz de prestar ayuda solo la necesaria para que el niño realice la actividad, sin llegar a irritarlo o restarle oportunidad. El CP conoce y reconoce sus habilidades.</p> <p>Descripción: ---</p> <p>49. El CP asimila y aplica la información proporcionada por el coordinador en relación a las sugerencias o comentarios dirigidos hacia su diada de manera específica.</p> <p>Descripción: El CP asimila y aplica las recomendaciones, sugerencias o comentarios, hechos hacia su diada específicamente. Logra assimilar la importancia que tiene para su diada la especificidad de la información proporcionada por el coordinador y muestra interés por la misma buscando llevarla a cabo.</p>	.6202

38 y 40	<p>38. Logra transmitir sus dudas, sus comentarios sobre aciertos o dificultades presentes en la actividad.</p> <p><i>Descripción:</i> El CP expone y transmite sus comentarios, dudas durante la sesión o actividad de manera específica</p> <p>40. Es capaz de integrar la información recibida y transmitirla en su entorno.</p> <p><i>Descripción:</i> El CP integra la información que recibe en el grupo y la aplica a su entorno. Hay una clara reproducción de lo realizado en la sesión a su entorno y es capaz de ajustarlo al mismo. Lo denota al realizar comentarios sobre las experiencias que tiene en casa, las modificaciones necesarias, las acciones que realiza en la sesión que permiten observar que comprende los objetivos perseguidos pero si es necesario realiza adaptaciones que le resultan adecuados para su diada.</p>	.6034
40 y 41	<p>40. Es capaz de integrar la información recibida y transmitirla en su entorno.</p> <p><i>Descripción:</i> ---</p> <p>41. El CP habla sobre los logros del niño obtenidos en la sesión de manera acertada, es capaz de notar adecuadamente sus aciertos.</p> <p><i>Descripción:</i> El CP reconoce adecuadamente los logros alcanzados por el niño durante la sesión y los comenta acertadamente.</p>	.6235
41 y 42	<p>41. El CP habla sobre los logros del niño obtenidos en la sesión de manera acertada, es capaz de notar adecuadamente sus aciertos</p> <p><i>Descripción:</i> ---</p> <p>42. El CP habla sobre las dificultades que presentó el niño durante la sesión de manera acertada.</p> <p><i>Descripción:</i> El CP reconoce adecuadamente las dificultades presentadas por el niño durante la sesión y las comenta de manera acertada.</p>	.6991
46 y 47	<p>46. Responde adecuadamente a los estados de ánimo de su niño. Brinda soluciones.</p> <p><i>Descripción:</i> El CP responde de manera adecuada a las diferentes emociones que presenta el niño. Le permite experimentar y explorar la emoción, lo regula.</p>	.6829

	<p>47. Identifica y atiende las necesidades del niño (hambre, sed, calor, sueño, etc.).</p> <p>Descripción: El CP identifica las necesidades básicas del niño, y las cubre oportuna y adecuadamente</p>	
46 y 50	<p>46. Responde adecuadamente a los estados de ánimo de su niño. Brinda soluciones.</p> <p>Descripción: ---</p> <p>50. Modula conductualmente al niño, percibe sus señales y da respuesta oportuna a ellas en el contexto de la actividad.</p> <p>Descripción: El CP percibe las señales del niño y modula su conducta oportunamente, le da soporte y guía sus conductas. Las acciones y respuestas que el CP lleva a cabo son adecuadas para modular la conducta del niño.</p>	.6783
47 y 50	<p>47. Identifica y atiende las necesidades del niño (hambre, sed, calor, sueño, etc.).</p> <p>Descripción: ---</p> <p>50. Modula conductualmente al niño, percibe sus señales y da respuesta oportuna a ellas en el contexto de la actividad.</p> <p>Descripción: ---</p>	.6254
49 y 50	<p>49. El CP asimila y aplica la información proporcionada por el coordinador en relación a las sugerencias o comentarios dirigidos hacia su diada de manera específica.</p> <p>Descripción: ---</p> <p>50. Modula conductualmente al niño, percibe sus señales y da respuesta oportuna a ellas en el contexto de la actividad.</p> <p>Descripción: ---</p>	.6007

Tabla 6. Indicadores con correlación en el análisis estadístico, no identificados en el análisis cualitativo, algunos de ellos evalúan conductas similares y otros conductas diferentes, hecho que se abordará en la discusión. Se muestra el indicador por escrito, tal cual se presenta en el instrumento, la descripción del indicador en el manual de calificación y valor de correlación.

En el análisis cualitativo también se identificaron indicadores que evaluaban la misma conducta y con la misma descripción, pero que no mostraron ninguna correlación en la matriz del análisis factorial. Estos se muestran en la *tabla 7*.

INDICADORES CON CORRELACIÓN	INDICADOR	VALOR
17 y 43	<p>17. Durante la sesión sus comentarios, opiniones, diálogo y en general cualquier forma de expresión verbal denota emociones positivas hacia el coordinador, otros padres o el programa.</p> <p>Descripción: El cuidador manifiesta a través de sus comentarios, opiniones, sugerencias, y en general cualquier manifestación verbal emociones positivas (empatía, gratitud, claridad, reconocimiento, confianza, etc.) hacia los elementos que conforman el programa (el coordinador, otros padres, preceptos del programa). Si expresa críticas estas son constructivas y llevan al aprendizaje y/o retroalimentación.</p> <p>43. Logra expresar sus emociones, pensamientos, sentimientos durante la sesión ya sea hacia el coordinador u otros padres.</p> <p>Descripción: El CP tiene apertura y facilidad para expresar sus emociones presentes en la sesión o en su cotidianidad con respecto al desarrollo de su niño, si se desesperó, se enojó, se frustró, se preocupó, se alegró, etc., ante alguna acción realizada con el niño o por su niño. Lo manifiesta de manera abierta.</p>	-
18 y 44	<p>18. Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que le desea expresar.</p> <p>Descripción: El CP le transmite al niño adecuadamente sus distintas emociones y se las hace notar. Si le desea transmitir su enojo, felicidad, aprobación, etc., varia su gesto, sus movimientos, ademanes, etc., mostrando una clara congruencia su acción con su emoción.</p>	
	<p>44. Logra expresar al niño sus diferentes emociones, es congruente su acción con lo que le desea expresar</p> <p>Descripción: El CP es claro al expresar sus emociones hacia el niño, le permite conocer su sentir con respecto a determinadas acciones relacionadas o no con el niño y lo expresa de manera acertada a través del lenguaje, sus acciones, tono de voz, gestos, frases, etc. Le transmite adecuadamente la emoción, mantiene congruencia su acción con lo que desea expresar. Expresa abiertamente sus emociones, si está cansada, preocupada, feliz, triste, etc.</p>	

Tabla 7. Indicadores sin correlación en el análisis estadístico, pero que reflejan la misma conducta a evaluar y descripción.

ANEXO 7. PROCEDIMIENTO QUE SE REALIZÓ CON CADA INDICADOR

# DE INDICADOR	PROCEDIMIENTO	NUEVO #	# DE INDICADOR	PROCEDIMIENTO	NUEVO #
1	Redacción	1	26	Sin cambio	19
-	Nuevo indicador	2	27	Sin cambio	20
2	Redacción	3	28	Fusión con indicador 25	21
3	Fusión con indicador 9	-	29	Redacción	22
4	Redacción	4	30	Fusión con 31	23
5	Sin cambio	5	31	Fusión con indicador 30	-
6	Fusión con indicador 12	-	32	Fusión con indicador 39	24
7	Redacción	6	33	Fusión con indicador 34	25
8	Redacción	7	34	Fusión con indicador 33	-
9	Fusión con indicador 3	8	35	Redacción	26
10	Sin cambio	9	36	Redacción	28
11	Eliminado	-	37	Redacción	29
12	Fusión con indicador 6	10	38	Sin cambio	30
13	Redacción	11	39	Fusión con indicador 32	-
14	Sin cambio	12	40	Eliminado	-
15	Cambio de categoría a interacción	15	41	Redacción	31

16	Cambio de categoría a habilidad	27	42	Redacción	32
17	Cambio de categoría a interacción. Fusión con indicador 43	16	43	Fusión con indicador 17	-
18	Fusión con indicador 44	13	44	Fusión con indicador 18	-
19	Fusión con indicador 20	-	45	Sin cambio	33
20	Fusión con indicador 19	14	46	Sin cambio	34
21	Fusión con indicador 24	17	47	Sin cambio	35
22	Fusión con indicador 23	18	48	Sin cambio	36
23	Fusión con indicador 22	-	49	Sin cambio	37
24	Fusión con indicador 21	-	50	Redacción	38
25	Fusión con indicador 28	-			

Tabla 8: procedimiento que se realizó con cada indicador y el número final de cada indicador en la nueva propuesta.

Durante la reestructuración del instrumento 22 indicadores se fusionaron, 12 se modificaron en la redacción del ítem y del manual, 11 se mantuvieron sin cambio, 2 se eliminaron, 1 se agregó y 3 cambiaron de categoría. Se obtuvo una versión

preliminar, conformada por 38 indicadores, conservando la estructura original; tres categorías (motivación, interacción, habilidad), siete subcategorías y diez dimensiones.

ANEXO 8. ESTRUCTURA DE LA VERSION FINAL PRELIMINAR

La versión preliminar estuvo conformada por 38 indicadores (originalmente 50) agrupados en tres categorías: motivación, interacción, habilidad (*tabla9*).

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	DIMENSIÓN	CANTIDAD DE INDICADORES
Motivación	<i>Interés</i>	Cuidador-niño	4
		Cuidador-coordinador	1
	<i>Propósito</i>	Cuidador-niño	4
		Cuidador-actividad	2
	<i>Actitud</i>	Corporal	1
Interacción	<i>Comunicación</i>	Física	2
		verbal	8
Habilidad	<i>Física</i>	Posición cuidador-niño	4
	<i>Intelectual</i>	Conocimiento previo	4
	<i>Socioemocional</i>	Conocimiento adquirido	7
TOTAL DE INDICADORES			38

Tabla 9: estructura de la version preliminar y distribución por número de indicadores de cada subcategoría y dominio.

Esta versión preliminar se sometió a discusión por el comité tutorial y se propuso la creación de una nueva categoría, bajo el fundamento de que la subcategoría con el nombre de “intelectual” teóricamente no es considerada como una habilidad. La nueva categoría llevó el nombre de conocimiento, con la subcategoría de *intelectual* con dos dimensiones; conocimiento previo y conocimiento adquirido en el programa. Se decide eliminar la subcategoría socioemocional.

Se discutió el cambio de categoría de algunos indicadores con base en el análisis por componentes principales, en esta ocasión comparándolo con la teoría, para que el indicador pudiera evaluar el constructo de interés. Esto permitió equilibrar la cantidad de indicadores en cada subcategoría y dimensión.

La subcategoría de propósito se eliminó y el único indicador que la conformaba cambio de categoría a interacción, en la subcategoría de comunicación y en el dominio “física”. El indicador “Identifica claramente los estados de ánimo del niño, los menciona” fue eliminado debido a que la conducta a evaluar se conservó en el indicador “Responde adecuadamente a los estados de ánimo de su niño, brinda soluciones”, bajo el argumento de que para que un cuidador pueda responder a los estados de ánimo del niño primero debe identificarlos, aunque no necesariamente mencionarlos, dejando clara su sensibilidad y responsividad.

Se agregaron dos nuevos indicadores a la categoría de motivación, correspondientes a la subcategoría de interés y a la dimensión cuidador-niño. Estos fueron:

- *“Su asistencia en las últimas tres sesiones ha sido adecuada”*
- *“Su disposición para integrarse, realizar y aprender de las actividades es constante en todas las actividades.”*

En la categoría de conocimiento se agregó el indicador *“Comprende y explica el propósito de las actividades realizadas, su utilidad e implementación en diferentes escenarios de su vida cotidiana.”*, dentro de la categoría de conocimiento adquirido, ya que es un elemento muy importante a considerar dentro del programa y no había sido considerado.

El indicador *“Identifica y atiende las necesidades del niño (hambre, sed, calor, sueño, etc)”*, cambió de categoría de habilidad a la categoría de conocimiento, en la subcategoría de intelectual y en el dominio de conocimiento previo.

El indicador *“Implementa estrategias de sesiones anteriores o comenta sobre actividades que ha realizado fuera del programa”* cambió de la categoría de

conocimiento a la categoría de habilidad, en la única subcategoría y dimensión que la conformaron.

La última versión del instrumento quedó integrada por 40 indicadores y 4 categorías; motivación, interacción, habilidad y conocimiento (*tabla 10*).

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	DIMENSIÓN	CANTIDAD DE INDICADORES
Motivación	<i>Interés</i>	Cuidador-niño	6
		Cuidador-coordinador	2
	<i>Propósito</i>	Cuidador-niño	4
		Cuidador-actividad	2
Interacción	<i>Comunicación</i>	Física	3
	<i>Comunicación</i>	verbal	8
Habilidad	<i>Física</i>	Cuidador-niño	5
Conocimiento	<i>Intelectual</i>	Conocimiento previo	4
		Conocimiento adquirido	6
TOTAL DE INDICADORES			40

Tabla 10: estructura final del instrumento, con 40 indicadores distribuidos en cuatro categorías, 7 subcategorías y 9 dimensiones.

