



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**“El ambiente psicosocial como factor de riesgo o
protección para el desarrollo de niños de 0 a 35 meses de
edad en una comunidad de Iztapalapa, D.F.”**

Que para obtener el grado de
MAESTRA EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA

P R E S E N T A

ANA MARÍA SÁNCHEZ REZA

COMITE TUTORAL:

Dr. Iván Rolando Rivera González

M.R.N. Fabiola Soto Villaseñor

FEBRERO 2015



Este trabajo se llevó a cabo bajo la asesoría del Doctor Rolando Rivera González y la Maestra Fabiola Soto Villaseñor, a quienes doy gracias por compartir su conocimiento y por su apoyo y atención a lo largo de este proyecto.

Agradezco al Instituto Nacional de Pediatría, al personal, docentes y especialistas del Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo, así como a todo el equipo de trabajo, pacientes, madres y padres de familia que asistían al Centro de Salud T-I “Lomas de San Lorenzo” en la delegación Iztapalapa, perteneciente a la Secretaría de Salud del Distrito Federal por las facilidades, aprendizaje, capacitación, confianza y apoyo brindado para realizar este proyecto.

A mis compañer@s de maestría con quienes pase momentos muy agradables y de quienes aprendí mucho. Asimismo, agradezco el conocimiento compartido por todos los docentes de la Maestría en Rehabilitación Neurológica de la UAM-Xochimilco.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por haberme brindado una beca para realizar esta maestría.

Por último, a mi mamá y papá por su apoyo y amor incondicional.

ÍNDICE.

1. Antecedentes.	1-53
1.1. Nivel Socioeconómico	10-16
1.2. Salud Mental Materna	16-18
1.3. Interacción madre-hijo y ambiente familiar	18-19
1.3.1. Interacción madre-hijo	19-26
1.3.2. Ambiente familiar	26-31
1.3.3. Violencia intrafamiliar	31-37
1.4. Temperamento Infantil	37-46
1.5. Apoyo Social	46-53
2. Justificación	54-57
3. Planteamiento del Problema	57-59
4. Pregunta de Investigación	60
5. Objetivos	60
6. Hipótesis.	61
7. Metodología	61-74
7.1. Tipo de estudio.	61
7.2. Población.	61
7.2.1. Muestra	62
7.2.2. Criterios de inclusión y exclusión	62
7.3. Descripción de las variables	63
7.4. Instrumentos.	64-71
7.4.1. Escala de Desarrollo Infantil Bayley II	64-65

7.4.2. Formato del Índice de Riesgo por Condición Socioeconómica	65-66
7.4.3. Cartilla de Vigilancia del Desarrollo	66-68
7.4.4. Inventario HOME (Inventario para Evaluar el Ambiente Familiar)	69
7.4.5. Formato de Historia Clínica	70-71
7.5. Procedimiento.	71-73
7.6. Análisis estadístico	73-74
8. Resultados	75-110
8.1. Características generales del desarrollo y del ambiente psicosocial del grupo de niños de 0-35 meses de edad en seguimiento en el CST1LSL	74-81
8.2. Diferencias en el Desarrollo Mental y Motor a partir de la presencia de factores de riesgo psicosocial.	81-93
8.3. Correlación de las Variables Sociodemográficas y el Riesgo Psicosocial con la Estimulación y el Ambiente en el Hogar.	94-100
8.4. Identificación de factores protectores y su relación con el Desarrollo	100-110
9. Discusión	111-130
10. Conclusiones.	131-138
11. Referencias.	138-148
12. Anexos.	149-162
12.1 Análisis de 20 casos por rangos de edad y número de valoración, de los puntajes de ID Mental y/o Motor >85 y los Riesgos	149-154

Psicosociales presentes.	
12.2. Formato de índice de riesgo por condición socioeconómica.	155-156
12.3. Apartados de riesgo de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo.	157-158
12.4. Inventario HOME	159-161
12.5.- Plano de la las delegaciones del Distrito Federal y de la colonia Lomas de San Lorenzo, Iztapalapa.	162

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y TABLAS.

8. Resultados.	74-110
8.1. Características generales del desarrollo y del ambiente psicosocial del grupo de niños de 0-35 meses de edad en seguimiento en el CST1LSL.	74-81
Gráfica 1. Distribución de la población según Clasificación del <i>Desarrollo Mental y Motor</i> .	75
Tabla 1. Clasificación del <i>Desarrollo Motor y Mental</i> por sexo.	76
Tabla 2. Clasificación del <i>Desarrollo Motor y Mental</i> por rangos de edad.	76
Tabla 3. Distribución por rangos de <i>Edad y Estado Civil</i> de las Madres.	77
Tabla 4. Distribución según <i>Escolaridad y Ocupación Paterna y Materna</i> .	78
Tabla 5. Distribución según <i>Ingreso familiar</i> por número de salarios mínimos.	78
Tabla 6. Distribución según porcentaje del <i>ingreso familiar destinado a la alimentación</i> .	78
Gráfica 2. Puntaje de <i>Riesgo Socioeconómico</i> .	79
Tabla 7. <i>Riesgo psicosocial global</i> y apartados de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo.	79
Gráfica 3. Calificación total del <i>Inventario Home</i> y de sus subescalas	80
Gráfica 4. Puntaje de <i>riesgo perinatal</i> .	81

8.2. Diferencias en el Desarrollo Mental y Motor a partir de la presencia de factores de riesgo psicosocial.	81-93
Tabla 8. Diferencia de medias en el <i>ID Mental</i> y Motor por rangos de <i>edad</i> y <i>sexo</i> .	81
Gráfica 5. Diferencia de medias del <i>ID Motor</i> por rangos de <i>edad</i> .	82
Gráfica 6.- Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> por rangos de <i>edad</i> .	82
Gráfica 7.- Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> por <i>sexo</i> .	83
Tabla 9. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y Motor según características <i>sociodemográficas de las madres</i> .	84
Tabla 10. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y Motor según características <i>sociodemográficas de los padres</i> .	85
Gráfica 8. Regresión lineal del <i>ID Mental</i> respecto al puntaje de riesgo <i>socioeconómico</i> por rangos de <i>edad</i> .	86
Gráfica 9. Regresión lineal del <i>ID Motor</i> con respecto al puntaje de riesgo <i>socioeconómico</i> por rangos de <i>edad</i> .	86
Tabla 11. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y Motor según la presencia de <i>Riesgo Psicosocial Global</i> y <i>Riesgo en el Ambiente Familiar</i> .	87
Gráfica 10. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y el <i>Riesgo Psicosocial Global</i> .	88
Gráfica 11. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y el <i>Riesgo en el Ambiente Familiar</i> .	88
Tabla 12. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y Motor según la presencia de <i>Riesgo Psicosocial Global</i> y por apartados de la Cartilla en el rango de <i>13-24 meses de edad</i> .	89
Tabla 13. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y Motor según el <i>Puntaje Total</i> del Inventario HOME y las subescalas <i>Organización</i> y <i>Materiales</i> .	90
Tabla 14. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y Motor por <i>Rangos de Edad</i> en <i>Puntaje total</i> del Inventario HOME.	90

Tabla 15. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> por rangos de <i>Edad</i> en las <i>Subescalas del Inventario HOME</i> .	91
Tabla 16. Diferencia de medias del <i>ID Motor</i> por rangos de <i>Edad</i> en las <i>Subescalas del Inventario HOME</i> .	92
Gráfica 12. Regresión lineal del <i>ID Mental</i> según puntaje de <i>Riesgo Perinatal</i> .	93
Gráfica 13. Regresión lineal del <i>ID Motor</i> según el puntaje de <i>Riesgo Perinatal</i> .	93
8.3.- Correlación de las Variables Sociodemográficas y el Riesgo Psicosocial con la Estimulación y el Ambiente en el Hogar.	94-100
Tabla 17. Diferencia de medias de las subescalas <i>Responsividad, Aceptación, Involucramiento, Organización y Materiales</i> , del Inventario HOME según la <i>edad materna</i> .	94
Tabla 18. Diferencia de medias de las subescalas del Inventario Home según la <i>Escolaridad Materna</i> .	95
Tabla 19. Diferencia de medias de la subescala <i>Responsividad, Materiales e Involucramiento</i> del Inventario HOME según el <i>Estado Civil Materno</i> .	95
Tabla 20. Diferencia de medias del Total General del Inventario HOME y las subescalas del Inventario HOME según la <i>Posición en el Trabajo de la Madre</i> .	96
Gráfica 14. Regresión lineal del Total General del Inventario HOME y el Puntaje de <i>Riesgo Socioeconómico</i> .	97
Gráfica 15. Diferencia de medias del Total General del Inventario HOME según el <i>Riesgo Psicosocial Global</i> .	97
Tabla 21. Diferencia de medias del Total General del Inventario HOME y las subescalas <i>Responsividad, Aceptación, Materiales, Involucramiento y Variedad</i> según el <i>Riesgo en la Interacción Cuidador-Niño</i> .	98