ANEXO 9. VERSIÓN DEL INSTRUMENTO UTILIZADA EN EL PILOTEO

Cuidador:		Parentesco:		Fecha:				
Paciente:		Exp:		Grupo:		Módulo:		
Edad:		Evaluador:						
Calificación: Siempre= 4 casi siempre= 3 Ocasional= 2 Nunca= 1								
M O T I V A C I O N	INTERES			4	3	2	1	
	CUIDADOR - NIÑO							
	1	Llega puntual a la sesión.						
	2	Ha asistido a las últimas tres sesiones.						
	3	Su comportamiento al llegar, demuestra disposición para integrarse, realizar y aprender de las actividades.						
	4	Su disposición para integrarse, realizar y aprender, es constante en todas las actividades.						
	5	Dirige su atención hacia el niño y está pendiente de él.						
	6	Logra mantener la atención del niño usando diferentes estrategias durante la sesión (cantarle, tocarlo, hablarle, mostrarle objetos).						
	CUIDADOR – COORDINADOR							
	7	Se muestra atento a las indicaciones o comentarios que da el coordinador o profesional de apoyo (escucha, observa, asiente, realiza expresiones faciales)						
	8	Es capaz de poner atención a la actividad y comentarios realizados por otras diadas, para incorporar elementos importantes, sin abstraerse solamente en la suya.						
	PROPOSITO							
	CUIDADOR - NIÑO							
	9	Promueve realizar las actividades considerando el nivel de desarrollo y habilidades del niño.						
10	Implementa una serie de estrategias para lograr integrar al niño en la actividad y llevarla a cabo de acuerdo al objetivo (realiza sonidos o gestos, invita al niño a participar, es creativo).							
11	Orienta oportunamente las acciones del niño para cumplir con el objetivo de la actividad.							
12	Promueve al niño cualquier iniciativa y exploración del material durante el juego libre y en actividades con objetivos específicos.							
CUIDADOR - ACTIVIDAD								
13	Se involucra en las actividades y busca llevarlas a cabo utilizando diferentes medios, de acuerdo al objetivo (cambiar de material o posición, cantar, usar gestos o palabras diferentes)							
14	Es sensible a las necesidades del niño y responde a ellas, sin poner como prioridad el cumplimiento de la actividad.							
I N T E R A C C I O N	COMUNICACION							
	FISICA							
	15	Su actitud corporal con respecto al niño denota afecto positivo (acercamientos, caricias, etc)						
	16	Expresa al niño sus emociones a través de gestos, posturas o actitudes, de manera congruente con lo que desea expresar.						
17	Sus muestras de afecto hacia el niño son oportunas, adecuadas al contexto y sin intarvenir en sus acciones o participación.							

		VERBAL			
	18	Establece comunicación verbal con el niño que denota afecto o emociones positivas (alegría, admiración, orgullo, serenidad)			
	19	Expresa verbalmente emociones, pensamientos o sentimientos positivos hacia el coordinador, otros niños, padres o el programa.			
	20	Busca tener contacto visual con el niño al hablarle y dirigirse a él, en las situaciones que se requiere (al cantar, interactuar, buscar su atención).			
	21	Reconoce positivamente al niño de manera verbal, ante logros, esfuerzos o acciones que considera satisfactorias.			
	22	Utiliza diferentes tonos de voz de manera coherente con sus emociones, indicaciones o comentarios que le desea expresar al niño (ante aprobación, desaprobación, dificultades, logros, enojo, felicidad).			
	23	Promueve el lenguaje del niño por diferentes medios y situaciones (le habla, describe o nombra objetos, le da su turno).			
	24	El lenguaje que utiliza para comunicarse con el niño es adecuado para su edad, comprensión y acorde al contexto o situación.			
	25	El ritmo y cantidad de palabras que utiliza al dar las indicaciones son adecuadas (no lo satura).			
FISICA					
H A B I L I D A D	CUIDADOR - NIÑO				
	26	Identifica y mantiene una relación postural óptima para dirigirse al niño, darle indicaciones, posicionarlo, interactuar o ayudarlo si es necesario .			
	27	Su postura denota protección o cuidado hacia el niño y está dirigida para prevenir algún riesgo o caída.			
	28	Procura mantener la posición inicial del niño sugerida por el coordinador o propone otra(s) que le permitan al niño cumplir con los objetivos de la actividad.			
	29	Permite al niño libertad de movimiento, desplazamiento autónomo y experimentación del entorno, sin restringirlo o guiarlo en exceso.			
	30	Implementa estrategias de sesiones anteriores o comenta sobre actividades que ha adecuado o practicado fuera del programa.			
INTELLECTUAL					
C O N O C I M I E N T O	CONOCIMIENTO PREVIO				
	31	Es capaz de prestar sólo la ayuda necesaria para que el niño realice la actividad, sin llegar a irritarlo, restarle oportunidad de participar, dirigirlo en exceso o ser intrusivo.			
	32	Conoce y explica el diagnóstico del niño y/o sus dificultades con relación a su desarrollo.			
	33	Logra transmitir sus dudas, comentarios o dificultades presentes durante la ejecución de la actividad.			
	34	Identifica y atiende las necesidades físicas del niño (hambre, sed, calor, frío,sueño, micción, excreción, higiene, movimiento), de manera acertada y pronta.			
	CONOCIMIENTO ADQUIRIDO				
	35	Identifica acertadamente los logros del niño durante la sesión.			
	36	Identifica acertadamente las dificultades del niño durante la sesión.			
	37	Es sensible a los diferentes estados de ánimo del niño.			
	38	Es organizador de las conductas y emociones del niño.			
39	Comprende y lleva a cabo las sugerencias, comentarios o indicaciones generales o específicas que el coordinador o profesional de apoyo indicó para su diada.				
40	Comprende y explica el propósito de las actividades realizadas, su utilidad e implementación en diferentes escenarios de su vida cotidiana.				
Total=					

ANEXO 10. ELABORACIÓN DE PORTADA DEL MANUAL Y DEFINICIONES OPERATIVAS

Se diseñó un logo para el manual de aplicación, inspirado en el esquema de los subsistemas que participan en la organización del desarrollo hacia la construcción de la ciudadanía infantil propuesto por Sánchez *et al.* (2019). En el círculo más interno se observa la participación del cuidador primario (madre, padre o familiar). Esta esfera está conformada por cuatro más, cada una en el mismo nivel jerárquico y que se interceptan al centro, las cuales representan las categorías del instrumento (motivación, interacción, habilidad y conocimiento). Todo lo anterior contenido en una esfera en color negro que representa el programa de Cuidado Integral del Niño y al profesional de salud. Al igual que el esquema que lo inspiró, representa la influencia y relación de un componente sobre el otro.

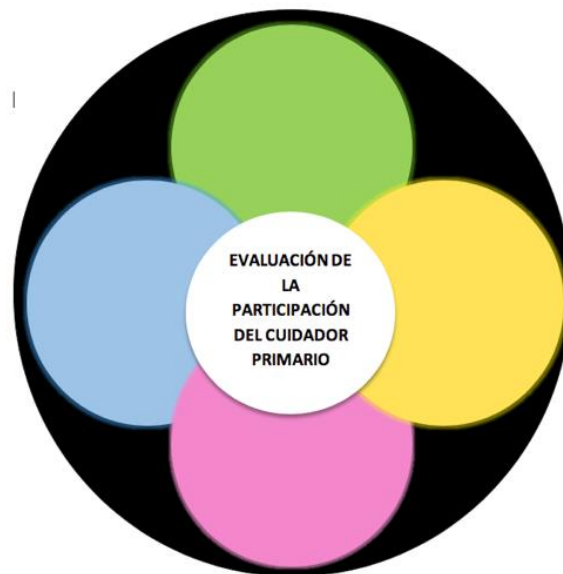


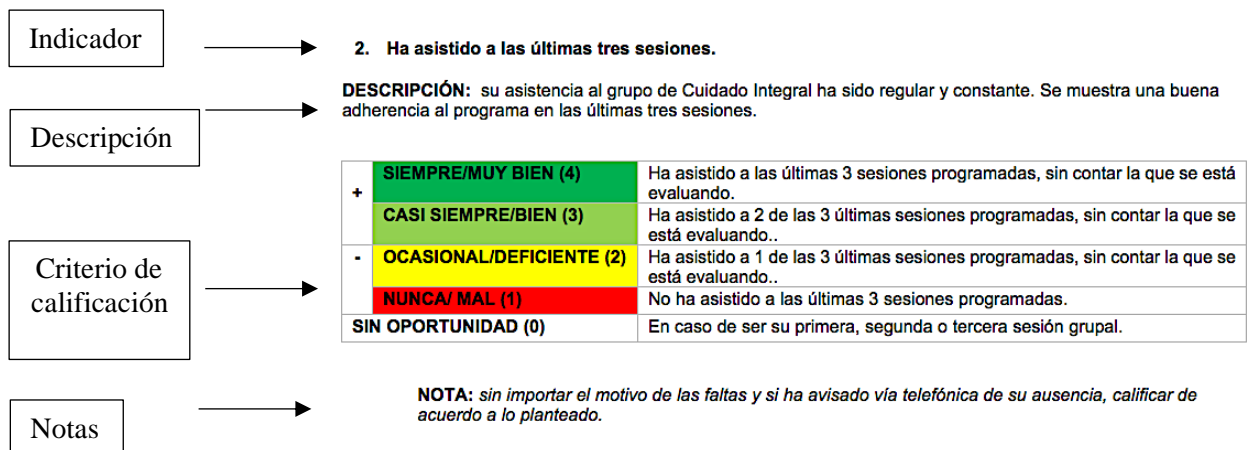
Fig. Logo del manual de aplicación. La esfera blanca representa a la diada y la participación del cuidador primario, la esfera verde representa el componente motivación, la azul interacción, el color amarillo el componente de habilidad y la esfera rosa el conocimiento, todo contenido en la esfera negra que representa el PCIN.

DEFINICIONES OPERATIVAS

Se definió el constructo, correspondiente a la participación materna y sus componentes, así como otras definiciones para mejorar la comprensión del manual, el motivo de su aplicación y utilidad.

Cada indicador se redactó con los siguientes elementos:

- El **indicador** es el que se muestra en la hoja del instrumento.
- En la **descripción** se explica ampliamente la conducta a observar que se desea evaluar. Algunos indicadores requirieron ejemplos para facilitar su comprensión.
- El **criterio de calificación** se representa a manera de escalamiento de Likert, considerando cinco afirmaciones o categorías , cada uno con un valor numérico asignado; siempre/muy bien = 4, casi siempre/bien = 3, ocasional/deficiente = 2, nunca/mal = 1 y sin oportunidad = 0. A su vez, cada una se representa a manera de semáforo con un código de color que orienta al evaluador durante la calificación, considerando el color verde como conductas de la participación positivas o un comportamiento esperado (+) y amarillo y rojo el menos esperado (-). El número entre paréntesis al final de cada criterio, es el que se puntuará en la hoja de registro y será sumado para obtener el puntaje total de la participación.
- Algunos indicadores requirieron notas extras para mejorar su claridad durante la evaluación. A continuación, se muestra un ejemplo del indicador 2.



El manual se sometió a una mesa de discusión por el comité tutorial, que estuvo integrada por un fisioterapeuta con doctorado en Antropología, un médico pediatra con doctorado en Antropología y en Ciencias de la salud y una pedagoga con doctorado en Ciencias biológicas y de la salud.

Se realizó la revisión final del instrumento y del manual dentro del área de Cuidado Integral del Niño 1, con estudiantes de primer y segundo año de la maestría en Rehabilitación Neurológica y con personal adscrito, con la participación de cuatro fisioterapeutas, una enfermera en neonatología, un médico general, una Licenciada en Terapia de Lenguaje con doctorado en salud colectiva y una fisioterapeuta con doctorado en Antropología. Se discutieron elementos de la redacción del nombre del indicador, de la descripción de la conducta a evaluar y del semáforo de calificación.

Las modificaciones puntualizadas en la revisión se integraron y conformaron la versión final del manual de aplicación, integrado en la sección de anexos.

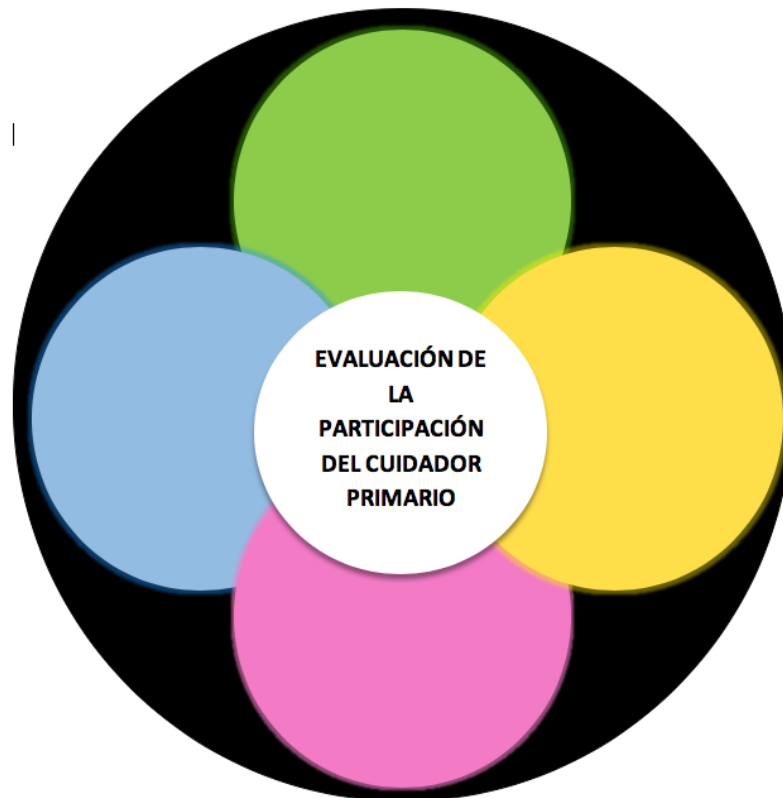
ANEXO 11. VERSIÓN FINAL DE LA EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN MATERNA

Cuidador:		Parentesco:		Fecha:					
Paciente:		Exp:		Grupo:					
Edad:		Evaluador:		Módulo:					
Calificación: Siempre= 4 casi siempre= 3 Ocasional= 2 Nunca= 1 Sin oportunidad= 0									
MOTIVACIÓN	INTERÉS				4	3	2	1	0
	CUIDADOR - NIÑO								
	1	Su comportamiento al llegar, demuestra disposición para integrarse, realizar y aprender de las actividades.							
	2	Su disposición para integrarse, realizar y aprender, es constante en todas las actividades.							
	3	Dirige su atención hacia el niño y está pendiente de él.							
	4	Es sensible y responde a los diferentes estados de ánimo del niño.							
	CUIDADOR – COORDINADOR								
	5	Se muestra atento a las indicaciones o comentarios que da el coordinador o profesional de apoyo (escucha, observa, asiente, realiza expresiones faciales).							
	6	Es capaz de poner atención a la actividad y comentarios realizados por otras diadas, para incorporar elementos importantes, sin abstraerse solamente en la suya.							
	PROPOSITO	CUIDADOR - NIÑO							
7		Implementa una serie de estrategias eficaces para lograr integrar al niño en la actividad y llevarla a cabo de acuerdo al objetivo (realiza sonidos o gestos, invita al niño a participar, es creativo).							
8		Orienta oportunamente las acciones del niño para cumplir con el objetivo de la actividad.							
CUIDADOR - ACTIVIDAD									
9		Se involucra en las actividades y busca llevarlas a cabo utilizando diferentes medios, de acuerdo al objetivo (cambiar de material o posición, cantar, usar gestos o palabras diferentes)							
10		Es sensible a las necesidades del niño y responde a ellas, sin poner como prioridad el cumplimiento de la actividad.							
INTERACCIÓN	COMUNICACIÓN								
	FISICA								
	11	Su actitud corporal y contacto físico con respecto al niño denota afecto positivo (acercamientos, caricias, abrazos, etc.)							
	12	Expresa al niño sus diferentes emociones a través de gestos, posturas o actitudes, de manera congruente con lo que desea expresar.							
	13	Sus muestras de afecto hacia el niño son oportunas, adecuadas al contexto y sin intervenir en sus acciones o participación.							
	VERBAL								
	14	Establece comunicación verbal con el niño que denota afecto o emociones positivas (alegría, admiración, orgullo, serenidad)							
	15	Expresa verbalmente emociones, pensamientos o sentimientos positivos hacia el coordinador, otros niños, padres o el programa.							
16	Busca tener contacto visual con el niño al hablarle y dirigirse a él, en las situaciones que se requiere (al cantar, interactuar, buscar su atención).								
17	Reconoce y felicita al niño de manera verbal, ante logros, esfuerzos o acciones que considera satisfactorias.								