Tabla 22. Diferencia de medias del Total General del Inventario HOME y las subescalas <i>Organización, Materiales e Involucramiento</i> según el <i>Riesgo en el Ambiente Familiar</i> .	98
Tabla 23. Diferencia de medias del total general del Inventario HOME y de las subescalas <i>Aceptación, Materiales y Variedad</i> según el <i>Riesgo en el Cuidador</i> .	99
Tabla 24. Diferencia de medias del total general del Inventario HOME y las subescalas <i>Responsividad, Materiales y Organización</i> según el <i>Riesgo en el Niño</i> .	99
Tabla 25. Ítems exploratorios de la presencia de <i>violencia intrafamiliar</i> .	100
8.4.- Identificación de factores protectores y su relación con el desarrollo.	100-110
Tabla 26. Diferencia >3 puntos de medias del <i>ID Mental y Motor</i> según grupos <i>puntuación 1 vs puntuación 0</i> por indicador del HOME.	102
Tabla 27a. Diferencia >4 puntos de medias del <i>ID Mental y Motor</i> según grupos <i>puntuación 0-1 vs puntuación 2-3</i> por indicadores de la Cartilla de Vigilancia.	104
Tabla 27b. Diferencia >4 puntos de medias del <i>ID Mental y Motor</i> según grupos <i>puntuación 0-1 vs puntuación 2-3</i> por indicadores de la Cartilla de Vigilancia.	105
Tabla 28. Frecuencia de valoraciones <i>con presencia de Riesgo Psicosocial en la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo</i> según <i>ID Mental y Motor < ó >85 (normal)</i> .	106
Tabla 29. Frecuencia de valoraciones con presencia de <i>Riesgo Socioeconómico (>24 puntos)</i> según <i>ID < ó >85 (normal)</i> .	106
Tabla 30. Frecuencia de valoraciones con presencia de <i>Estimulación Baja</i> en el Inventario HOME <i>según ID Mental y Motor < ó >85 (normal)</i> .	107
Tabla 31. Frecuencia de valoraciones <i>que registran madre menor de 19 años de edad</i> según <i>ID Mental < ó >85 (normal)</i> .	107

Tabla 32. Frecuencia de valoraciones del ID Mental y Motor que registran madre con bajo nivel de escolaridad según ID < ó >85 (normal).	107
Tabla 33. Frecuencia de valoraciones del ID Mental y Motor que registran más de cuatro riesgos perinatales según ID < ó >85 (normal).	108
Tabla 34. Número de Riesgos Psicosociales presentes en Valoraciones con ID Mental y/o Motor >85 por caso.	109
Tabla 35. Características en común en los 20 casos analizados	110

1.- Antecedentes.

El desarrollo del ser humano es un proceso continuo y gradual, en el cual se va transitando por distintas etapas a través de las cuales el niño adquiere y desarrolla habilidades cognitivas, motoras, socioemocionales y lingüísticas que le permiten adaptarse e interactuar con las personas, objetos y su ambiente en general. Dentro de este proceso se encuentran inmersos distintos factores que interactúan de manera dinámica entre sí; por una parte, el medio sociocultural en el que nace cada individuo estará presente e influirá a lo largo de su crecimiento (Kotlarienco et al., 1998, Moreno, Blas y Pérez, 2013), así como el aspecto biológico que determinará las características genéticas fungiendo como el organizador primario del desarrollo. Esta interacción ambiente-genética constituye el mecanismo a través del cual los genes influyen en el comportamiento pero a la par el contexto social del individuo va a alterar el impacto de estas influencias genéticas.

El neurodesarrollo durante los primeros años es un proceso que permite la adquisición de habilidades durante periodos críticos caracterizados por una mayor vulnerabilidad y susceptibilidad al ambiente, durante estos periodos ocurre un gran crecimiento y diferenciación del sistema nervioso central, distintas vías sinápticas se encuentran en proceso de mielinización de lo cual dependerán las futuras conexiones nerviosas que logre establecer el individuo en desarrollo (Moreno et al., 2013). Así la adquisición de diversas habilidades dependerá del buen estado madurativo y funcionamiento de las distintas estructuras y sistemas cerebrales, y de la interacción del individuo con su medio ambiente. Aunque gran parte de las transformaciones que se dan tienen una base genética, pueden surgir cambios funcionales o estructurales debido a influencias endó y exógenas, esto es lo que se le conoce como “plasticidad” (Schapira et al., 1998); la relación entre naturaleza-ambiente no es lineal, pues un factor o variable no lleva directamente a una consecuencia específica y repetitiva; esta capacidad de plasticidad se expresa tanto en la vulnerabilidad que presenta el individuo a factores socioambientales, así como en la sensibilidad hacia la estimulación del contexto.

De acuerdo al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, el desarrollo humano implica una progresiva y mutua acomodación entre el individuo activo en su proceso de desarrollo, y las propiedades dinámicas de los entornos inmediatos en los cuales interactúa. El desarrollo se puede ver perturbado por las relaciones que el individuo mantiene con otros entornos en los que se desarrolla, y en contextos más amplios a la vez; es decir, el ambiente repercute en el individuo, pero éste también lo modifica debido a su rol activo (García, 2001). Dentro de estos entornos, el ambiente psicosocial juega un papel importante, diversas investigaciones documentan la gran influencia que tiene el contexto social en el proceso de desarrollo infantil, ya sea de manera positiva o negativa.

Siguiendo con este mismo modelo, el desarrollo es un proceso dinámico, continuo e interactivo, y para conocer la influencia de cada factor o sistema, hay que observar y analizar el contexto partiendo de un sistema ecológico más extenso. Según Vargas y Arán (2013) el entorno ecológico en el que ocurre el desarrollo infantil se conforma por cinco sistemas interrelacionados: a) Microsistema: interacciones, roles y relaciones interpersonales con el entorno inmediato (familia, barrio, escuela); b) Mesosistema: interrelaciones entre dos o más entornos en los que la persona participa (hogar, escuela) ; c) Exosistema: entornos en los que la persona no participa directamente pero le afectan (lugar de trabajo de los padres, amigos de la familia); d) Macrosistema: aspectos culturales e ideológicos que afectan a los sistemas anteriores; y e) Cronosistema: se refiere a los cambios cronológicos personales y ambientales que influyen en el desarrollo.

Como complemento a este modelo, surge el “Modelo Transaccional del Desarrollo” de Sameroff y Chandler, quienes sostienen que existe una interrelación entre lo heredado o biológico y lo que se adquiere mediante la experiencia ambiental (1975, citados por García, 2001). Este modelo resulta apto para el abordaje de la Atención Temprana en las desviaciones del desarrollo infantil, sobre todo cuando los factores de riesgo psicosociales o ambientales son los que afectan mayoritariamente a determinadas poblaciones o comunidades; es decir, resalta que entre esta interacción ambiente-naturaleza, las alteraciones en el desarrollo pueden tener una

etiología social y ambiental, además del factor biológico. Para poder modificar y mejorar los entornos en el que el niño se desempeña, es necesario generar y poner en marcha mecanismos que influyan sobre los distintos entornos (centro de salud, casa, escuela, comunidad, etc.), y lograr una buena coordinación de recursos entre éstos (García, 2001).

Desafortunadamente vivimos en una sociedad desigual e inequitativa con respecto a las oportunidades de crecimiento y calidad de vida de sus habitantes, esto se refleja en la existencia de poblaciones que se encuentran inmersas dentro de un contexto social adverso y desfavorecedor, caracterizado por una serie de factores de riesgo psicosociales que hacen a la comunidad vulnerable y susceptible a vivir problemáticas que afectan de manera diferente las distintas etapas del desarrollo del individuo.