	18	Utiliza diferentes tonos de voz de manera coherente con sus emociones, indicaciones o comentarios que le desea expresar al niño (ante aprobación, desaprobación, dificultades, logros, enojo, felicidad).						
	19	Promueve el lenguaje del niño por diferentes medios y situaciones (le habla, describe o nombra objetos, le da su turno).						
	20	El lenguaje que utiliza para comunicarse con el niño es adecuado para su edad, comprensión y acorde al contexto o situación.						
	21	El ritmo y cantidad de palabras que utiliza al dar las indicaciones son adecuados, sin llegar a saturarlo.						
H A B I L I D A D								
CUIDADOR - NINO								
	22	Identifica y mantiene una relación postural óptima para dirigirse al niño, darle indicaciones, posicionarlo, interactuar o ayudarlo si es necesario .						
	23	Su postura denota protección y cuidado hacia el niño y está dirigida para prevenir algún riesgo o accidente.						
	24	Procura mantener la posición inicial del niño sugerida por el coordinador o propone otra(s) que le permitan al niño cumplir con los objetivos de la actividad.						
	25	Utiliza estrategias de sesiones anteriores o comenta sobre actividades aprendidas en el programa y que han realizado en casa.						
	26	Comprende y lleva a cabo las sugerencias, comentarios o indicaciones generales o específicas que el coordinador o profesional de apoyo indicaron para su diada.						
	27	Logra transmitir sus dudas, comentarios o dificultades presentes durante la ejecución de la actividad.						
C O N O C I M I E N T O								
CONOCIMIENTO PREVIO								
	28	Promueve al niño cualquier iniciativa de juego libre y la exploración del material que van a utilizar en actividades con objetivos específicos.						
	29	Permite al niño libertad de movimiento, desplazamiento autónomo y experimentación del entorno, sin restringirlo o guiarlo en exceso.						
	30	Es capaz de prestar sólo la ayuda necesaria para que el niño realice la actividad, sin llegar a irritarlo, restarle oportunidad de participar, dirigirlo en exceso o ser intrusivo.						
	31	Conoce y explica el diagnóstico del niño y/o sus dificultades con relación a su desarrollo.						
	32	Identifica y atiende de manera acertada y pronta las necesidades físicas del niño como hambre, sed, calor, frío, sueño, micción, excreción, higiene, movimiento,						
CONOCIMIENTO ADQUIRIDO								
	33	Logra mantener la atención del niño usando diferentes estrategias efectivas durante la sesión como cantarle, tocarlo, hablarle, mostrarle objetos.						
	34	Promueve realizar las actividades considerando el nivel de desarrollo y habilidades del niño, sin pedir mayor o menor dificultad que sus posibilidades.						
	35	Identifica acertadamente los logros del niño durante la sesión.						
	36	Identifica acertadamente las dificultades del niño durante la sesión.						
	37	Es organizador de las conductas y emociones del niño.						
	38	Comprende y explica el propósito de las actividades realizadas, su utilidad e implementación en diferentes escenarios de su vida cotidiana.						
Total=								
Llega puntual a la sesión			si	no				
Ha asistido a las últimas 3 sesiones			3	2	1	0	S/O	
SEMAFORO			VERDE			131-152		
			AMARILLO			101-130		
			ROJO			<100		

ANEXO 12. MANUAL DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

MANUAL DE APLICACIÓN



Destinado a la evaluación de la participación de los cuidadores primarios de niños con alto riesgo biológico y psicosocial en programas de intervención temprana en de 0 - 2 años.

Edith Mariana Álvarez Gutiérrez
Patricia Muñoz Ledo Rábago
Miriam Figueroa Olea
Iván Rolando Rivera González

INTRODUCCIÓN

Los programas de intervención temprana hacen referencia a todas las acciones de carácter médico, quirúrgico, terapéutico, educativo y de estimulación indicados para resolver un problema de salud que afecte al desarrollo biológico, cognoscitivo y social de los niños con riesgo de alteraciones o desviaciones en el proceso normal de desarrollo. Cuando este riesgo es bajo, es preferible usar el término *Cuidado Integral del Niño* (CIN) dentro de los programas para promover el desarrollo infantil temprano (Sánchez *et al*, 2004).

El cuidado integral del niño se refiere a la capacidad de favorecer las trayectorias adecuadas del desarrollo y a su vigilancia, el bienestar del individuo y su familia.

En el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría (LSND-INP), se lleva a cabo un programa de vigilancia y promoción del desarrollo, bajo el modelo del “Cuidado Integral del niño” (CI). El programa está integrado por un área de diagnóstico y una de intervención, que tiene la finalidad de brindar estrategias de cuidado a los padres o cuidadores primarios de los niños, realizadas en torno a las actividades cotidianas para atender al niño.

De acuerdo con Sánchez *et al* (2008), los objetivos del programa enfocados a los cuidadores son:

- Favorecer la relación del binomio madre-hijo y la relación amplia con la familia.
- Desarrollar las capacidades de cuidado, afecto y protección en los padres o cuidadores.
- Incrementar la organización de las funciones de control interno y regulación del niño, a través de la vigilancia y orientación que se le da a la madre.
- Impulsar el potencial materno para identificar posibilidades y formas de estimulación favorables al niño y a su familia.
- Informar a la madre y familia sobre las fuentes potenciales de estimulación inadecuada.
- Favorecer las relaciones interactivas y comunicativas entre la diada.

El profesional

Inicialmente, el profesional brinda la asesoría como aquel sujeto que cuenta con mayor grado de conocimientos y conciencia de las condiciones y características del

desarrollo general de los niños y sus posibles limitaciones en el desarrollo. Él dirige su apoyo hacia los padres que cuentan con un menor grado de conocimiento y conciencia del desarrollo, pero que, al aplicar las estrategias aprendidas durante el cuidado diario se convierten en el sujeto con más conocimiento y conciencia de las condiciones particulares de su hijo, lo que les permitirá alcanzar objetivos y superar obstáculos en el desarrollo.

Los preceptos del programa en función del profesional son:

- Toda orientación del profesional se dirigirá al desarrollo de procesos de sensibilización para la observación y vigilancia materna, ya que el profesional solo brinda la asesoría.
- El profesional invitará a la familia a participar en la búsqueda y solución de problemas que afectan los comportamientos del niño.
- La dirección de las acciones es señalada por los profesionales, las decisiones y acciones son realizadas en el contexto familiar.
- Debe garantizar la adquisición de habilidades paternas para el cuidado del niño.
- Tendrá que impulsar la conciencia social de respeto hacia el niño, como individuo socialmente participativo.
- El profesional orientará a la familia sobre signos tempranos de desviación del desarrollo y las medidas de protección necesarias para prevenir enfermedades o secuelas tardías.

PROPOSITO DE ESTE MANUAL Y SU CONTRIBUCIÓN EN LA ACCIÓN DE PREVENIR SECUELAS EN EL NEURODESARROLLO

Este manual esta dirigido al profesional de salud que brinda atencion al niño con riesgo neurológico para estructurar alteraciones del neurodesarrollo. Tiene como propósito contribuir a la formación de profesionales que brindan atención a la familia y al niño en riesgo para poder reconocer habilidades y conductas necesarias en la participación de la madre, padre y/o cuidadores primarios dentro de las sesiones de intervención temprana.

Se busca que el profesional sea capaz de orientar a la madre o cuidador durante la adquisición de nuevo conocimiento acerca del cuidado del niño, brinde diferentes estrategias para que sean aprendidas y aplicadas de acuerdo a los objetivos de desarrollo y edad, saber desarrollar las habilidades de observación, sensibilidad, espera, responsividad, direccionalidad y promover una interacción recíproca que favorezca la comunicación en la diada.

El objetivo del instrumento es evaluar la participación de los padres o cuidadores primarios, es decir, el grado de involucramiento dentro de la sesión de intervención, con el fin de identificar posibles áreas de oportunidad en los cuidadores, para incidir en ellas de manera más específica y que los padres puedan contar con las mejores estrategias y herramientas para promover el desarrollo integral del niño.

Considerando que el hogar es el entorno principal y privilegiado donde el niño podrá desarrollar actividades fundamentales para su crecimiento, desarrollo, conocimientos y adquisición de conductas (Muñoz-Ledo, 2018), es importante que la participación de la madre dentro de las sesiones de intervención sea muy buena para que los conocimientos y las habilidades que adquiriera en el programa, las pueda implementar dentro de su entorno y vida cotidiana y así facilitar de una mejor manera el aprendizaje y desarrollo del niño

DEFINICIONES OPERATIVAS DEL MANUAL

Nota del autor

Para fines del manual, las definiciones operativas descritas a continuación están planteadas para la comprensión del constructo que da sustento a la Evaluación de la Participación Materna dentro del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo. Por tal motivo, es probable que algunas definiciones no atiendan completamente a las de otras áreas, ajenas a la participación materna dentro de los programas de intervención temprana.

Se hará mención a “el cuidador” para referirse a cualquier adulto responsable en el momento de la sesión grupal del niño, pudiendo ser la madre, el padre, tío (a), abuelo (a) o profesional externo (enfermera o niñera). De igual manera se utilizará el término “niño” para referirse a cualquiera de los dos sexos (masculino/femenino), sin entrar en controversia de igualdad de género en la redacción y para facilitar la lectura del evaluador. El término “diada” se utilizará para referirse al binomio constituido por la madre/niño, padre/niño o en su caso cuidador primario/niño.

La participación del cuidador primario se define como el “Grado de implicación dentro del grupo en relación con los principios básicos del programa a partir de diversas acciones, que involucran el despliegue de sus propias competencias en el manejo y cuidado del niño y su capacidad de ajustar su esquema previo con oportunidad de trasladarlo a su entorno para beneficio del niño y la familia” (Rabadán, 2014). Tiene diferentes componentes y son el resultado de las competencias y habilidades de cuidado.

Se considera como competencia a las “capacidades generales o recursos de funcionamiento cognitivo, social y afectivo, que posibilitan los “haceres”, tanto del profesional, padres o cuidador primario incluso de los niños, haciendo posible la reorganización interna de las funciones, funcionamientos y comportamientos” de ellos mismos (Sánchez *et al.*, 2018).

A continuación se hace mención a las competencias de los padres o cuidadores que se observan en el marco de su participación, las cuales son los elementos teóricos que sustentan el constructo del instrumento y que a su vez estarán representados en el instrumento a través de conductas a evaluar.

La importancia de la identificación y conocimiento de estas competencias radica en los preceptos y objetivos del programa antes mencionados, ya que dentro de las sesiones de Cuidado Integral se busca reforzar, enseñar y desarrollar cada una de ellas.

Sensibilidad: Mary Ainsworth (1974) la define como la capacidad de un padre para notar las señales del niño, interpretarlas correctamente y responder a ellas de manera rápida y adecuada.

Involucra la modificación del comportamiento de la madre o padre de acuerdo con las necesidades del niño, siendo capaz de equilibrar sus propios sentimientos y logrando ser accesible para ofrecerle protección y cuidado (Forkas y Rodríguez, 2017).

Interacción: posibilidad de relación que existe entre el CP y el niño, mediante la cual establecen un tipo de vínculo y que se despliega a través de la comunicación, ya sea física o verbal (Rabadán 2014). Dunst la define como la relación del niño con su microsistema, es decir su madre y su familia y apoya que las competencias comunicativas en el niño dependen en gran parte de la responsividad, sincronía y sensibilidad de la madre.

Es importante considerar que el contexto dentro del cual se desarrolla la interacción entre madre-hijo variará como respuesta a fuerzas culturales, sociales y físicas del medio ambiente y de un sistema cultural al que pertenecen los padres (Muñoz-Ledo, 2007)

Responsividad: Tendencia del adulto (madre, padre o cuidador primario) a reconocer las señales conductuales del niño y a proporcionar una respuesta contingente, consistente y apropiada ante éstas.