Los ambientes adversos se caracterizan por la presencia de pobreza en sus distintos niveles, ésta es una condición que no sólo limita la satisfacción de las necesidades básicas, sino que es una situación que genera dolor y estrés, implica una serie de factores de riesgo específicos que afectan planos físicos, mentales y sociales. Los niños pobres que viven situaciones de alto riesgo psicosocial, así como sus familiares se encuentran constantemente expuestos a condiciones precarias y de adversidad social que afectan su salud física y mental. Distintas situaciones que van desde el hecho de habitar en zonas de alta densidad poblacional, lejos de los centros urbanos y con una falta de acceso a servicios públicos, en contextos de inseguridad y violencia, etc., generan conductas de aislamiento, incertidumbre y vulnerabilidad en el grupo familiar (Blackburn, 1991, citado por Kotliarenko et al., 1997). Hay que aclarar que el efecto deteriorador de la pobreza surge únicamente ante situaciones permanentes o reiterativas de ésta, no cuando se trata de un período temporal; este deterioro se produce solamente cuando los factores de riesgo actúan simultánea y acumulativamente.

Partir de un enfoque de riesgo, nos permite reconocer y realizar un seguimiento precoz de los grupos más vulnerables a la morbilidad, para así brindar atención dependiendo del nivel de severidad. Para identificar a los niños en riesgo psicosocial hay que realizar una revisión de los factores adversos ante los cuales están expuestos; según Mengel y Linhares (2007) éstos pueden estar en el propio niño (componentes biológicos, temperamento y la propia sintomatología), en la familia (historia y dinámica familiar) o en el ambiente (nivel socioeconómico, apoyo social, escolaridad, contexto cultural, etc.).

Los **factores de riesgo psicosocial**, hacen referencia a cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad asociada a una elevada probabilidad de dañar la salud física y mental y el curso del desarrollo individual (Munsit, Santos, Kotliarenko, Suárez, Infante y Grotberg, 2003). Por lo general, la presencia de este tipo de factores se asocia a la existencia de un ambiente inmediato desfavorable, el riesgo aumenta cuando se presentan desventajas biológicas a la vez (Soler, Rivera, Figueroa, Sánchez y Sánchez, 2007). Sin embargo, es importante aclarar que para que se origine una perturbación en el desarrollo, deben coexistir múltiples factores de riesgo sociofamiliares y ambientales, y no la presencia de uno solo; es la acumulación de variables de riesgo más que la acción de un factor en específico (Vera, Torres, Rodríguez y Siqueiros, 2010, Sameroff, Seifer, Barocas, Zax y Greenspan., 2001, Burt, Klahr, Neale y Klump, 2013). Estudios longitudinales muestran que el número total de condiciones de riesgo que afectan al infante resultan más predictivas de dificultades o retrasos futuros en el desarrollo, que la sola exposición a un tipo específico de factor de riesgo; éstos suelen estar conformados por una serie de pequeños riesgos que actúan en conjunto generando una fuerza de mayor impacto (Balbernie, 2002).

No obstante, pese a que el individuo se vea inmerso dentro de un ambiente psicosocial desfavorecedor, en diversos estudios se ha encontrado la presencia de

ciertos factores que amortiguan los efectos negativos del riesgo (Munsit et al. 2003; de Andraca, Pino, de La Parra, Rivera y Castillo, 1998, Uriarte, 2005). No existe una relación lineal entre el riesgo y consecuencia; una situación negativa para un niño puede resultar una prueba enriquecedora para otro en un contexto diferente; es decir, ciertos factores que producen resultados desadaptativos pueden ser no tan diferentes de aquéllos que producen respuestas adaptativas (Sameroff, 2000, citado por Balbernie, 2002).

Los **factores protectores**, son todas aquéllas condiciones, cualidades e incluso entornos que favorecen y promueven un mejor desarrollo tanto a nivel individual como grupal, reduciendo los efectos negativos de las circunstancias adversas. Pueden ser situaciones o influencias que transforman, mejoran o modifican la respuesta del individuo de manera más adaptativa de lo pronosticado. No se refiere especialmente a experiencias agradables, una variable protectora puede ser un hecho displacentero e incluso peligroso; por ejemplo, un evento traumático como una guerra/situaciones de maltrato etc., puede llevar a desarrollar capacidades cognitivas y psicológicas adaptativas que permiten al individuo hacer frente al evento dañino exitosamente (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997). Este grupo de factores puede ser representando tanto por recursos ambientales así como por la capacidad psicológica-adaptativa de la persona para adaptarse a un entorno; estas variables actúan interrelacionadamente, de manera que los atributos personales pueden gatillar o promover recursos socioambientales, y viceversa. Su presencia se asocia con un pronóstico más positivo para el desarrollo infantil (Schteingart, Molnar, Klein, Lowe y Hartmann, 1995).

Estos factores implican un componente de interacción con los factores de riesgo, y manifiestan sus efectos positivos ante la presencia de algún estresor modificando la respuesta del sujeto en un sentido más adaptativo de lo esperado. Los factores protectores implican recursos tanto internos como externos; los primeros implican atributos de la propia persona (capacidad cognitiva, autoestima, seguridad, confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía, etc.), los segundos en

cambio se refieren a condiciones del medio que disminuyen el impacto del riesgo (apoyo social, vínculo seguro, integración social y laboral, nivel socioeconómico estable, etc.) (Munsit et al., 2003). Según Werner (1993, citado por Kotliarenko et al. 1997), estos factores funcionan a través de tres modelos: (1) Modelos Compensatorios: los factores estresantes y atributos individuales se combinan, y el estrés es contrarrestado por cualidades personales o fuentes de apoyo; (2) Modelo de Desafío: el estrés estimula la competencia, siempre y cuando no sea excesivo; y (3) Modelo de inmunidad: ciertos factores median el impacto del estrés en calidad de adaptación.

Conocer la manera en que interactúan los factores de riesgo psicosocial y los factores protectores nos permite pronosticar resultados adaptativos o desadaptativos para el desarrollo infantil, del balance entre los procesos de riesgo y protección dependerá el porvenir del individuo (Burt et al., 2013). El impacto que tienen los ambientes de alto riesgo puede ser reducido ante la presencia de experiencias protectoras y positivas, paralelamente puede acentuarse ante la ausencia de este tipo de experiencias. Es por esto que resulta de gran importancia detectar tempranamente ambos tipos de factores durante los primeros años de vida, período crítico e ideal para lograr una intervención precoz e integral, que no sólo se base en las deficiencias del ambiente sociofamiliar y características del propio niño, sino que también reconozca aquellos elementos que pueden ser empleados para contrarrestar dicho riesgo y promover y potenciar un mejor desarrollo. Todo ello nos habla de la importancia de analizar de forma conjunta tanto los riesgos como los recursos en el niño, la familia y la comunidad, para la promoción del desarrollo.

Es importante recalcar que diversas variables pueden fungir a manera de riesgo en cierto contexto, y a manera de protección en otro; la vulnerabilidad y la protección son procesos en constante interacción (Kotliarenko et al., 1997); una situación de riesgo puede transformarse adaptativamente y viceversa, ello nos habla de la importancia de conocer el curso de esta trayectoria, para conocer la manera en que

ocurre el cambio de factor de riesgo a protector. La interacción entre ambos factores muestra cómo ciertos elementos protectores pueden aminorar o evitar los efectos negativos producidos por los factores de riesgo. En el caso de niños inmersos dentro de un contexto de alto riesgo psicosocial, si los factores protectores son más en comparación de las variables de riesgo, el ambiente socioambiental en el que se desarrolla el niño puede jugar un papel de menor riesgo que lo esperado; es decir, estos niños pese a su contexto desfavorecedor pueden lograr un desarrollo positivo (Kotliarenco et al., 1997).

Por otra parte, existen fuentes de factores protectores que promueven **comportamientos resilientes**, estos pueden ser atributos personales y apoyos del sistema familiar y comunitario, que actúan conjunta y simultáneamente a manera de protección. Es importante no igualar a los factores protectores con la resiliencia, ésta enfrenta al riesgo y los factores protectores protegen del riesgo. La **resiliencia** se refiere a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades, superarlas y ser transformado positivamente por ellas; implica diferencias individuales que se presentan ante la respuesta al estrés y la adversidad, es una interacción continua entre los factores de riesgo y los mecanismos protectores (de Andraca et al., 1998, Munsit et al., 2003). Al igual que los factores de riesgos y el modelo ecológico de Bronfenbrenner, el Modelo Triádico de la Resiliencia organiza los factores resilientes en tres niveles: individuales, familiares y ambientales o comunitarios (García y Domínguez, 2013).

El enfoque de la resiliencia surge al tratar de entender las causas de la psicopatología, al estudiar a un grupo de niños que no presentaban problemas psicológicos pese a haber estado expuestos a múltiples riesgos o traumas, se vio que estos niños se adaptaban positivamente, eran “invulnerables” y resistían a la adversidad; posteriormente el término “invulnerable” fue reemplazado por el de “resiliencia” ya que ésta a diferencia del primero se puede promover (García y Domínguez, 2013).

Así a través de la historia, surgen personajes destacados, así como poblaciones, comunidades o grupos étnicos, que enfrentaron circunstancias adversas, y lograron sobreponerse e incluso hacer grandes aportaciones a la humanidad; tal es el caso de uno de los representantes más importantes del movimiento teórico de la resiliencia, Boris Cyrulnick, psiquiatra francés quién perdió a su familia durante la Segunda Guerra Mundial, pero canaliza y transforma su enojo en acciones positivas. La literatura infantil también cuenta con personajes que experimentan una serie de experiencias negativas pero logran sobreponerse, por ejemplo “El patito feo”, “Oliver Twist”, “El Rey León”, etc. Podemos encontrar numerosos ejemplos en estudios realizados en población infantil, donde se reporta que muchos niños pese a nacer y crecer dentro de un contexto desfavorable, hacen frente a las diversas adversidades que se les presentan logran salir favorecidos. En 1955, Werner (citado por Uriarte, 2005) evalúa y realiza un seguimiento de 201 niños pertenecientes a ambiente sociofamiliares desfavorecidos en la isla de Kauai en Hawai, para los cuales se predecía un desarrollo psicosocial deficiente; treinta años después, Werner observó que 72 de estos 201 individuos de riesgo tenían una vida normal y funcional, pues se habían visto favorecidos por una educación formal, procedían de familia pequeñas con nacimientos espaciados, etc.

La resiliencia se caracteriza por dos componentes básicos, la resistencia frente a la destrucción o capacidad de proteger la propia integridad bajo presión, y la capacidad de crear un comportamiento vital positivo pese a circunstancias dañinas (Koliarenko et al., 1997). Los individuos resilientes son aquéllos que a pesar de estar insertos en una situación de adversidad o ante un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de hacer uso de los factores protectores para sobreponerse, crecer y desarrollarse plenamente, pese a los pronósticos desfavorables. Los factores protectores que permiten la resiliencia se pueden agrupar en personales (tendencia al acercamiento social, humor positivo y ritmo biológico estable) y cognitivos (mayor C.I. verbal y matemático, empatía, mayor autoestima, motivación al logro, autonomía, etc.) (García y Domínguez, 2013). La resiliencia no es un atributo estable ni absoluto, ante

presión o estrés excesivo y constante puede perder su estabilidad; es un equilibrio entre los factores de riesgo, protectores y la personalidad del individuo.

El modelo de resiliencia complementa al enfoque de riesgo, lo enriquece al acrecentar su aptitud para analizar la realidad y diseñar intervenciones eficaces. Este modelo se preocupa por observar aquéllas condiciones que posibilitan el generar un desarrollo más sano y positivo, en el ámbito de la intervención psicosocial, la resiliencia pretende promover procesos que involucren tanto al individuo como a su ambiente/contexto.

El análisis y estudio de la asociación existente entre ambientes de alto riesgo psicosocial y el desarrollo infantil, debe ser abordado de manera integral, considerando todos los contextos en los que el niño interactúa y se desarrolla. La posibilidad de prevención surge al detectar los factores de riesgo psicosociales presentes en la comunidad, así como al aumentar el conocimiento y comprensión que se tiene sobre las personas que no resultan afectadas por la privación; es decir identificando y reconociendo aquéllos mecanismos protectores que permiten contrarrestar los efectos adversos. De este modo, puede ser posible disminuir la exposición a situaciones estresantes y negativas que amenazan la salud física y mental, promoviendo y reforzando aquéllos factores protectores que permiten un desarrollo integral en el niño y en la comunidad en su conjunto.

En los apartados siguientes intentaré hacer una descripción de aquéllos factores reportados más frecuentemente en la literatura científica que intervienen en el desarrollo infantil a manera de riesgo y/o protección.

1.1.- Nivel Socioeconómico.

Diversos son los estudios en los que se ha encontrado que el nivel socioeconómico bajo o desfavorable genera una susceptibilidad a presentar retrasos en el desarrollo infantil, sobre todo al coexistir con factores de riesgo biológico; sin embargo, también existen estudios donde se reporta que pese a vivir en condiciones desfavorables, los niños se sobreponen y logran un desarrollo mejor a lo esperado (de Andraca et al., 1998, Mengel y Linhares, 2007). La primera infancia representa un período crítico donde el niño es muy susceptible a los efectos dañinos de la pobreza; ésta es una condición característica de aquella población que recibe un ingreso menor o insuficiente para su subsistencia mínima, es el principal indicador que refleja la calidad de vida de un grupo ya que puede limitar o promover capacidades y oportunidades de desarrollo (Peña et al., 2000).

La pobreza es un fenómeno que implica privación, en ella coexisten diversas causas que interactúan aditiva y sinérgicamente, afectando negativamente el desarrollo (Mazzoni, 2014). Crecer inmerso en un contexto de pobreza, representa un factor que se enlaza casi automáticamente con otro tipo de variables como el nivel educativo materno, la salud mental materna, un ingreso familiar insuficiente, la falta de acceso a seguridad social y servicios de salud, etc. (Cuevas, Trapero y Sáenz, 1993, Schteingart et al., 1995); este grupo de elementos afectará el desarrollo del individuo y de su familia, siempre que se trate de un estado prolongado y que implique la presencia de riesgos múltiples, asimismo desencadenará sentimientos de desconfianza hacia el medio y un deterioro en el sentido de autoeficacia (Kotliarenko et al., 1997).

Dentro del desarrollo infantil, la madre suele ser la mediadora y promotora esencial del desarrollo, por lo tanto varias características maternas influirán en este proceso. Una de ellas es la **edad** en que se es madre. Se ha detectado que el ser **madre adolescente** o padre a una edad temprana y encontrarse dentro de un ambiente de marginación interviene en los cuidados que se le brindan al hijo llevando

a evidentes dificultades parentales (Balbernie, 2002, Villalón, 2000, Moreno, Pérez, Hernández y Álvarez 2008). Existe una falta de correspondencia entre el desarrollo adolescente y el infantil, es decir, las necesidades propias del lactante interfieren y entran en conflicto con las necesidades y habilidades parentales de la madre adolescente. Asimismo, los embarazos adolescentes se consideran de alto riesgo biológico y psicosocial; las madres adolescentes suelen mostrar mayores problemas psicológicos y emocionales, como problemas de identidad, menor autonomía, depresión, baja autoestima etc., a comparación de madres no adolescentes (Díaz, Rodríguez, Mota, Espíndola, Meza y Zárate, 2006).

Los niños de madres jóvenes tienden a rendir pobremente en diversas áreas: su salud física se ve comprometida, existe un riesgo para presentar retrasos en su desarrollo cognitivo, muestran diversos problemas emocionales y conductuales, y si se trata de niñas, presentan una gran probabilidad de repetir el patrón y ser madres a temprana edad (Balbernie, 2002, Díaz et al., 2006).

La **escolaridad y ocupación de los padres** funge un papel muy importante, pues habla sobre la capacidad económica que tienen para acceder a un mayor número de bienes y servicios que promueven un mejor desarrollo. Dentro de esta variable, la **escolaridad de la mujer/madre** ha demostrado ser un factor altamente asociado con la sobrevivencia infantil, en muchos casos, independientemente de la condición socioeconómica. La escolaridad materna va a intervenir en la salud de la propia mujer, en los cuidados que brinde a su familia, y en el uso y acceso que tenga a los servicios de salud. A la par, se relaciona con otros elementos como la autoestima materna, y el desarrollo de capacidades y la competencia para movilizar recursos a favor de ella y sus hijos.

En un estudio realizado por Peña y colaboradores en 2000, se encontró que los niños de madres con mayor escolaridad presentaban un menor riesgo a morir (65/1000 niños nacidos en el grupo de mujeres sin educación formal, a comparación de 30/1000 en niños de madres con educación secundaria o mayor); el efecto protector

de la escolaridad materna sobre la mortalidad infantil sólo fue observable en hogares pobres. Una madre con mayores niveles de escolaridad posiblemente tenga más oportunidades de satisfacer sus necesidades y las de su familia, así como más capacidades y habilidades para hacer frente a condiciones de adversidad y riesgo psicosocial, en las cuales los niños son más susceptibles y vulnerables.