La responsividad depende de la sensibilidad para identificar e interpretar las conductas del niño, así como para ajustar su propia conducta según el estado emocional de éste (Gutiérrez y López, 2005)

Otras habilidades de los padres o cuidadores que son fundamentales para una mejor comunicación con el niño, propuestas por son:

Observación: Habilidad ligada a la percepción de hechos relevantes. El acto de observar consiste en el ejercicio de encontrar distintos hechos de importancia para un determinado ámbito que consiste en mirar detenidamente al niño para poder adquirir algún conocimiento sobre su comportamiento o características. Ésta le permitirá al cuidador responder a preguntas como ¿Qué cosas hace el niño solo?, ¿Qué cosas hace con ayuda y cómo lo hace?, ¿Cómo es la ayuda que necesita?, ¿En qué momentos necesita ayuda y en cuales lo puede resolver solo?, ¿Está pidiendo ayuda?, ¿El niño está comunicando sus intereses?, ¿Cuáles son sus áreas débiles?, ¿Se le complican hacer cosas difíciles para su edad?, etc. (Muñoz-Ledo *et al*, 2018)

Interpretación: Se refiere a la acción de explicar o declarar el sentido a algo, a expresar la realidad de un modo personal. Cuando el niño al envía mensajes de manera constante sobre sus necesidades e intereses, los padres deberán ser empáticos y tratar de reconocerlas, identificar cuales son y cuál es su significado, evitando adivinarlas o robarles la oportunidad de expresión.

Espera: de acuerdo con Muñoz-Ledo *et al* (2018), es una habilidad que ayudará a poder observar e interpretar al niño. Comúnmente los adultos al tener mejores habilidades comunicativas que los niños no respetan los turnos de los niños y dan por hecho sus respuestas. La capacidad de esperar de los padres, le permitirá al niño seguir un modelo de interacción.

Direccionalidad: Cualidad de los padres o cuidador que les permite orientar o dirigir al niño en una dirección. Se refiere a permitirle al niño la oportunidad de intervenir y escoger lo que le gusta. Si es necesario proporcionarle explicaciones, tomarse un momento para explicarlo y guiarlo de forma sutil, evitando manipulaciones físicas y promoviendo su participación, sin guiar de manera exagerada las acciones.

Creatividad: Capacidad o facilidad de los padres o cuidador para inventar o crear algo, como nuevas actividades, canciones, escenarios, juegos, empleo de diferente material, etc. (Muñoz-Ledo *et al*, 2018)

Accesibilidad: se refiere a la disponibilidad de la madre para recibir las comunicaciones del niño. Una madre accesible es aquella que tiene a su hijo en su campo de conciencia perceptiva en todo momento, es capaz de dividir su atención entre el bebé y otras personas, cosas y actividades sin perder conciencia de él, puede cambiar su atención hacia él fácilmente si necesita su supervisión o protección o si él intenta llamar su atención. Toma precauciones para no tenerlo tan lejos, esta constantemente alerta y consciente de la actividad y/o señales del niño y responde a él la mayor parte del tiempo.

Proximidad: se refiere a la capacidad de la madre para acercarse física y emocionalmente lo suficiente necesario para establecer una comunicación recíproca y efectiva con el niño.

INSTRUCTIVO DE CALIFICACIÓN DENTRO DE UNA SESIÓN GRUPAL

Este instrumento se calificará a través de la observación de una diada, dentro de una sesión de intervención temprana planificada, en la que se pueda observar la participación, interacción y comunicación de la madre con respecto al niño, al coordinador y otras diadas. No será aplicable en sesiones en las que se consideren pláticas de algún profesional externo, capacitaciones específicas, intervenciones o talleres dirigidos únicamente a los padres, en las cuales no pueden ser observables las conductas antes descritas.

INDICACIONES GENERALES

1. Cada profesional calificará el instrumento de una sola diada a la vez, con el objetivo de registrar de manera específica y poder interpretar todos los detalles presentes en su participación.
2. En el caso de que ambos padres acudan a la sesión, únicamente cuando se califique el instrumento, se les pedirá que uno de los dos trabaje con el niño, para poder observar en su totalidad las conductas manifestadas, ya que es un formato de evaluación individual. Si es necesario, en visitas posteriores se podrá registrar la participación del padre que no fue evaluado.
Es importante hacer la petición a los padres de no cambiar de cuidador dentro de la sesión, de lo contrario no podrá ser calificado adecuadamente el instrumento.
3. En caso de asistir padres con hijos de embarazos múltiples (gemelos, trillizos, etc), el profesional deberá calificar el instrumento con cada niño (a) y con el mismo cuidador en diferentes sesiones.
4. Si el cuidador tiene alguna limitación física que le impida desenvolverse de manera natural se deberá considerar para la calificación y colocar dentro de los comentarios, por ejemplo: embarazos, problemas ortopédicos o edad avanzada.
5. Se recomienda una aplicación cada dos meses para poder llevar un seguimiento de la participación del cuidador.
6. La hoja de aplicación se utilizará una sola vez y deberá anexarse al expediente. Para dar seguimiento a la participación del cuidador se utilizará un formato nuevo.
7. Calificar con un tache o una paloma sobre el cuadro que indique la calificación correspondiente.

MANUAL DE CALIFICACIÓN

DESCRIPCIÓN DEL SEMÁFORO

El criterio de calificación de cada indicador descrito en el manual se muestra en un recuadro a manera de semáforo con los siguientes colores y definiciones:

- **Verde oscuro (siempre/ muy bien):** en orden de frecuencia representa que la conducta o indicador evaluado se presenta a lo largo de TODA la sesión, durante todas las actividades. Significa la participación esperada por parte del cuidador, ya que es la calificación con valor más alto.
- **Verde claro (casi siempre/ bien):** en orden de frecuencia representa que la conducta o indicador evaluado se presenta a LA MAYORÍA DE LAS VECES, sin embargo, puede presentar ausencia ocasional o una leve dificultad para la realización de la conducta observada en el indicador.
- **Amarillo (ocasional/ deficiente):** en orden de frecuencia representa que la conducta se ha presentado en POCAS O ESCASAS OCASIONES, o que hay una tendencia marcada por un comportamiento negativo respecto al esperado.
- **Rojo (nunca/ mal):** en orden de frecuencia de aparición significa que la conducta esperada no se ha presentado en NINGÚN momento, o que el comportamiento es notoriamente negativo respecto al esperado. Es el tipo de participación que no se esperaría en ningún cuidador, ya que representa la calificación más baja.
- **Blanco (sin oportunidad S/O):** calificación que será utilizada en caso de que el cuidador no tenga un momento en el cual demostrar alguna conducta planteada en el indicador, pero ÚNICAMENTE por ausencia de oportunidad y no por falta de voluntad. Por ejemplo: cuando sea la única diada en la sesión y no pueda prestar atención a otras diadas o cuando sea su primera vez en terapia grupal. Los indicadores que podrán ser calificados con esta puntuación se encuentran señalados en el manual.

Las definiciones en color verde representan una calificación positiva de alguna conducta esperada, representan lo ideal observable dentro de la sesión, mientras que el rojo y amarillo representan una calificación negativa.

Cada definición del semáforo esta representada por un valor numérico colocado a la derecha entre paréntesis, el cual se sumará para obtener el puntaje total de cada evaluación y se colocará en el apartado de total al final de la hoja.

CATEGORÍA MOTIVACIÓN

DEFINICIÓN

La motivación se define como un proceso conductual del cuidador influenciado por factores extrínsecos e intrínsecos, que lo impulsa a actuar, dirigir su conducta hacia la consecución del bienestar del niño, de los objetivos o metas que considera gratificantes y la ayuda que requiere por parte de los profesionales.

Es importante considerar que puede estar determinada por factores biológicos (condiciones orgánicas que limitan la posibilidad de percibir estímulos), la experiencia (influencia de hechos pasados y sus consecuencias) y el medio ambiente.

La motivación está integrada por variables cognitivas, referentes a la forma de análisis, valoración y atribución de causas y las afectivas, referidas al estado afectivo actual del sujeto. La valoración y atribución de causas para fines de este manual se clasificarán en la categoría de interés y propósito, y las variables afectivas como actitud. La motivación entre otros factores, puede contribuir a que el cuidador realice de forma adecuada las actividades, posibilitando un resultado satisfactorio (Rabadán, 2014)

Se espera que el interés del cuidador tenga sea equitativo entre cada uno de los elementos que conforman el programa (el niño, el coordinador, sus principios, otros padres y la planificación). Esta categoría se divide a su vez en dos subcategorías: interés y propósito.

SUBCATEGORÍA INTERÉS

Como elemento de la motivación es el componente cognitivo y de análisis que le permite al cuidador comprender la importancia de su asistencia e implicación dentro de un programa de intervención temprana y el seguimiento continuo del desarrollo de su hijo.

Las capacidades del cuidador referidas al interés, se relacionan en mayor medida con recursos cognitivos y afectivos, como la **atención**, que le permiten identificar el elemento del programa en el que se tiene que enfocar y la importancia que le asigna. Las competencias que los padres demuestran durante su participación en esta subcategoría son:

- Sensibilidad

- Observación

SUBCATEGORÍA PROPÓSITO

Componente mental de la motivación que se refiere a actuar con conocimiento de causa a través de la **voluntad**, que le permite a los padres actuar de forma intencionada, con libertad de elección y dirección para llegar a un objetivo a corto, mediano y largo plazo. Esta subcategoría también está ligada a la **actitud**, una vez que el cuidador ha recibido la información por parte del coordinador, actúa en relación con su hijo y con la actividad para conseguir la meta planteada.

El propósito se encuentra estrechamente ligado al concepto de voluntad, que hace referencia a la disposición de actuar para llegar al objetivo de cada actividad. Las competencias que los padres demuestran durante su participación en esta subcategoría son:

- Creatividad
- Direccionalidad
- Observación
- Espera
- Sensibilidad

ESQUEMA DE LA ORGANIZACIÓN DE LA CATEGORÍA DE MOTIVACIÓN

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	DIMENSIÓN	CANTIDAD DE INDICADORES
MOTIVACIÓN	<i>Interés</i>	Cuidador - niño	4
		Cuidador- coordinador	2
	<i>Propósito</i>	Cuidador - niño	2
		Cuidador - actividad	2
TOTAL DE INDICADORES			10

Categoría	Subcategoría	Dimensión	Definición operativa
MOTIVACIÓN	INTÉRÉS	CUIDADOR - NIÑO	Capacidad del cuidador para atribuir importancia al programa y de su valor con respecto al desarrollo del niño, denotada en su asistencia, puntualidad y en su capacidad para dirigir su atención hacia él.
ITEMS: 1- 4			

1. Su comportamiento al llegar, demuestra disposición para integrarse, realizar y aprender de las actividades.

DESCRIPCIÓN: La actitud del cuidador al llegar a la sesión, denota interés en participar activamente y realizar lo planteado por el coordinador. Observar desde el momento de ingresar, acomodar sus pertenencias y acomodarse para iniciar con la sesión hasta finalizar los logros y obstáculos.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	Se incorpora a la sesión de manera activa y con buena disposición para trabajar.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayor parte del tiempo observado se incorpora a la sesión con buena disposición para trabajar.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	Se observa poca disposición para incorporarse a la sesión.
	NUNCA / MAL (1)	No se observa disposición por integrarse a la sesión.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	No aplicable en este indicador.

2. Su disposición para integrarse, realizar y aprender, es constante en todas las actividades.

DESCRIPCIÓN: su actitud participativa, interés, disponibilidad y motivación persisten durante todas las actividades planeadas de la sesión. Dentro de los factores que pueden influir en el cambio son: el comportamiento del niño, tipo de actividad, dificultad o facilidad en la realización de la misma, ritmo de la sesión, comentarios del coordinador o acompañantes, estado de salud, etc.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento el cuidador conserva la misma actitud positiva y disposición para realizar las actividades planteadas.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las veces persiste la misma actitud positiva y disposición para realizar las actividades planteadas. • Mejora su actitud a lo largo de la sesión, comparada con la inicial.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • En pocas ocasiones se observa la misma disposición para realizar las actividades planteadas. • Por algún factor o circunstancia su disposición disminuye a lo largo de la sesión.
	NUNCA / MAL (1)	No se observa disposición de realizar las actividades.
SIN OPORTUNIDAD (0)		No aplicable en este indicador.

NOTA: en caso de que se identifique el factor de cambio registrarlo en el espacio de las observaciones.

3. Dirige su atención hacia el niño y está pendiente de él.

DESCRIPCIÓN: Durante la sesión el cuidador observa y presta atención al niño, a sus sus acciones, actividad, gestos, movimientos, comunicación e interacción.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento el cuidador está atento al niño. Privilegia su atención hacia él durante la sesión.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces está atento al niño, sin embargo, algunas veces se distrae y llega a perderle atención.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones está atento al niño, ya que se distrae con otros elementos fácilmente.
	NUNCA / MAL (1)	No dirige su atención hacia el niño durante la sesión.
SIN OPORTUNIDAD (0)		No aplicable en este indicador.

4. Es sensible y responde a los diferentes estados de ánimo del niño.

DESCRIPCIÓN: El cuidador es sensible a los estados de ánimo del niño, lo que le permite identificar cuando el niño está feliz, enojado, triste, asombrado, asustado o apenado y es capaz de responder a cada una de ellas de manera adecuada, pronta y oportuna. En caso de ser un estado como enojo o tristeza evita que se convierta en

llanto extremo, llegando a ser incontrolable o difícil de manejar. Algunas maneras de responder adecuadamente pueden ser:

- Hablarle para tranquilizarlo
- Tocarle o acariciarlo
- Abrazarlo o cargarlo
- Cantarle
- Iniciar otro juego para descentralizar su atención

	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento es sensible y responde a los diferentes estados de ánimo del niño de manera acertada y pronta.
+	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces es sensible y responde a los diferentes estados de ánimo del niño de manera acertada y pronta.
	OCASIONAL DEFICIENTE (2) /	En pocas ocasiones es sensible y responde a los diferentes estados de ánimo del niño de manera acertada y pronta.
-	NUNCA / MAL (1)	No es sensible y no responde a los diferentes estados de ánimo del niño.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En caso de que el niño se encuentre dormido durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

Categoría	Subcategoría	Dimensión	Definición operativa
MOTIVACIÓN	INTERÉS	CUIDADOR - COORDINADOR	Se refiere a la capacidad del cuidador para dirigir su atención hacia el coordinador, a la manera de realizar las actividades o estrategias sugeridas para aprender lo que considera importante durante la sesión.
ITEMS: 5 y 6			

5. Se muestra atento a las indicaciones o comentarios que da el coordinador o profesional de apoyo (escucha, observa, asiente, realiza expresiones faciales).