Un mayor grado de escolaridad genera más oportunidades de acceder a algún trabajo permitiendo una mayor **estabilidad del ingreso familiar** que permita la manutención de los gastos familiares. Dentro de estos gastos se encuentra el **ingreso destinado a la alimentación**, una buena nutrición debe proporcionar la energía suficiente para que el individuo se encuentre en buen estado de salud física y tenga un desarrollo y aprovechamiento ideal de sus capacidades cognitivas sobre todo durante la infancia y adolescencia. Como es bien sabido existe una relación entre ingreso y alimentación, a medida que los primeros aumentan el tipo de consumo cambia de manera predecible; es decir, a medida que el ingreso real continúa aumentando, el porcentaje que se destina a bienes básicos (vivienda, vestido, alimentación y transporte) va disminuyendo y aumentan los gastos en bienes y servicios de esparcimiento, educación y servicios médicos. En un estudio realizado por Jasso y Becerra (2003) que tuvo como objetivo medir la ingesta nutricional derivada del consumo de alimentos en México de acuerdo a distintos grupos socioeconómicos, se encontró que el 56% del salario de los hogares más pobres se destinaba a la comida, mientras que los hogares ricos destinaban un 20%, misma proporción que este último grupo destinaba a la educación y esparcimiento, transporte y comunicaciones, mientras que los hogares más pobres emplean el 4.2% de su gasto total en la educación y 6% en transporte.

El **estado civil** representa otra variable que opera sobre la manera en que se estimula al niño, limitando o promoviendo avances; al ser **madre soltera** se cuenta con un menor apoyo y soporte emocional en las tareas relacionadas al cuidado y educación del hijo (Soler et al., 2007), asimismo, suelen experimentar una presión y

crítica social debido a la ausencia del hombre; la falta de apoyo por parte de la figura paterna es propia de la situación en la cual se encuentran la mayoría de las madres adolescentes. Sin embargo, también existen estudios que muestran como las jefas de hogar logran sobreponer sus dificultades sin que sus hijos se vean perjudicados. En un estudio realizado por García y Oliveira en 2005, se trabajó con un grupo de jefas de familia de la ciudad de México (la mayor parte de éstas decidió separarse/divorciarse debido a situaciones de violencia, otras eran madres solteras, adolescentes o viudas) con el objetivo de conocer cómo se estructura su dinámica familiar; así se encontró que las mujeres jefas de hogar, enfrentan y se hacen cargo de exigencias relacionadas tanto a tareas económicas y de organización familiar, y de actividades reproductivas o “femeninas” (cocina, limpieza, cuidado de hijos). En este trabajo se llegó a la conclusión que pese a la ausencia de pareja y a la carga importante de trabajo sobre la mujer, estas familias logran superarse y funcionar; es decir el ser madre soltera no se traduce necesariamente en desventajas o limitantes para los hijos.

Así, más que la pobreza en sí, son los diversos elementos que la componen (madre adolescente, baja escolaridad, insuficiencia del ingreso económico, ausencia de apoyo social, etc.) los que influenciarán el cuidado y tipo de crianza que los padres y madres brinden a sus hijos.

Las precariedades económicas suelen generar **sentimientos de estrés** en el cuidador principal, el cual es un desencadenante potencial de problemas de salud mental, sobre todo aquéllos relacionados con la sintomatología depresiva. La depresión materna (de la cual se hablará más detalladamente en el siguiente apartado) afecta de gran manera el comportamiento o la competencia materna, esta cualidad representa un elemento básico que media el impacto de la pobreza sobre el desarrollo socioemocional del niño (Schteingart et al., 1995).

Asimismo, se ha encontrado que el nivel socioeconómico puede afectar la **calidad del vínculo** en las relaciones; por lo general en las familias de bajos recursos

los múltiples factores que influyen la parentalidad son más estresantes y cuentan con menores fuentes de apoyo, en comparación con familias de mejor nivel socioeconómico. Una situación económica adversa afecta el bienestar psicológico de los padres, llevándolos a ser más punitivos e inconsistentes en su labor (Fish, 2001).

El “Modelo de Estrés Familiar” (Conger, Patterson, y Ge, 1995, citado por Kohen, Leventhal, Dahinten y McIntosh, 2008), ha sido utilizado para explicar cómo impacta el nivel socioeconómico en la familia (salud mental parental), influyendo en el desarrollo infantil. Una situación económica difícil y estresante puede afectar el comportamiento de los padres generando prácticas disciplinarias exageradas que pueden o no fungir a manera de protección. En familias en desventaja social, es posible observar un elevado grado de estrés y una pobre salud mental; tienen menos capacidad para ser comprensivos, consistentes y para resolver problemas exitosamente, y pueden hacer uso de prácticas disciplinarias muy exigentes e incluso llegar al castigo físico; este tipo de prácticas se asocia con el desarrollo socioemocional infantil y una mayor probabilidad de presentar problemas conductuales. En una investigación realizada por Barceleta y Álvarez, (2005), al estudiar a un grupo de padres que asistían a la Fiscalía de Menores de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, se encontró una baja escolaridad en los padres y madres denunciados por abuso y maltrato, su falta de recursos tanto económicos e intelectuales y la ausencia de apoyo social los llevó a utilizar este tipo de disciplina.

La relación entre el estatus socioeconómico y el coeficiente intelectual ha sido un tema abordado ampliamente. En un estudio realizado por Sameroff y colaboradores en 2001, se encontró una relación entre vivir en una situación de pobreza y el retraso en el **desarrollo cognitivo**; observando un mayor peso por parte de los factores ambientales en la generación de estos déficits. Por su parte, Werner et al. (1967) al realizar el seguimiento de 3, 037 niños por ocho años observan que la clase social se relacionaba fuertemente con el coeficiente intelectual, los niños en contexto socioeconómico bajo presentaban retrasos en su desarrollo, resultando a la vez más vulnerables a los efectos adversos del contexto (Willerman, Broman y Fiedler, 1970).

Otra asociación de importancia es la del nivel socioeconómico y el **desarrollo del lenguaje**; el desarrollo de habilidades relacionadas con este dominio humano presenta un periodo crítico durante los primeros años de vida. De acuerdo a Hoff-Ginsberg (1998, 2006, citado por Miser y Hupp, 2012), la cantidad de vocalizaciones por parte de la madre, el tipo de vocabulario usado y los tópicos de conversación que tenga con su hijo varían de acuerdo a su estatus socioeconómico; esto demuestra que el desarrollo del lenguaje durante la infancia es sensible a las distintas experiencias de lenguaje y comunicativas relacionadas a su vez con el nivel socioeconómico. En este caso la educación materna resulta un elemento de gran importancia, pues nos habla que a mayor escolaridad, mayor será el conocimiento que tiene la madre sobre el desarrollo infantil y mayores sus oportunidades para acceder a un trabajo remunerado

En cuanto al **desarrollo socioemocional**, se ha visto que aquellos niños que crecen en condiciones graves de pobreza suelen ser más desconfiados ante su medio y presentan desde síntomas depresivos a temprana edad hasta comportamientos antisociales; pueden ser niños con temperamento fuerte y propensos a manifestar conductas agresivas (Balbernie, 2002).

No se puede ser tajante al hablar sobre la asociación entre problemas del desarrollo y pobreza; únicamente existe una relación significativa entre nacer y crecer dentro de un ambiente pobre y adverso y la falta o dificultad para acceder a distintos bienes y servicios, esto puede gatillar en el seno familiar tanto situaciones negativas que impacten en la calidad de vida de la familia, o reacciones positivas que generen y fortalezcan en ellos cualidades y atributos que les permitan hacer frente exitosamente a su situación.

Al realizar intervenciones con grupos de alto riesgo psicosocial, conocer información relacionada a su nivel socioeconómico, nos permite realizar mejores orientaciones y brindar una atención integral a la familia basada en su realidad social y por ende en sus necesidades y características. Conocer y profundizar en el entorno en el cual el niño se desenvuelve, y compartirlo con los demás profesionales en contacto con éste, promueve una atención integral al considerar aspectos socioeconómicos y culturales para el diagnóstico y el tratamiento. Del mismo modo, podemos obtener información que nos permita favorecer la construcción de redes de apoyo familiar y social y el desarrollo de recursos personales que potencien la calidad de vida del paciente, su familia y comunidad (Cuevas et al., 1993 , Moreno et al., 2008).