DESCRIPCIÓN: El cuidador dirige su atención e interés hacia las indicaciones, comentarios o demostraciones que da el coordinador o profesional, ya sea durante explicaciones generales o recomendaciones específicas para su diada, buscando aprender las estrategias o como realizar una actividad. Algunas muestras de estar atento al coordinador son: escuchar, observar, asentir o realizar expresiones faciales.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento se muestra atento al coordinador.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces se muestra atento al coordinador, pero algunas veces pierde la atención.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones se muestra atento al coordinador.
	NUNCA / MAL (1)	No presta atención al coordinador en ningún momento.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	No aplicable en este indicador.

6. Es capaz de poner atención a la actividad y comentarios realizados por otras diadas, para incorporar elementos importantes, sin abstraerse solamente en la suya.

DESCRIPCIÓN: El cuidador presta atención hacia su niño, pero también es capaz de estar pendiente de acciones, situaciones o comentarios realizados por otras diadas durante la sesión, para aprender de sus experiencias, incorporar estrategias o conocimiento nuevo para aplicarlo en su diada.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento es capaz de dirigir su atención a las demás diadas.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces dirige su atención hacia otras diadas, sin embargo en ocasiones se abstrae únicamente en la suya.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones dirige su atención hacia otras diadas, hay una marcada tendencia por abstraerse únicamente en la suya.
	NUNCA / MAL (1)	En ningún momento dirige su atención hacia otras diadas.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	En caso de que la diada evaluada sea la única en asistir a la sesión.

Categoría	Subcategoría	Dimensión	Definición operativa
MOTIVACIÓN	PROPÓSITO	CUIDADOR - NIÑO	Capacidad del cuidador de guiar su conducta de forma intencionada para cumplir con un objetivo específico, ya sea que lo haya identificado o se le han planteado, debido a que reconoce la importancia y la necesidad de conseguirlo.
ITEMS: 7 y 8			

7. Implementa una serie de estrategias eficaces para lograr integrar al niño a la actividad y llevarla a cabo de acuerdo al objetivo (realiza sonidos o gestos, invita al niño a participar, es creativo).

DESCRIPCIÓN: El cuidador cuenta con estrategias eficaces y las emplea en el momento adecuado ya que le permiten integrar al niño en la actividad y promover su participación, tanto individualmente como con el resto del grupo. Si es un niño difícil de involucrar y el cuidador persiste con diferentes estrategias, pero no logra su integración, se calificará con puntaje negativo, ya que, a pesar de contar con las herramientas o estrategias, éstas no son eficaces con el niño.

Por ejemplo: el cuidador le muestra el material al niño, realiza sonidos para llamar su atención, compara la actividad con acciones que realizan en casa, realiza gestos faciales, invita al niño a participar dándole el turno, es creativo, etc.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento implementa estrategias adecuadas y eficaces para integrar al niño en la actividad.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces implementa estrategias que adecuadas y eficaces para integrar al niño en la actividad.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones las estrategias que implementa son adecuadas y eficaces para integrar al niño en la actividad.
	NUNCA / MAL (1)	No implementa estrategias adecuadas ni eficientes para integrar al niño en las actividades.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	En caso de que el niño se encuentre dormido o llorando durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

8. Orienta oportunamente las acciones del niño para cumplir con el objetivo de la actividad.

DESCRIPCIÓN: El cuidador orienta las acciones del niño, de manera que puede señalarle, explicarle y guiar en el procedimiento para alcanzar el objetivo de la actividad. Dependiendo de la edad, el cuidador puede orientar de manera física, con señalamientos, tomándolo de la mano, dándole el ejemplo o de manera verbal. Es importante observar la habilidad de direccionalidad del cuidador, pero sin llegar a un concepto rígido como el de dirigir, ya que de esta manera limitaría su participación al niño.

	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento orienta oportunamente al niño para que pueda realizar la actividad y lograr el objetivo de la misma.
+	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	En la mayoría de las veces orienta oportunamente al niño para que pueda realizar la actividad y lograr el objetivo de la misma.
	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones orienta oportunamente al niño para que pueda realizar la actividad y lograr el objetivo de la misma.
-	NUNCA / MAL (1)	No orienta al niño en ninguna oportunidad.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	En caso de que el niño se encuentre dormido o llorando durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

NOTA: si el cuidador orienta al niño pero es intrusivo calificar como siempre, pero la intrusividad o exceso de ayuda se calificará en el indicador 32.

Categoría	Subcategoría	Dimensión	Definición operativa
MOTIVACIÓN	PROPÓSITO	CUIDADOR - ACTIVIDAD	Implica la búsqueda por una adecuada realización de la actividad y concluirla de acuerdo a los objetivos planteados.
ITEMS: 9 y 10			

9. Se involucra en las actividades y busca llevarlas a cabo utilizando diferentes medios, de acuerdo al objetivo (cambiar de material o posición, cantar, usar gestos o palabras diferentes).

DESCRIPCIÓN: El cuidador se involucra activamente en las actividades, si es necesario hace modificaciones para que el niño realice las actividades de acuerdo al

objetivo que se esté trabajando. Por ejemplo: cambia de material o posición, agrega algún elemento como cantar, usar gestos o lenguaje diferente al propuesto, pero sin cambiar el objetivo.

Este indicador evalúa si el cuidador hace lo necesario (inclusive modificaciones) para conseguir el propósito de la actividad, mientras que el indicador 7 evalúa la habilidad del cuidador para provocar el interés del niño en las actividades e integrarlo a ellas.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento se involucra en las actividades y busca llevarlas a cabo.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces se involucra en las actividades y busca llevarlas a cabo.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones se involucra en las actividades y busca llevarlas a cabo.
	NUNCA / MAL (1)	No logra involucrarse en la actividad, por lo que no genera diferentes acciones para llevarlas a cabo.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En caso de que el niño se encuentre dormido o llorando durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

NOTAS: 1) En caso de que el cuidador irrite y/o obligue al niño a realizar la actividad se calificará como nunca. 2) En caso de que el niño se encuentre dormido pero el cuidador intente hacer la actividad para recibir retroalimentación del coordinador para realizarla en su hogar se calificará como siempre o casi siempre dependiendo de la frecuencia.

10. Es sensible a las necesidades del niño y responde a ellas, sin poner como prioridad el cumplimiento de la actividad.

DESCRIPCIÓN: la conducta a observar en el cuidador en este indicador es únicamente su sensibilidad, lo que significa que identifica acertadamente las necesidades del niño y que a pesar de que tiene como objetivo realizar la actividad, no la considera como una prioridad sobre las necesidades, acciones, estado físico o estado anímico del niño.

Por ejemplo: Cuando un cuidador identifica que el niño llora por hambre y responde de manera prioritaria dándole de comer, antes de continuar con la actividad se calificará de manera positiva (siempre o casi siempre). En cambio, un cuidador que a pesar de identificar la necesidad del niño, busca cumplir con la actividad y posterga la respuesta a la misma será calificado de manera negativa.

SIEMPRE/MUY BIEN (4)	En todo momento es sensible a las necesidades, estado físico o anímico del niño, no pone como prioridad el cumplimiento de la actividad.
CASI SIEMPRE/BIEN (3)	La mayoría de las veces es sensible a las necesidades, estado físico o anímico del niño, no pone como prioridad el cumplimiento de la actividad.

+		
	OCASIONAL/DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones es sensible a las necesidades, estado físico o anímico del niño, ya que toma como prioridad el cumplimiento de la actividad.
-	NUNCA/ MAL (1)	No es sensible a las necesidades del niño y toma como prioridad el cumplimiento de la actividad.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	En caso de que el niño se encuentre dormido durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

CATEGORÍA INTERACCIÓN

DEFINICIÓN

Relación que existe entre el cuidador y el niño, mediante la cual establecen un tipo de vínculo y que se despliega a través de la comunicación, ya sea física o verbal (Rabadán 2014). Dunst la define como la relación del niño con su microsistema, es decir su madre y su familia y apoya que las competencias comunicativas en el niño dependen en gran parte de la responsividad, sincronía y sensibilidad de la madre.

Es importante considerar que el contexto dentro del cual se desarrolla la interacción entre madre-hijo variará como respuesta a factores culturales, sociales y físicas del medio ambiente y de un sistema cultural al que pertenecen los padres (Muñoz-Ledo, 2007)

La interacción se despliega a través de la comunicación, con una serie de acciones que permiten el contacto entre el cuidador y el niño, ya sea a nivel físico o verbal.

SUBCATEGORÍA DE COMUNICACIÓN FÍSICA

Nivel de comunicación que se da sin ningún tipo de expresión verbal, es decir a partir de su expresión corporal y el contacto físico, a través de expresiones faciales, manipulaciones como caricias, cargarlo, etc. (Rabadán, 2014)

Las competencias que los padres demuestran durante su participación en esta subcategoría son:

- Interacción
- Espera

- Proximidad

SUBCATEGORÍA DE COMUNICACIÓN VERBAL

Nivel de comunicación que se establece a partir del lenguaje oral, a través de lo que el cuidador le expresa al niño con palabras, cantos, indicaciones, frases, etc.

Las competencias que los padres demuestran durante su participación en esta subcategoría son:

- Sensibilidad
- Proximidad
- Observación
- Direccionalidad

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	DIMENSIÓN	CANTIDAD DE INDICADORES
INTERACCIÓN	<i>Comunicación</i>	Física	3
		Verbal	8
TOTAL DE INDICADORES			11

Categoría	Subcategoría	Dimensión	Definición operativa
INTERACCIÓN	COMUNICACIÓN	FÍSICA	Nivel de comunicación que se da sin ningún tipo de expresión verbal, es decir a partir de su expresión corporal y el contacto físico, a través de expresiones faciales, manipulaciones como caricias, cargarlo, etc.
ITEMS: 15-17			

11. Su actitud corporal y contacto físico con respecto al niño denota afecto positivo (acercamientos, caricias, abrazos, etc.).

DESCRIPCIÓN: El cuidador mediante aproximaciones, caricias, contacto físico, movimientos, manipulaciones, desplazamientos, etc. le demuestra al niño afecto de manera positiva que se puede interpretar como amor, cariño, alegría, orgullo, aprobación, acompañamiento, confianza hacia el niño, etc.

	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento su actitud corporal y contacto físico muestran afecto positivo.
+	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces su actitud corporal y contacto físico muestran afecto positivo.
	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones su actitud corporal y contacto físico muestran afecto positivo.
-	NUNCA / MAL (1)	No muestra afecto positivo a través de su actitud corporal y contacto físico.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	No aplicable en este indicador. Aún cuando el niño esté dormido se puede calificar este indicador.

12. Expresa al niño sus diferentes emociones a través de gestos, posturas o actitudes, de manera congruente con lo que desea expresar.

DESCRIPCIÓN: El cuidador le transmite al niño adecuadamente sus emociones y sentimientos como enojo, felicidad, aprobación o desaprobación a través de diferentes gestos, posturas, actitudes, movimientos, ademanes, etc., de manera congruente con lo que desea expresar.

Por ejemplo: un cuidador que establece límites cuando el niño lo ha golpeado, expresa su enojo y desaprobación con el gesto de enojo, establece distancia física y emocional, no se ríe y logra que el niño entienda su emoción.

	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento expresa sus diferentes emociones de manera clara y congruente con sus gestos y acciones.
+	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces expresa sus diferentes emociones de manera clara y congruente con sus gestos y acciones.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • En pocas ocasiones muestra una congruencia entre sus emociones y sus acciones. <p>Por ejemplo: al enojarse después de ser golpeado(a) por el niño, le llama la atención, sin embargo se ríe o sonríe al establecer distancia física o emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene dificultad para expresar sus emociones en general.

NUNCA / MAL (1)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> No expresa sus emociones hacia el niño. Su demostración de emociones no es clara o congruente con sus acciones.
SIN OPORTUNIDAD (0)	No aplicable en este indicador.

13. Sus muestras de afecto hacia el niño son oportunas, adecuadas al contexto y sin intervenir en sus acciones o participación.

DESCRIPCIÓN: Cuando el cuidador hace muestras de afecto hacia el niño como caricias, besos, abrazos, cosquillas, cargarlo, etc., éstas son apropiadas para la situación y contexto, es decir, no interfieren con las acciones del niño, no lo limitan o restringen en su participación, movimiento, desplazamiento o actividad.

Por ejemplo: Si un cuidador demuestra físicamente su afecto con caricias o besos en el momento en el que el niño está concentrado haciendo una actividad y esto hace que el niño se desconcentre o deje de hacer lo que esta haciendo, se calificaría como negativo porque se considera que esta demostración es fuera del contexto y no es oportuna por interferir su actividad.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento sus muestras de afecto son oportunas al contexto.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces sus muestras de afecto son oportunas al contexto.
	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones sus muestras de afecto son oportunas al contexto.
	NUNCA / MAL (1)	Sus muestras de afecto son claramente inapropiadas al contexto.
-	SIN OPORTUNIDAD (0)	No aplicable en este indicador.

Categoría	Subcategoría	Dimensión	Definición operativa
INTERACCIÓN	COMUNICACIÓN	VERBAL	Nivel de comunicación que se establece a partir del lenguaje oral, a través de lo que el cuidador le expresa al niño con palabras,

			cantos, indicaciones, frases, etc.
ITEMS: 14 - 21			

14. Establece comunicación verbal con el niño que denota afecto o emociones positivas (alegría, admiración, orgullo, serenidad).

DESCRIPCIÓN: El cuidador demuestra afecto, cariño o cualquier emoción positiva como alegría, serenidad, gratitud, diversión, admiración, amor u orgullo, a través del lenguaje expresivo que utiliza cuando habla con el niño, ya sea cuando le explica alguna actividad, da alguna instrucción, explica alguna circunstancia o en cualquier momento de interacción. Aún cuando hay dificultades en la ejecución de las actividades, persiste la misma expresión positiva y afectiva.

+	SIEMPRE/MUY BIEN (4)	En todo momento su lenguaje verbal expresa afecto o emociones positivas hacia el niño.
	CASI SIEMPRE/BIEN (3)	En la mayoría de las ocasiones su lenguaje verbal expresa afecto o emociones positivas hacia el niño.
-	OCASIONAL/DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones su lenguaje verbal expresa afecto o emociones positivas hacia el niño.
	NUNCA/ MAL (1)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> Hay una tendencia a expresarse denotando emociones negativas hacia el niño. Hay ausencia en la comunicación verbal por parte de la madre.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	No aplicable en este indicador.