1.2.- Salud mental materna.

La dificultad que experimentan en el día a día todas aquéllas madres y padres que viven en situación de pobreza para satisfacer las necesidades básicas de su familia, generan una serie de emociones y sentimientos de culpa, angustia y preocupación; es común observar en este grupo de padres sentimientos de fracaso en su rol de proveedor influenciando negativamente la calidad de vida de sus hijos (Kotliarenko et al., 1997). Si la situación de estrés y pobreza es crónica y reiterativa, una serie de trastornos psiquiátricos pueden desarrollarse, tales como la **sintomatología depresiva**, más comúnmente observada en la madre, quien funge como cuidador principal en la mayoría de los casos.

De acuerdo al DSM-IV-TR, la depresión se refiere a un estado de ánimo decaído o a la pérdida de interés/placer por todas las actividades, se acompaña de síntomas como la pérdida del apetito, del sueño y de actividad motora; falta de energía, cansancio o fatiga; sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para concentrarse, pensamientos recurrentes relacionados al suicidio o muerte, etc.

La **depresión materna**, representa un factor de alto riesgo para el desarrollo de los hijos, se ha evidenciado que en niños con este tipo de madres suelen ser frecuentes los problemas emocionales, comportamentales, somáticos y del desarrollo. Este tipo de madre suele mantener una **relación hipoestimulada** con sus bebés (Villalón, 2000), con el tiempo, es posible que el niño llegue incluso a internalizar ciertos sentimientos transmitidos por la madre como la ansiedad y la depresión. Es común observar estados depresivos en **madres adolescentes**, éstas se caracterizan por presentar menores respuestas verbales y físicas al interactuar con sus hijos; dichas interacciones son menos sensibles y positivas, más intrusivas y negativas, generando así patrones de interacción afectiva desregulados y negligencias en el cuidado. A su vez, la percepción que estas madres tienen de sus hijos puede encontrarse distorsionada, los estados depresivos dificultan elaborar un buen juicio sobre el comportamiento del niño, percibiéndolos como niños más problemáticos que en lo que realidad son; a la par, este tipo de juicios o percepciones pueden llevar a situaciones de indiferencia, hostilidad e incluso violencia (Schteingart et al., 1995).

Cuando la madre y la familia se encuentra expuesta a agentes ambientales adversos, surge un sentimiento de incertidumbre y vulnerabilidad ante estos generando una falta de control en la madre; las constantes presiones económicas llevan a elevados niveles de estrés que interfieren en la habilidad materna (y/o paterna) para ser consistentemente atento, sensible y disponible mental y emocionalmente para su bebé (Balbernie, 2002).

Altos niveles de estrés materno afectan la **interacción madre-hijo**, contribuyendo al desarrollo de **problemas de autorregulación**, adaptación y conductuales en el niño. Se ha visto que ser criado durante la primera infancia por una madre depresiva, incrementa los niveles de cortisol afectando la respuesta que el niño tiene ante el estrés prediciendo problemas de autorregulación y externalización (Essex, Klein, Cho y Kalin, 2002, citados por Choe, Olson y Sameroff, 2013).

En un estudio realizado por Campbell et al., (2004, citado por Choe et al., 2013) se muestra como las madres que manifestaban altos grados de estrés eran más negativas, intrusivas y hostiles con sus hijos lactantes, asimismo existían pocas interacciones cara-cara entre la diada. Las madres estresadas y ansiosas asimismo tienden a usar **técnicas disciplinarias** inadecuadas, impidiendo que el niño internalice estrategias adaptativas para la autorregulación, contrariamente utilizan el castigo físico como medio disciplinario lo que a su vez aumenta la probabilidad de que el niño presente problemas de auto control y regulación y por ende manifieste problemas de comportamiento.

Así, las dificultades económicas diarias provocan un estado de estrés crónico que afecta la salud mental materna, generando principalmente estados depresivos asociados a su vez con una **baja autoestima materna**, la cual interfiere en la relación diádica prediciendo negligencia en el cuidado de los hijos (Arcos, Uarac y Molina, 2003), ya que la madre se puede considerar poco apta o capaz para dicha labor.

El que una madre presente problemas de salud mental o viva en situación de estrés crónico afecta la calidez de su crianza y tiene efectos negativos en el tipo de disciplina empleada, contribuye a una crianza poco sensible y responsiva en la cual se utilizan estrategias disciplinarias inadecuadas, o en algunos casos se llega a la indiferencia y negligencia.

Cualquier tipo de **trastorno o problema mental** hace a la madre más vulnerable al estrés y prácticas de crianza inadecuadas, percibiendo las demandas parentales usuales como exageradamente desgastantes, por lo tanto, se genera una relación donde tanto madre y bebé se influyen negativamente (Balbernie, 2002).

1.3.- Interacción madre-hijo y ambiente familiar.

El nacimiento de un hijo representa un periodo de desequilibrio personal y familiar, así como una prueba de resiliencia biológica y psicológica, es una etapa

importante para la familia, pues se reorganizan esquemas y se asumen nuevos roles (padre, hermano, abuelo). Esta función reproductora de la familia se cumple a medida que se satisfagan las necesidades básicas del niño (alimento, abrigo, cuidado y afecto); la primera figura significativa en la vida afectiva del niño es la madre, es la fuente de afecto y cuidado que permitirá la subsistencia biológica de éste (Kotliarenco et al., 1998). La relación que se establece entre el infante y su cuidador primario representa la plataforma de organización para el desarrollo afectivo, cognitivo y social (Balbernie, 2002); esta relación se puede ver distorsionada por diferentes factores, algunos que afectan directamente al bebé y otros que impactan a la madre o al cuidador primario, o a la familia en general.

1.3.1.- Interacción madre-hijo.

Un elemento que determinará en gran parte la relación entre madre e hijo es la **sensibilidad materna**, ésta representa una condición importante para el **vínculo y apego seguro**.

La **Teoría del Apego** y el concepto de **vínculo** surge del psicoanalista británico John Bowlby que a finales de la década de los 40, tras los efectos devastadores de la Segunda Guerra Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) le solicita investigar las necesidades afectivas de los niños huérfanos. Junto con la observación clínica y conocimiento proveniente de la etología (estudio con primates) Bowlby concluye que el niño requiere para su supervivencia y desarrollo establecer una relación cálida entre su madre o cuidador principal, a partir de estas relaciones el niño construye “**modelos de trabajo internos**” de sí mismo y de los otros, estos modelos permiten interpretar y anticipar el comportamiento del otro y son fundamentales para el desarrollo socioemocional del individuo (Repetur y Quezada, 2005).

Posteriormente, ambos términos fueron estudiados por Ainsworth, entendiendo por **apego** a la tendencia del individuo a buscar contacto con otro, especialmente en

situaciones que se consideran adversas; por ejemplo, el bebé manifiesta este tipo de tendencia mediante el llanto, la succión, la sonrisa, el seguir a la madre, etc. Subsecuentemente este tipo de relación promueve el establecimiento de un vínculo que permite la regulación emocional y brinda seguridad (**sistema de regulación diádico**). Por su parte, el concepto de **vínculo** se refiere a un lazo afectivo que una persona establece entre sí mismo y otro, este lazo perdura en tiempo y espacio, permite cierto grado de proximidad hacia el objeto de apego, y se conforma de sentimientos, recuerdos, deseos, expectativas e intenciones (Repetur y Quezada, 2005).

Para conocer los distintos tipos de vínculos Mary Ainsworth lleva a cabo la técnica de la “Situación extraña”, de donde surgen tres patrones de vínculo, asociados con distintos patrones de crianza materna: a) Infante Seguro (patrón B): el bebé disfruta el contacto físico, y no se muestra ansioso ante separaciones breves, su mamá es su base de seguridad para explorar su medio y jugar; b) Infantes ambivalentes/resistentes (patrón C): el bebé fluctúa entre la ansiedad y la pasividad, en condiciones no familiares se muestra ansioso y desinteresado ante su ambiente, tienen poca tolerancia a la frustración; c) Infantes evitativos o elusivos (patrón A): se muestran la mayor parte del tiempo ansiosos, ante separaciones breves se enojan, sin embargo, en los momentos de interacción con la madre se muestran evitativos, defensivos y desapegados.; d) Infantes desorientados/desorganizados (patrón d): muestran conductas de rechazo hacia la madre así como conductas autoagresivas y de paralización e incluso estereotipias, este patrón es característico de niños muy descuidados y maltratados (Repetur y Quezada, 2005, Tracy y Ainsworth, 1981). Siguiendo a los mismos autores, los lactantes que muestran un vínculo seguro durante el primer año de vida en etapas posteriores son más cooperadores y manifiestan afectos positivos hacia su madre y otros adultos, así como una mayor competencia social con sus pares y mejores puntuaciones en pruebas de desarrollo y lenguaje.