15. Expresa verbalmente emociones, pensamientos o sentimientos positivos hacia el coordinador, otros niños, padres o el programa.

DESCRIPCIÓN: El cuidador manifiesta a través de sus comentarios, opiniones, sugerencias y en general cualquier manifestación verbal emociones positivas como alegría, serenidad, gratitud, diversión, admiración, empatía, reconocimiento o confianza hacia los elementos que conforman la sesión; el coordinador, otros padres o niños, el desarrollo de la sesión o el mismo programa. Se puede considerar como alguna manifestación de emociones positivas que el cuidador le hable de manera amorosa o alegre a otro niño, o a otro cuidador. Si expresa críticas estas son constructivas y llevan al aprendizaje y/o retroalimentación.

+	SIEMPRE/MUY BIEN (4)	En todo momento realiza comentarios manifiestan emociones positivas hacia algún elemento de la sesión.
	CASI SIEMPRE/BIEN (3)	La mayoría de las veces realiza comentarios que expresan emociones positivas hacia algún elemento de la sesión.
-	OCASIONAL/DEFICIENTE (2)	Pocas ocasiones realiza comentarios que expresan emociones positivas hacia algún elemento de la sesión.
	NUNCA/MAL (1)	Sus comentarios y diálogo denotan sentimientos negativos hacia algún elemento de la sesión.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	No aplicable en este indicador.

16. Busca tener contacto visual con el niño al hablarle y dirigirse a él, en las situaciones que se requiere (al cantar, interactuar, buscar su atención).

DESCRIPCIÓN: El cuidador mantiene contacto visual con el niño sin necesidad de acercamientos físicos, busca su mirada y mantener contacto con él cuando hablan, cantan, interactúan, cuando busca su atención y cuando es pertinente que lo haga, es decir no interrumpe al niño en sus actividades para buscar el contacto visual. Puede usar diferentes estrategias como hablarle o llamarlo por su nombre para atraer su atención. En caso de ser necesario, insiste en recapturarla cuando la pierde.

+	SIEMPRE/MUY BIEN (4)	En todo momento que es necesario busca tener contacto visual con el niño.
	CASI SIEMPRE/BIEN (3)	La mayoría de las veces busca tener contacto visual con el niño.
-	OCASIONAL/DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones busca el contacto visual con el niño.
	NUNCA/MAL (1)	En ningún momento busca tener contacto visual con el niño.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	En caso de que el niño se encuentre dormido durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

NOTA: si el cuidador emplea estrategias para buscar el contacto visual con el niño de manera persistente y no se logra una respuesta recíproca se calificará como siempre o casi siempre dependiendo el caso, ya que la madre no desiste en buscar la mirada. En el indicador 6 se calificará su capacidad para mantener la atención del niño con ocasional o nunca dependiendo del caso.

17. Reconoce y felicita al niño de manera verbal, ante logros, esfuerzos o acciones que considera satisfactorias.

DESCRIPCIÓN: El cuidador le hace saber al niño que ha logrado una meta u objetivo de la actividad que están realizando, lo reconoce ante su esfuerzo de realizarlo o en

situaciones que él considera satisfactorias. Lo reconoce de manera positiva y felicita utilizando palabras que denotan comentarios, frases de aliento, de aprobación y motivación.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento reconoce al niño ante sus logros, acciones y esfuerzos.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces reconoce al niño ante sus logros, acciones y esfuerzos.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones reconoce al niño ante sus logros, acciones y esfuerzos.
	NUNCA / MAL (1)	No reconoce al niño ante sus logros, acciones ni esfuerzos.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En caso de que el niño se encuentre dormido durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

NOTA: en el caso de que el cuidador no haga el reforzamiento por su incapacidad para reconocer los logros, por dificultad en la comunicación en la diada o por dificultad en la transmisión del mensaje por aspectos como hablar un dialecto específico, prácticas de crianza poco interactivas, miembros de comunidades indígenas o poca interacción en la diada calificar con puntaje negativo y anotar en comentarios.

18. Utiliza diferentes tonos de voz de manera coherente con las emociones, indicaciones o comentarios que le desea expresar al niño (ante aprobación, desaprobación, dificultades, logros, enojo, felicidad).

DESCRIPCIÓN: El cuidador es coherente al usar cambios en su tono de voz de acuerdo a lo que desea expresar en diferentes la situaciones, de manera que el mensaje que le transmite al niño es claro.

Por ejemplo: un cuidador que quiera llamarle la atención al niño y este utilizando un tono de voz bajo y se ría en el momento de hacerlo, no muestra coherencia entre el mensaje que desea transmitir y su tono de voz. En este caso se calificaría con puntaje negativo (ocasional o nunca).

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento utiliza sus tonos de su voz de manera coherente con lo que desea transmitir .
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces utiliza sus tonos de voz de manera coherente con lo que desea transmitir.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones utiliza sus tonos de voz de manera coherente con lo que desea transmitir.
	NUNCA / MAL (1)	No utiliza tonos de voz de manera coherente con lo que desea transmitir.
SIN OPORTUNIDAD (0)		No aplicable en este indicador.

19. Promueve el lenguaje del niño por diferentes medios y situaciones (le habla, describe o nombra objetos, le da su turno).

DESCRIPCIÓN: El cuidador propicia el lenguaje del niño en cualquier situación como: al iniciar alguna actividad, durante las actividades o en interacciones espontáneas, utilizando diferentes medios ya sea hablándole para que a través del ejemplo el niño repita sonidos, palabras o frases (dependiendo la edad del niño), describirle los objetos o juguetes con los que están trabajando, remarcando características de un juguete o nombrando cosas.

Además se busca evaluar en el cuidador la *alternancia*, como elemento necesario en la comunicación entre dos personas. Esta se puede observar cuando le permita al niño responder a lo que el le pregunta, dándole su turno para expresarse, haciendo pausas para permitirle espacio al niño de contestar. Independientemente si hay respuesta o no por parte del niño, se calificará con que frecuencia se presenta la conducta en el cuidador.

Por ejemplo: un cuidador que le da el turno al niño para contestar o comunicarse con frases como: “te toca”, “es tu turno”, “¿Cómo se dice?”, “ahora dilo tu” o simplemente haciendo pausas después de sus frases para esperar la respuesta del niño se calificará de manera positiva. Mientras que un cuidador que habla demasiado y no permite al niño comunicarse se calificará como negativo, ya que su estrategia para promover el lenguaje no es efectiva y el niño no tiene oportunidad de expresarse verbalmente.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento promueve el lenguaje del niño utilizando diferentes medios.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces promueve el lenguaje del niño utilizando diferentes medios.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones promueve el lenguaje del niño utilizando diferentes medios.
	NUNCA / MAL (1)	No promueve el lenguaje del niño.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En caso de que el niño se encuentre dormido durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

20. El lenguaje que utiliza para comunicarse con el niño es adecuado para su edad, comprensión y acorde al contexto o situación.

DESCRIPCIÓN: El cuidador le habla al niño utilizando un lenguaje claro, sencillo y adecuado a su edad, acorde a lo que desea transmitir y sin utilizar un lenguaje rebuscado o difícil de entender para el niño.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento utiliza un lenguaje claro y adecuado a la edad y comprensión del niño.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces utiliza un lenguaje claro y adecuado a la edad y comprensión del niño.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones utiliza un lenguaje claro y adecuado a la edad y comprensión del niño.
	NUNCA / MAL (1)	No utiliza un lenguaje claro ni adecuado para la edad y comprensión del niño.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En caso de que el niño se encuentre dormido durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

21.El ritmo y cantidad de palabras que utiliza para dar las indicaciones son adecuados, sin llegar a saturarlo.

DESCRIPCIÓN: El cuidador cuando le habla al niño utiliza una cantidad de palabras adecuadas para su edad, no utiliza demasiadas palabras y es capaz de expresar su idea en un mensaje corto, claro y fácil de entender. Cuando da indicaciones o describe procedimientos le permite dar respuesta a cada una de ellas, sin saturarlo al hacer varias peticiones al mismo tiempo. Si un cuidador utiliza demasiadas palabras y utiliza una jerga como si se dirigiera a un adulto y el contenido del mensaje no queda claro por el exceso de lenguaje, en este caso se calificará con puntaje negativo.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento utiliza un lenguaje adecuado en ritmo y cantidad.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces utiliza un lenguaje adecuado en ritmo y cantidad.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones utiliza un lenguaje adecuado en ritmo y cantidad.
	NUNCA / MAL (1)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • No utiliza un lenguaje adecuado ni en ritmo ni en cantidad. • No da indicaciones verbales.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En caso de que el niño se encuentre dormido o llorando durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

CATEGORÍA HABILIDAD

DEFINICION

La categoría de habilidad se refiere a la capacidad física e intelectual del cuidador para resolver problemas, incorporar conocimiento nuevo, asimilarlo y aplicarlo. La habilidad física implica la relación postural que guarda con respecto al niño y la actividad, identificar la necesidad de incorporar una postura o movimiento nuevo y su implicación en el desarrollo del niño o buscar alguna posición para favorecer una mejor participación del niño en la actividad.

Esto bajo el elemento principal de poder incorporar elementos propuestos durante la sesión y su adecuación a su diada en particular, a sus necesidades y objetivos.

Involucra la capacidad para dominar un contenido y operarlo, así como de integrar el conocimiento nuevo en el procesamiento intelectual de cada uno.

SUBCATEGORÍA CUIDADOR-NIÑO

Esta es la única subcategoría y se refiere a la capacidad del cuidador para desplegar acciones que permiten la realización de una actividad, a partir de la ejecución práctica, perfeccionamiento constante y el desarrollo de nuevas habilidades que incorpora a su diada.

Las competencias que los padres demuestran durante su participación en esta subcategoría son:

- Proximidad
- Observación
- Interpretación
- Creatividad

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	DIMENSIÓN	CANTIDAD DE INDICADORES
HABILIDAD	<i>Cuidador - niño</i>	ninguna	6
TOTAL DE INDICADORES			6

Categoría	Subcategoría	Dimensión	Definición operativa
HABILIDAD	CUIDADOR - NIÑO	-	Referente a la capacidad física e intelectual del cuidador para resolver problemas, incorporar conocimiento nuevo, asimilarlo y aplicarlo. La habilidad física implica la relación postural que guarda con respecto al niño y la actividad, identificar la necesidad de incorporar una postura o movimiento nuevo y su implicación en el desarrollo del niño o buscar alguna posición para favorecer una mejor participación del niño en la actividad.
ITEMS: 22 - 27			

22. Identifica y mantiene una relación postural óptima para dirigirse al niño, darle indicaciones, posicionarlo, interactuar o ayudarlo si es necesario.

DESCRIPCIÓN: El cuidador identifica, adopta y mantiene una posición correcta, dentro de sus posibilidades, para poderse dirigir al niño considerando una óptima proximidad, interacción y comodidad, para darle indicaciones, posicionarlo con respecto a él, para cumplir con alguna actividad o guiarlo en el proceso.

Por ejemplo: Un cuidador que se coloca de frente o a lado de el niño durante las canciones, en momentos de interacción o al momento de darle indicaciones al niño, se calificará de manera positiva, porque considera la proximidad y momento para interactuar con el niño. Mientras que un cuidador que coloca al niño de frente pero dándole la espalda, no tiene oportunidad de dirigirlo ni de promover la mirada del niño.

	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento mantiene una adecuada relación postural con relación al niño.
+	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces mantiene una adecuada relación postural con el niño.
	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones mantiene una adecuada relación postural con relación al niño.
-	NUNCA / MAL (1)	Nunca mantiene una adecuada relación postural con el niño.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	No aplicable en este indicador.

NOTA: Los cuidadores que presenten limitación de movimiento (mujeres embarazadas, cuidadores en sillas de ruedas, adultos mayores, lesiones osteo-articulares, etc) calificar de acuerdo a sus posibilidades y registrarlo en comentarios. Registrar como siempre o frecuente si se aproxima a una posición ideal toda la sesión o la mayor parte de la sesión respectivamente, con apoyo de algún aditamento (almohadas, sillas altas o pequeñas) o bien haciendo las modificaciones necesarias.

23. Su postura denota protección y cuidado hacia el niño y está dirigida para prevenir algún riesgo o accidente.

DESCRIPCIÓN: El cuidador es capaz de guardar una relación postural con el niño que le permite anticipar y reaccionar oportunamente ante situaciones u objetos que representan peligro para él, proporcionándole seguridad y previniendo posibles accidentes como:

- Golpes en la cabeza al aventarse hacia atrás
- Caídas al recorrer circuitos, subir y bajar bancos o escaleras
- Caídas al sentarse sin mirar donde está la silla
- Atragantamiento con objetos pequeños
- Caídas de la colchoneta hacia el piso
- Picarse los ojos con algún material
- Evitar que lastime a otros compañeros

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento su relación postural denota protección, cuidado y prevención de accidentes.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces su relación postural denota protección, cuidado y prevención de accidentes.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones su relación postural denota protección, cuidado y prevención de accidentes. En repetidas ocasiones el niño se golpea, se cae o se lastima.
	NUNCA / MAL (1)	Su relación postural no denota protección ni cuidado. No previene accidentes ya que en repetidas ocasiones el niño se golpea, se cae o se lastima debido a que el cuidador.
SIN OPORTUNIDAD (0)		No aplicable en este indicador.

24. Procura mantener la posición inicial del niño sugerida por el coordinador o propone otra (s) que le permitan al niño cumplir con los objetivos de la actividad.

DESCRIPCIÓN: El cuidador mantiene la posición corporal del niño que le es sugerida por el coordinador, por ejemplo, posiciones en sedestación con uso de huacal, en cuñas o en capullos, en bipedestación, al promover el gateo, corregir posturas inadecuadas como sentarse en “w”, hiperextensión de tronco y miembros inferiores, contener el movimiento, cambiarlo de lugar, cantar frente a frente, sentar al niño frente a el, etc., para poder facilitarle al niño la ejecución de la actividad.

Reconoce la importancia de estas posturas, procura mantenerla o si es necesario la corrige. En este indicador se podrá observar si la madre es organizadora de una buena postura en el niño.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento procura mantener la posición sugerida para la actividad.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces procura mantener la posición sugerida para la actividad.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones procura mantener la posición sugerida para la actividad.
	NUNCA / MAL (1)	No procura mantener la posición sugerida para la actividad.
SIN OPORTUNIDAD (0)		No aplicable en este indicador.

25. Utiliza estrategias de sesiones anteriores o comenta sobre actividades aprendidas en el programa y que han realizado en casa.

DESCRIPCIÓN: calificar cualquiera de las siguientes situaciones:

El cuidador implementa diferentes estrategias aprendidas de sesiones anteriores que son útiles y efectivas en su diada, aún cuando el coordinador no le pide hacerlas, ya que ha encontrado su beneficio, las ha aprendido y las aplica con frecuencia, ó el cuidador menciona actividades o estrategias que han realizado en casa dentro de algún otro escenario, su utilidad, cambios o modificaciones necesarias para poderlas llevar a cabo, los resultados obtenidos y como las ha implementado. Esto se puede presentar de manera espontánea al hacer comparaciones de actividades en la sesión, para compartir con otros padres o al responder a preguntas directas del coordinador.

Lo importante a observar en este indicador es la implementación del programa durante y fuera de la sesión.

Por ejemplo: Las estrategias que el cuidador puede implementar son de diferentes tipos como posturales o de posicionamiento, para la regulación conductual, para promover el lenguaje o mejorar la participación del niño, establecer distancia física y emocional ante golpes, manipulación física, ceder el turno al niño para mejorar su respuesta verbal, entre otras.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • En todo momento se observa el uso de estrategias aprendidas en sesiones anteriores • El cuidador comenta de actividades o estrategias realizadas en casa.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las ocasiones se observa el uso de estrategias aprendidas en sesiones anteriores • El cuidador comenta de actividades o estrategias realizadas en casa.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • En pocas ocasiones implementa estrategias aprendidas en sesiones anteriores o las emplea con dificultad. • En pocas ocasiones realiza comentarios acerca de actividades que han realizado en casa.
	NUNCA / MAL (1)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • No implementa estrategias de sesiones anteriores. • No realiza comentarios acerca de actividades que han realizado en casa
SIN OPORTUNIDAD (0)		Cuando es la primera sesión de grupo a la que acude la diada. Pero si ha recibido indicaciones particulares de las áreas de diagnóstico o ha recibido sesiones individuales deberá comentarlas. Si es así calificar con puntaje positivo (siempre/casi siempre).

26. Comprende y lleva a cabo las sugerencias, comentarios o indicaciones generales o específicas que el coordinador o profesional de apoyo indicaron para su diada.

DESCRIPCIÓN: El cuidador tiene la capacidad cognitiva de comprender y seguir indicaciones, entender y aplica las recomendaciones, sugerencias, comentarios o indicaciones generales dadas a todo el grupo o hacia su diada de manera específica. Es importante considerar que esta habilidad va ligada al nivel socioeconómico, nivel intelectual, nivel académico o edad del cuidador.

Cuando un cuidador no comprende las indicaciones, a pesar de afirmar verbalmente, se puede observar que constantemente pregunta acerca de cómo realizar la actividad, observa la manera de trabajar de otras diadas o realiza una actividad diferente a la planteada.

+	SIEMPRE/ MUY BIEN (4)	En todo momento comprende y realiza las sugerencias o indicaciones dadas por el coordinador.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces comprende y realiza las sugerencias o indicaciones dadas por el coordinador.
-	OCASIONAL/ DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones comprende y realiza las sugerencias o indicaciones dadas por el coordinador.
	NUNCA / MAL(1)	No comprende ni realiza las sugerencias o indicaciones dadas por el coordinador.
SIN OPORTUNIDAD (0)		No aplicable a este indicador.

27. Logra transmitir sus dudas, comentarios o dificultades presentes durante la ejecución de la actividad.

DESCRIPCIÓN: El cuidador es capaz de expresar de manera verbal sus comentarios o dudas durante la sesión o durante la ejecución de la actividad de manera clara y específica. Ésta conducta está relacionada con el nivel académico, nivel de conocimiento previo, nivel intelectual, nivel de confianza, personalidad y resolución de problemas del cuidador.

Por ejemplo: un cuidador que no expresa ninguna duda, pero que realiza correctamente la actividad, siguiendo las indicaciones del coordinador se puede calificar con puntaje positivo, ya que no expresa dudas porque no tiene ninguna dificultad. En cambio un cuidador que no exprese sus dudas, pero que claramente se observe que tiene alguna dificultad, se calificará con puntaje negativo (ocasional o nunca).

+	SIEMPRE/ MUY BIEN (4)	Siempre expresa facilidad sus comentarios o dudas.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces expresa con facilidad sus comentarios o dudas.
-	OCASIONAL/ DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones expresa sus comentarios o dudas.
	NUNCA / MAL(1)	No transmite sus comentarios o dudas.
SIN OPORTUNIDAD (0)		No aplicable en este indicador.

CATEGORÍA CONOCIMIENTO

DEFINICIÓN

Se refiere a la comprensión, por medio de la razón de cualidades, dificultades, necesidades o logros del niño, identificados por medio de la observación e interpretación de las acciones del niño. Incluye la capacidad para resolver una situación determinada dentro del grupo en relación al niño, la actividad y su entorno.

El conocimiento expresado en la sesión, es influido por la experiencia, el conocimiento previo, el aprendizaje previo y el que está incorporando a partir de su participación en las sesiones y se puede modificar de acuerdo al ajuste de esquemas o construcción del aprendizaje que realiza. Incluye una base cognitiva y un sistema operacional que le permite al cuidador aplicar correctamente dicho conocimiento.

SUBCATEGORÍA DE CONOCIMIENTO PREVIO

Referente al aprendizaje que tiene el cuidador antes de ingresar en el programa. Este se pone de manifiesto durante cada sesión y es resultado de la cultura, educación, crianza, formación académica, nivel socioeconómico y experiencia, que le permiten la comprensión de las diferentes situaciones dentro del programa y los preceptos del mismo. Asimismo, implica la capacidad de resolver una situación determinada dentro del grupo en relación al niño, la actividad y su entorno.

Las competencias que los padres demuestran durante su participación en esta subcategoría son:

- Espera
- Direccionalidad
- Interpretación
- Sensibilidad
- Observación

SUBCATEGORÍA DE CONOCIMIENTO ADQUIRIDO

Resultado del aprendizaje del cuidador dentro del programa y a su capacidad para adquirir, seleccionar, asimilar, transformar e integrar el conocimiento nuevo obtenido en el programa, a su entorno y vida cotidiana en los diferentes escenarios.

Las competencias que los padres demuestran durante su participación en esta subcategoría son:

- Proximidad
- Creatividad
- Sensibilidad
- Observación
- Interpretación

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	DIMENSIÓN	CANTIDAD DE INDICADORES
CONOCIMIENTO	<i>Conocimiento previo</i>	ninguna	5
	<i>Conocimiento adquirido</i>	ninguna	6
TOTAL DE INDICADORES			11

Categoría	Subcategoría	Dominio	Definición operativa
CONOCIMIENTO	CONOCIMIENTO PREVIO		Referente al aprendizaje que tiene el cuidador antes de ingresar en el programa. Este se pone de manifiesto durante cada sesión y es resultado de la cultura, educación, crianza, formación académica, nivel socioeconómico y experiencia, que le permiten la comprensión de las diferentes situaciones dentro del programa y los preceptos del mismo. Asimismo, implica la capacidad de resolver una situación determinada dentro del grupo en relación al niño, la actividad y su entorno.
ITEMS: 28 - 32			

28. Promueve al niño cualquier iniciativa de juego libre y la exploración del material que van a utilizar en actividades con objetivos específicos.

DESCRIPCIÓN: El cuidador promueve que el niño juegue y lo invita a que conozca, explore o manipule el material con el que van a trabajar, durante las actividades con objetivos específicos planteadas por el coordinador. En caso de que el niño explore de manera activa y voluntaria el material o juguetes, se espera que el cuidador permita la interacción con los objetos y que sea flexible a la propuesta de juego que hace el niño.

En actividades que involucren la manipulación de diversos alimentos, texturas, pinturas, pelotas o estímulos visuales llamativos, la conducta exploratoria de los materiales previa a la actividad influye en el desempeño del niño. El cuidador deberá introducir al niño en la actividad de manera paulatina, invitándolo a explorar el material a su propio ritmo.

Por ejemplo: un cuidador que durante actividades para reconocer nuevas texturas, mete las manos del niño de inmediato en la bandeja, sin previo aviso o explicación y sin permitirle al niño tocar de manera independiente y a su gusto, se calificará con puntaje negativo, ya que no promueve en el niño la iniciativa de exploración.

	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento promueve al niño la exploración y manipulación del material a utilizar.
+	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces promueve al niño la exploración y manipulación del material a utilizar.
	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones promueve la exploración y manipulación del material a utilizar.
-	NUNCA / MAL (1)	No promueve la exploración ni manipulación del material a utilizar.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	En caso de que el niño se encuentre dormido o llorando durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

29. Permite al niño libertad de movimiento, desplazamiento autónomo y experimentación del entorno, sin restringirlo o guiarlo en exceso.

DESCRIPCIÓN: El cuidador permite que el niño se desplace o realice las actividades de manera autónoma e independiente en los momentos indicados, sin limitarlo en su iniciativa de movimiento, sus intentos para iniciar desplazamiento u oportunidades en las que el niño puede realizar las actividades de manera independiente.

Es importante calificar el indicador con énfasis a que el cuidador permita libertad de movimiento UNICAMENTE durante la ejecución de las actividades, en las que sea indispensable el movimiento autónomo, ya sea en el salón, en el piso, en la mesa o sobre las colchonetas.

Por ejemplo: un cuidador que en todo momento sujeta al niño de la mano para realizar alguna actividad y a pesar de que el niño busca hacerlo por sí solo, éste continúa sujetándolo, se calificará con puntaje negativo, ya que no favorece su autonomía.

	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento permite al niño libertad de movimiento autónomo.
+	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces permite al niño el movimiento libre y autónomo, en algunas veces interfiere con el movimiento del niño o lo limita parcialmente.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones permitirle libertad de movimiento, lo restringe en exceso (no le permite moverse de manera independiente, busca mantenerlo en una sola posición, lo sienta en sus piernas, lo limita con su cuerpo, con abrazos, no le permite acercarse a otros niños).

NUNCA / MAL (1)	No permite libertad de movimiento, lo restringe en exceso (no le permite moverse, busca mantenerlo en una sola posición, lo sienta en sus piernas, lo limita con su cuerpo, con abrazos, no le permite acercarse a otros niños.
SIN OPORTUNIDAD (0)	En caso de que el niño se encuentre dormido o llorando durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

NOTA: 1) En caso de que un niño requiera limitación del desplazamiento o de la actividad para cumplir con los objetivos calificar con puntaje negativo y describirlo en comentarios. Habrá una relación inversa con los indicadores 11 y 13, mismos que se calificarán de manera positiva de acuerdo a la frecuencia de presentación, ya que el cuidador busca cumplir con el propósito de las actividades. 2) Diferenciar del indicador 31 enfocado a evaluar conductas intrusivas, pero aun cuando el niño no requiere ayuda.

30. Es capaz de prestar solo la ayuda necesaria para que el niño realice la actividad, sin llegar a irritarlo, restarle oportunidad de participar, dirigirlo en exceso o ser intrusivo.

DESCRIPCIÓN: El cuidador conoce las habilidades del niño, por lo que sólo presta la ayuda necesaria para realizar alguna acción o actividad, cuando el niño se lo pide o cuando reconoce alguna dificultad en la ejecución. Cuando lo dirige o lo guía, lo hace sin llegar a hacer la actividad por él, restarle oportunidad de hacerlo de manera autónoma o ser intrusivo. Es importante observar el tipo de ayuda de acuerdo a la edad, mientras que para niños más pequeños la ayuda puede ser física, en niños más grandes puede ser únicamente con comandos o indicaciones verbales.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento brinda SOLAMENTE la ayuda necesaria al niño, sin ser intrusivo y restarle oportunidad de hacerlo por el mismo.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	En la mayoría de las veces brinda SOLAMENTE la ayuda necesaria al niño, sin ser intrusivo y restarle oportunidad de hacerlo por el mismo.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • En pocas ocasiones brinda SOLAMENTE la ayuda necesaria al niño, ya que tiende a ser intrusivo y directivo en exceso, restándole oportunidad de hacerlo por el mismo. • Tiende a no prestar ayuda al niño cuando es necesario.
	NUNCA / MAL (1)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • Dirige en exceso la actividad del niño, llegando a ser intrusivo y a restarle oportunidad de participar. • No presta ayuda al niño cuando es necesario.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En caso de que el niño se encuentre dormido o llorando durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

31. Conoce y explica el diagnóstico del niño y / o sus dificultades con relación a su desarrollo.

DESCRIPCIÓN: En general al ingresar al programa es cuando el cuidador explica acerca del diagnóstico del niño, comenta los datos importantes de sus antecedentes patológicos y el motivo de asistir al programa o comenta sobre dificultades en el desarrollo. Cuando un cuidador ha asistido periódicamente será capaz de comentar sobre las áreas de mayor dificultad o retraso en el niño, necesidades específicas de atención, objetivos a trabajar en cualquiera de las áreas de desarrollo (lenguaje, conducta, motora, cognitiva, social), áreas del cuerpo con mayor o menor funcionamiento, reconocimiento de signos de alarma o hipo-hiper sensibilidad, ya que ha aprendido a identificar por medio de la observación y de la información transmitida por el profesional.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	Explica de manera clara el diagnóstico y condición del niño o sus dificultades en el desarrollo.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	Explica el diagnóstico y condición del niño o sus dificultades en el desarrollo con ligera dificultad.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	Explica con gran dificultad el diagnóstico y condición del niño o sus alteraciones en el desarrollo.
	NUNCA / MAL (1)	No explica ni el diagnóstico ni la condición del niño o sus dificultades en relación a su desarrollo, aún cuando estén claramente presentes y haya tenido la oportunidad de explicarlos.
SIN OPORTUNIDAD (0)		No aplicable en este indicador.