Este primer vínculo influirá sobre nuestras futuras relaciones, y el desarrollo de sistemas conductuales fundamentales durante la infancia como el juego y la

exploración; la manera en que el niño organiza su conducta alrededor de su madre influye en la manera en que actúa ante los otros y en su ambiente.

El desarrollo infantil se ve beneficiado cuando existe un contacto frecuente y de calidad entre el adulto y el niño, cuando el cuidador valora sus logros y responde física, verbal y emocionalmente ante las demandas del niño (Soler et al., 2007), haciéndolo sentir importante y capaz. El que los padres sean competentes y hagan sentir seguro al niño, nos hablará de un factor protector de importancia en la transmisión de seguridad y autoestima por parte de los padres.

El que el cuidador principal promueva una crianza sensitiva promueve un óptimo crecimiento de la autorregulación en los niños pequeños que a la vez les ayuda a modular su atención, emociones y comportamientos; en contraste cuidados pocos sensitivos y responsivos aumentan el riesgo para dificultades autorregulatorias asociadas a problemas de comportamiento en la edad escolar (Choe et al., 2013, Repetur y Quezada, 2005). La **sensibilidad** se caracteriza por la capacidad del cuidador para percibir e interpretar adecuadamente el comportamiento de su hijo, así como el responder oportuna y apropiadamente a éste (Dunst y Trivette, 2009).

Otro elemento de importancia al respecto es la **calidez materna**, que se refiere a una crianza enriquecedora, que funja de apoyo, que sea reconfortante y emocionalmente sensible a las necesidades del niño; ésta provee de recursos socioemocionales que permiten afrontar situaciones de estrés mediante la autorregulación (proceso que se desarrolla y consolida principalmente durante los primeros años de vida). Consecuentemente altos niveles de calidez materna se relacionan con menores problemas de externalización o comportamiento. Ésta se puede ver disminuida ante la presencia de estrés crónico afectando la salud mental materna y provocando que establezca interacciones poco estimulantes con su hijo e

incluso en ocasiones hostiles y violentas. Una crianza materna sensitiva y responsiva promueve la autorregulación en el niño y por ende el funcionamiento socioemocional (Choe, et al., 2013).

La **receptividad parental** a las demandas e iniciativas de sus hijos, se asocia con consecuencias positivas en el comportamiento y desarrollo infantil (Dunst y Trivette, 2009); cuando los padres son receptivos se encuentran sintonizados a las señales del niño y sus intentos de interactuar y comunicarse con otros, estas atenciones tienen que ser oportunas y apropiadas al comportamiento del niño, y las interacciones son sincrónicas y reforzantes. Contrariamente, la ausencia de receptividad parental desregula fuertemente el estado emocional del infante, a su vez ello interfiere en el desarrollo socioemocional del niño, generando sentimientos de enojo y tristeza que llevan al niño a dedicar la mayor parte de sus recursos emocionales (a manera de defensa personal) a controlar estos afectos negativos (Balbernie, 2002).

Otro componente importante de este proceso lo constituye el **contacto visual madre-bebé**, cuando estos son frecuentes y placenteros, ambos miembros de la diada ingresan en un estado de simbiosis caracterizado por un afecto positivo (Balbernie, 2002), pilar básico para el establecimiento de las futuras relaciones afectivas que mantenemos con los demás (amigos, pareja, hijos, etc.). Este tipo de desarrollo emocional depende también de mecanismos psiconeurobiológicos; una relación positiva con el cuidador principal y crecer dentro de un ambiente cálido y amoroso durante los primeros años de vida, promueven el desarrollo del hemisferio derecho favoreciendo la maduración de áreas límbicas las cuales son básicas para el funcionamiento socioemocional y el control de la conducta (Schoore, 1994, citado por Balbernie, 2002). Un contacto visual madre-bebé cálido y reconfortante promueve procesos de **mutua regulación social**, donde madre e hijo desarrollan la capacidad de ser empáticos en cuanto al estado afectivo del otro; además, según Feldman y y

Greenbaum (1997, citados por Balbernie, 2002), el contar con experiencias que promuevan la **regulación afectiva** desde los tres meses de edad, es un predictor de la competencia cognitiva a la edad de dos años; una comunicación afectiva disonante genera un vínculo inseguro y desorganizado.

A partir de contactos, interacciones y experiencias que promuevan la regulación afectiva, el infante aprende a adaptarse e interactuar dentro de su ambiente, desarrollando e internalizando la habilidad y fortaleza emocional de organizar sus emociones, integrar las experiencias negativas y estresantes, adaptándose y sobreponiéndose a ellas; a la vez ello es promotor de la adquisición de distintas habilidades cognitivas, de lenguaje y académicas (Li, 2012).

Durante los primeros dos años de vida, el que el niño cuente con una relación segura y afectuosa pronostica una serie de atributos positivos propios de los niños resilientes, esta influencia parental resulta altamente adaptativa. Según Elardo et al., (1975, citado por Soler et al., 2007), diversos estudios muestran cómo los hijos de padres con mayores niveles de receptividad emocional y verbal, que promueven situaciones y experiencias variadas, se logran adaptar mejor a su ambiente social; contrariamente, cuando existe una disfunción entre la **interacción madre-bebé**, durante los primeros años de vida, el niño puede presentar más problemas psicosomáticos y cognitivos en comparación con sus pares que cuentan con una interacción de calidad (Villalón, 2000).

En diversas investigaciones se observado que el desarrollo del **lenguaje expresivo** se ve afectado cuando existe una relación madre-hijo deficiente e hipoestimulante (Mengel y Linhares, 2007), pues al no brindar estímulos verbales y físicos afectivos al niño se impide el desarrollo de su vocabulario y su interacción social y afectiva. El lenguaje es un ámbito de gran importancia para el desarrollo, se relaciona directamente con la comunicación, la interacción social, el desarrollo cognitivo y el aprendizaje escolar.

La relación diádica también se puede ver influenciada por otro tipo de **variables contextuales**, tales como un nivel socioeconómico desfavorable, la ausencia del padre, eventos estresantes, problemas maritales, familias de más de seis miembros, la ansiedad y depresión materna, baja autoestima, la ausencia de redes de apoyo social, etc. Así la acumulación de estos factores de riesgos por periodos prolongados generan estrés en la madre afectando su modo de interactuar con su hijo, incrementando el riesgo para un desarrollo social y cognitivo no favorable (Fish, 2001).

Las desigualdades sociales propias de la **pobreza** han fungido como un fuerte predictor del vínculo inseguro; cuando los padres día a día se ven en dificultades para satisfacer las necesidades básicas de su familia, con largas y pesadas jornadas de trabajo, el estar a cargo además del cuidado de un lactante puede resultar una carga extra, dificultando aún más el establecimiento de un apego seguro (Balbernie, 2002).

En un estudio realizado por Crnic, Greenberg y Sloug (1986), se encontró que las madres que reportaban mayor estrés durante los primeros años de vida de su hijo, generaban un vínculo más inseguro; en cambio, las madres que manifestaban relaciones satisfactorias con su familia, amigos y comunidad presentaban relaciones caracterizadas por un vínculo seguro.

El proceso de establecimiento de un vínculo seguro se puede ver desorganizado cuando se vive en un ambiente de **violencia** (Crittenden, 1985). En un estudio realizado por Lyons-Ruth y Block (1996, citado por Balbernie, 2002), en el que se trabajó con un grupo de madres de “alto riesgo”, se encontró que aquellas que habían vivido situaciones de violencia o traumáticas en la infancia, presentaban un elevado riesgo de brindar cuidados inadecuados, caracterizados por la hostilidad y una desorganización emocional, así como una probabilidad a establecer una relación desorganizada entre el cuidador y su infante.; es obvio esperar que un niño que haya vivido violencia intrafamiliar tema a sus padres y que incluso llegue a repetir estos patrones durante su adultez. Un **vínculo inseguro y desorganizado** puede ser de

especial relevancia en un contexto familiar caracterizado por la pérdida, el trauma, la psicopatología y la violencia; un vínculo fruto de esta situación afecta la capacidad psicológica del individuo para organizar la información y controlar sus estados emocionales.