NOTA: no se consideran como dificultades con relación a su desarrollo: enfermedades o infecciones recientes u hospitalizaciones.

32. Identifica y atiende de manera acertada y pronta las necesidades físicas del niño como hambre, sed, calor, frío, sueño, micción, excreción, higiene, movimiento.

DESCRIPCIÓN: El cuidador es sensible a las necesidades básicas del niño, como son: necesidades de alimentación, de regulación de temperatura, de eliminación intestinal y renal, higiene personal o cambio de pañal y de movimiento o cambio de postura, por lo que puede identificar y dar respuesta a ellas de manera adecuada, pronta y oportuna. El constructo principal a evaluar en este indicador es la sensibilidad y responsividad.

Se puede observar que la respuesta del cuidador ha sido adecuada porque el niño se tranquiliza, deja de llorar o quejarse y puede continuar o retomar su actividad.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento es sensible y responde de manera adecuada, pronta y oportuna a las necesidades del niño.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces identifica y responde de manera adecuada, pronta y oportuna a las necesidades del niño.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones identifica y responde de manera adecuada, pronta y oportuna a las necesidades del niño.
	NUNCA / MAL (1)	No identifica las necesidades del niño, por lo que no puede responder de manera clara y oportuna.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En caso de que ninguna de las necesidades mencionadas se haya presentado, especialmente en niños mayores de 1 año.

NOTA: 1) Es importante diferenciar únicamente entre necesidades físicas antes mencionadas y evitar confusión con demandas del niño como pedir juguetes, ir hacia otro lugar, estar cargado o berrinche por no querer hacer alguna actividad. En caso se presentar alguna de estas circunstancias no se calificará de manera negativa.

2) si el niño duerme desde el inicio hasta el final de la sesión, calificar con puntaje positivo (siempre o casi siempre), ya que el cuidador esta respondiendo a esta necesidad del niño.

Categoría	Subcategoría	Dimensión	Definición operativa
CONOCIMIENTO	CONOCIMIENTO ADQUIRIDO	-	Resultado del aprendizaje del cuidador dentro del programa y a su capacidad para adquirir, asimilar e integrar el conocimiento nuevo obtenido en el programa, a su entorno y vida cotidiana en los diferentes escenarios.
ITEMS: 33 - 38			

33. Logra mantener la atención del niño usando diferentes estrategias efectivas durante la sesión, como cantarle, tocarlo, hablarle, mostrarle objetos.

DESCRIPCIÓN: El cuidador es creativo y resolutivo, puede mantener la atención del niño a lo largo de las actividades porque emplea diferentes estrategias que le resultan efectivas como hablarle, usar diferentes tonos de voz o sonidos, cantarle, mostrarle un objeto, tocarlo, etc. Cuando el niño se distrae, es capaz de recapturar su atención las veces necesarias, sin desistir. Sabe cuando cambiar de estrategia o la forma para atraer al niño dependiendo de cada situación.

Considerar que existe una relación significativa entre el nivel de atención del niño y el nivel de estimulación de la madre. Si el nivel de estimulación es demasiado bajo, aún cuando el niño lo perciba, difícilmente le prestará atención o mantendrá el interés hacia el estímulo sólo por periodos muy breves; si el estímulo es demasiado elevado o intenso, lo evitará volviéndose hacia el otro lado o llorando; si el nivel de estimulación es moderado, su atención será más fácilmente captada y se mantendrá por más tiempo; los estímulos repetitivos tienden a disminuir la atención del niño, mientras que los nuevos estímulos vuelven a centrarla (Stern 1983, citado en Muñoz-Ledo, 2007)

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento mantiene la atención del niño porque utiliza estrategias efectivas.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces mantiene la atención del niño porque utiliza estrategias efectivas.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • En pocas ocasiones logra mantener la atención del niño. • Desiste de recapturar su atención rápidamente.
	NUNCA / MAL (1)	No logra mantener la atención del niño en ningún momento y desiste de hacerlo.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En caso de que el niño se encuentre en dormido o llorando durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

NOTA: En casos de hipo o hiperactividad del niño, si el cuidador muestra estrategias para captar su atención y se observa su persistencia, a pesar de no lograrlo, se calificará como OCASIONALMENTE (2), ya que lo intenta por diferentes medios. Definir la conducta del niño en los comentarios.

34. Promueve realizar las actividades considerando el nivel de desarrollo y habilidades del niño, sin pedir mayor o menor dificultad que sus posibilidades.

DESCRIPCIÓN: El cuidador promueve que el niño cumpla con los objetivos planteados en la actividad, de acuerdo a su nivel de desarrollo, ya que considera y

reconoce sus capacidades, competencias y habilidades al momento de realizar la actividad.

Se entiende como “*nivel de desarrollo del niño*”, a aquel parámetro considerado con base en las pruebas de desarrollo en las que el niño es capaz de desempeñarse de acuerdo a su edad, maduración y capacidades. La conducta a observar en el cuidador es que pueda promover el realizar las actividades con el grado de dificultad adecuado para el niño, es decir, que no promueva desempeñar actividades con grados de dificultad avanzados, cuando el niño no pueda hacerlas aún o por el contrario que no promueva realizar conductas de niveles más avanzados cuando el niño ya tenga la capacidad de realizarlas.

	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	Siempre considera el nivel de desarrollo del niño al realizar las actividades.
+	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces considera el nivel de desarrollo del niño al realizar las actividades.
	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones considera el nivel de desarrollo del niño al realizar las actividades.
-	NUNCA / MAL (1)	No considera el nivel de desarrollo del niño al realizar las actividades.
	SIN OPORTUNIDAD (0)	En caso de que el niño se encuentre dormido o llorando durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad.

35. Identifica acertadamente los logros del niño durante la sesión.

DESCRIPCIÓN: En este indicador la conducta a evaluar en el cuidador hace referencia a la observación. El cuidador tiene la capacidad de reconocer adecuadamente los logros alcanzados por el niño durante la sesión y los comenta acertadamente cuando se le preguntan.

Por ejemplo: Cuando un cuidador comenta que su hijo (a) ha realizado una actividad sin dificultad, aún cuando es muy evidente que no la realizó correctamente se calificará con puntaje negativo, de acuerdo al orden de presentación de la conducta. Será muy importante promover conductas de observación en este tipo de cuidadores, ya que al no reconocer dificultades es muy probable que no realicen las estrategias o recomendaciones para promover el desarrollo del niño. Por el contrario, cuando un cuidador no sea capaz de reconocer logros en el niño es importante mejorar su sensibilidad y observación hacia el niño para que pueda identificarlos y reforzarlos.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento comenta los logros del niño correctamente.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces comenta los logros del niño correctamente..
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones comenta los logros del niño correctamente.
	NUNCA / MAL (1)	No comenta los logros del niño correctamente.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En cualquiera de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el niño se encuentre dormido o llorando durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda realizarse ninguna actividad en la que se puedan ver los logros. • Cuando un acompañante de la diada interfiera y se anticipe a comentar los logros del niño cuando se les pregunta y el cuidador a evaluar ya no pueda mencionarlos.

NOTA: 1) es importante realizar la calificación con base en la veracidad de los logros que menciona el cuidador. Por ejemplo, si menciona los logros del niño, pero no corresponde con los logros observados, la calificación será negativa, ya que no los reconoce acertadamente. 2) en caso de que algún acompañante acuda con la diada, el cuidador evaluado deberá ser el que los mencione.

36. Identifica acertadamente las dificultades del niño durante la sesión.

DESCRIPCIÓN: El cuidador reconoce adecuadamente las dificultades u obstáculos del niño durante la sesión y la realización de las actividades, los comenta de manera acertada.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento identifica las dificultades del niño correctamente.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces identifica las dificultades del niños correctamente.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones identifica las dificultades del niño correctamente.
	NUNCA / MAL (1)	El cuidador no identifica ni expresa ninguna dificultad del niño durante la sesión, a pesar de que hayan sido notorias.
SIN OPORTUNIDAD (0)		Unicamente cuando un acompañante de la diada interfiera y se anticipe a comentar los logros y el cuidador a evaluar ya no pueda mencionarlos.

37. Es organizador de las conductas y emociones del niño.

DESCRIPCIÓN: El cuidador favorece la organización y regulación de la conducta del niño en cualquier oportunidad, ya sea al realizar una actividad o entre actividades, hace alguna modificación en sus propias conductas, acciones o cuidados para promover el

autocontrol y autorregulación del niño. También busca que sus estados de ánimo no lleguen al extremo de berrinche, tratando de evitar conductas como golpearse, golpear a otros o llegar al llanto excesivo e incontrolable. Si es posible retoman la actividad o si es necesario finalizar la actividad para ayudarlo a autorregularse el cuidador toma la decisión de hacerlo.

Algunas acciones que el cuidador puede realizar para considerarlo organizador de la conducta o emociones son:

- **Organizador de la conducta:** establecer límites, distancia física y emocional, tiempo fuera, aumentar tiempos de tolerancia a la espera, explicar causa y consecuencia y mantener una comunicación constante.
- **Organizador de las emociones:** acciones que permitan la autorregulación ante diferentes emociones como enojo y tristeza, como: hablarle, explicarle la emoción o situación, mecerlo (sin cargarlo), tener contacto físico o visual y cargarlo, siempre empleando de ultima instancia seno materno, biberón o chupón como medios de consuelo.

Por ejemplo: Un cuidador que carga al niño o le da seno materno de inmediato ante el llanto, será calificado con puntaje negativo (ocasional o nunca) ya que no promueve el funcionamiento de autorregulación en el niño.

+	SIEMPRE / MUY BIEN (4)	En todo momento promueve la organización de conductas y emociones del niño.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces promueve la organización de conductas y emociones del niño.
-	OCASIONAL / DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones promueve la organización de conductas y emociones del niño.
	NUNCA / MAL (1)	No promueve la organización de conductas ni emociones del niño.
SIN OPORTUNIDAD (0)		En caso de que el niño se encuentre dormido durante toda o la mayor parte de la sesión y no pueda observarse esta conducta.

38. Comprende y explica el propósito de las actividades realizadas, su utilidad e implementación en diferentes escenarios de su vida cotidiana.

DESCRIPCIÓN: el cuidador es capaz de explicar el propósito de las actividades realizadas cuando se le pregunta, el beneficio que tiene en el desarrollo del niño, su importancia y una alternativa de como llevarlas a cabo en su entorno con algun otro material o en algun escenario diferente al propuesto.

La importancia de este indicador es conocer y observar si el cuidador le encuentra la utilidad y aplicabilidad a las actividades propuestas y al mismo tiempo

es creativo y propositivo para desarrollarlas fuera del programa y así poder dar un seguimiento del mismo.

+	SIEMPRE/MUY BIEN (4)	En todas las ocasiones que se le pregunta comprende y explica, el propósito de las actividades y las diferentes maneras de llevarlas a cabo fuera del programa.
	CASI SIEMPRE / BIEN (3)	La mayoría de las veces que se le pregunta, comprende y explica el propósito de las actividades y las diferentes maneras de llevarlas a cabo fuera del programa.
-	OCASIONAL/ DEFICIENTE (2)	En pocas ocasiones cuando se le pregunta, comprende y explica el propósito de las actividades y las diferentes maneras de llevarlas a cabo fuera del programa.
	NUNCA / MAL (1)	No comprende ni explica el propósito de las actividades y las diferentes maneras de llevarlas a cabo fuera del programa.
SIN OPORTUNIDAD (0)		Únicamente cuando no se le pregunte al cuidador.

NOTA: para este indicador es indispensable que el coordinador indague al respecto al finalizar cada actividad. En caso de no hacerlo registrar en comentarios, ya que no puede ser evaluada la conducta y será calificado como SIN OPORTUNIDAD.

REFERENCIAS

1. Farkas, C., & Rodríguez, K. A. (2017). Percepción materna del desarrollo socioemocional infantil: relación con temperamento infantil y sensibilidad materna. *Acta de investigación psicológica*, 7(2), 2735-2746.
2. Gutiérrez, M. y López, F. (2005). Interacción verbal madre-bebé: responsividad e intencionalidad. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 491-503.
3. Muñoz-Ledo, P., Sánchez, C., Arroyo, L., Figueroa, M., Soto, F., Corona, K., (2018). *Manual de orientación para padres: desarrollo y cuidado integral temprano del niño con pérdida visual*. México: Manual moderno.
4. Muñoz-Ledo, P., Cravioto, J., Méndez, I., Sánchez, C., Mandujano, M. (2007) *Interacciones madre-hijo y desarrollo infantil. Aportes teóricos y metodológicos de estudio en niños con antecedentes de daño neurológico perinatal*. Series Académicos CBS.
5. Rabadán, S. (2014). *Diseño de un instrumento para evaluar la participación del cuidador primario en programas de atención temprana*. (Tesis inédita de Maestría). Universidad Autónoma Metropolitana, D.F., México.
6. Sánchez, C., Rivera, R., Figueroa, M. Sierra, J., Mandujano, M., Muñoz-Ledo, P., Soto, F., (2018). *Una propuesta para la construcción de la ciudadanía infantil: El cuidado integral y la prevención de discapacidad*. México: Serie Académicos
7. Sánchez, C., Muñoz-Ledo, P., Mandujano, M., Figueroa, M., Rangel, A y Ramírez Gabriela., (2016). *Manual de orientación para padres en el manejo temprano del niño con pérdida auditiva*. México: Manual moderno.
8. Sánchez Pérez, Mandujano, R. y Rivera, R., Soto, F., Martínez, I., Figueroa, M. y Muñoz-Ledo, P., (2008) El desarrollo integral del niño en el ciclo de vida y su cuidado. *Revista de Ciencias Clínicas*, 9(2), 43-51.
9. Sánchez, C., Rivera, R., Figueroa, M., Muñoz-Ledo, P., Romero, G., (2004). Desarrollo integral en el primer mes de vida. En M. Rodríguez y Adieta, E. *Neonatología Clínica*. (pp.683-703) México: Mc Graw Hill.