La calidad de la relación e interacción de la diada también puede verse influenciada por el tipo de embarazo o la edad de la madre en el que este proceso ocurre; cuando se trata de un **embarazo no deseado**, la interacción se caracteriza por sentimientos de tristeza e indiferencia, con intercambios raros y ausentes, generando una relación madre-bebé disfuncional y distorsionada; vivir a la vez en una situación de pobreza aumenta el riesgo psicosocial, ya que se generan niveles de ansiedad materna elevados influyendo en dicha interacción (Vera et al., 2010).

La **presencia y apoyo del padre** también resulta una variable protectora; en un estudio realizado por Vera y colaboradores (2010), el proceso de embarazo, parto y el vínculo temprano se ve influido por las actitudes del padre, a la vez ello repercute en la competencia y seguridad de la madre para amamantar o alimentar a su hijo. Aunque culturalmente la mujer es quien ha asumido el rol de cuidador principal, el hombre también es capaz de llevarlo a cabo y contribuir en la educación y cuidados de los hijos, el que éste mantenga un vínculo significativo con el niño desde la primera infancia representa un elemento promotor de un mejor desarrollo. La ausencia del padre en la vida del niño se puede asociar con futuros fracasos sociales y mayor posibilidad de presentar problemas emocionales y/o de comportamiento, manifestar conductas sexuales tempranas, y mayor probabilidad de desarrollar problemas con el alcohol y/o drogas (Balbernie, 2002).

Una relación significativa y de calidad con al menos un cuidador implica efectos positivos en el desarrollo psicológico del niño, representando así un factor protector

para los niños expuestos a riesgo psicosocial (Schteingart et al., 1995, Hukkanen, Sourander y Piha, 1999). Un vínculo seguro puede ser un objetivo válido y pertinente de intervención, ya que su buen desarrollo puede fungir a manera de protección para el individuo.

1.3.2.- Ambiente Familiar.

Las relaciones y dinámicas que se establecen en el seno familiar, representan elementos que influirán en el desarrollo infantil y de la familia en general. Partiendo de la perspectiva del Desarrollo Humano, el desarrollo infantil es concebido como parte de un proyecto familiar y social de sucesiones generacionales; implica un ciclo que abarca formas de organización adaptativas propias al sujeto y las relaciones que establecerá mediante la convivencia familiar, las cuales influirán en este proceso y lo irán incorporando poco a poco a su entorno próximo. La familia resulta una unidad básica de la sociedad, en ella se encuentran elementos básicos para el proceso de desarrollo y sobrevivencia individual (Sánchez et al., 2008).

En todas las sociedades, la **familia** ha desempeñado un papel primordial en la transferencia de tradiciones culturales entre generaciones; representa la fuente de socialización primaria, donde se lleva a cabo el proceso de maduración de los niños. Esta institución desempeña un rol fundamental en todas las etapas de la vida, su apoyo es básico para asegurar el adecuado desarrollo infantil.

De acuerdo al **modelo ecológico**, múltiples sistemas pueden afectar el funcionamiento familiar; existen variables ambientales ubicadas en distintos niveles de la organización social que influirán en diversos dominios del desarrollo infantil; así, este proceso, inmerso principalmente dentro del contexto familiar, se verá influido por sistemas internos y externos que se sobreponen e interactúan entre sí (Balbernie, 2002, García, 2001). Así, la familia puede tanto promover y potenciar el desarrollo (jugando a manera de protección), o contrariamente limitar o afectar el desarrollo

(jugando a manera de riesgo), en ella influyen las dimensiones del contexto, parentales y de pareja (Silva, 2003).

Los **factores contextuales** se refieren a las características propias de la familia, y las relaciones de ella con su contexto social. Se ha visto que las unidades uniparentales y las extensas, causadas por divorcio o madresolterismo, muerte de algún padre, y en el caso de familias extensas por uniones sucesivas o simultáneas, se relacionan con prácticas parentales inadecuadas y carencia de redes de apoyo, lo cual genera un efecto acumulativo de factores de riesgos. El tamaño de la familia representa un elemento a considerar, un número elevado de miembros en la familia representa un factor de riesgo debido a que implica un mayor ingreso económico y menor tiempo para la crianza; el número de hijos en la familia determina el grado de competición por recursos sociales y físicos (Sameroff et al., 2001); sin embargo, una familia grande también puede generar mayores redes o fuentes de apoyo social para el individuo. Otras características contextuales y sociodemográficas de la familia que pueden representar elementos de riesgo psicosocial, son una baja escolaridad en los padres, su edad, una condición de hacinamiento, etc (Mengel y Linhares, 2007); sin embargo también podemos encontrar en el grupo familiar características (unión, estilos parentales, apoyo intrafamiliar) que atenúan los efectos del estado socioeconómico (Soler et al., 2007).

La **relación marital** ha sido otro factor muy estudiado; cuando existe conflicto y además de conductas parentales inadecuadas, existe mayor vulnerabilidad infantil. La agresión intramarital está asociada significativamente con agresión hacia los hijos, y representa un factor de riesgo para problemas de conducta infantil que además pone en riesgo la integridad física del niño y/o de la madre. Un contexto marital y familiar violento se expresa de diferentes maneras, como en una baja autoestima, ansiedad materna, angustia, insatisfacción, incompetencia e inconsistencia en las prácticas de crianza y en una perturbación en la interacción madre-hijo (Arcos et al., 2003).

La **dimensión parental**, hace referencia a la competencia de los padres para generar experiencias variadas en el día a día, estilos de crianza responsables y adecuados, así como el generar un clima educacional abierto, contenedor y con límites claros. La parentalidad implica actividades realizadas por el padre y la madre durante el proceso de crianza, socialización, atención y educación de sus hijos, es un proceso biopsicosocial (Vargas y Arán, 2013). Una crianza adecuada y positiva involucra cubrir todas aquéllas necesidades básicas y fisiológicas (alimentación, salud, educación, ropa, etc.), pero también las emocionales y afectivas acorde a los cambios en el desarrollo del hijo y a las demandas cambiantes del ciclo vital de la familia y el contexto social; también abarca el generar situaciones propias para la exploración, el aprendizaje y experiencias que estimulen el desarrollo (Villalón, 2000).

Dentro de la relación que se establece entre el niño y sus padres, existen prácticas parentales así como estilos de crianza que se ha reportado su influencia en la conducta infantil y adolescente. Burt y colaboradores (2013) hablan acerca de la relación existente entre la calidez y disciplina parental sobre el desarrollo humano. Especialmente la presencia o ausencia de calidez parental (sobre todo la materna) puede alterar o mediar los efectos de la disciplina parental; por ejemplo prácticas disciplinarias exigentes acompañadas de una gran calidez parental pueden ser positivos para el porvenir del niño, contrariamente una baja calidez y /baja disciplina se asocian con problemas de comportamiento y psicosociales en el niño. Un estilo de disciplina exigente puede tener una función adaptativa (protectora) en contextos adversos caracterizados por ser inseguros, pues está dirigida a proteger al niño de las distintas amenazas. Choe y colaboradores, en 2013 al estudiar a un grupo de niños (con riesgo a presentar problemas de externalización) encontraron que aquéllas madres que hacían uso de una disciplina con límites, tenían hijos con mayores niveles de autocontrol a los tres años de edad lo que predecía menos problemas de comportamiento a la edad de seis; cuando este tipo de disciplina se acompañaba de una calidez materna se veían mediados los efectos adversos del estrés materno.

Aquéllos niños que se desarrollan en ambientes deprivados, que han sido rechazados y tratados con indiferencia e incluso hostilidad y violencia física durante la infancia, por su familia y/o contexto social, es probable que al crecer hayan introyectado expectativas o pensamientos de rechazo, que genera en ellos la convicción de estar inmersos en un contexto hostil e indiferente (Balbernie, 2002).

Lo ideal es hacer uso de una disciplina donde existan límites, donde se expliquen las consecuencias de los actos y se promueva la reflexión y el comprendimiento del niño sobre su propia conducta; en este tipo de disciplina los padres o cuidadores fungen como reguladores externos que le permiten al niño autorregularse e inhibir comportamientos disruptivos. Este tipo de estrategias deben estar acompañadas de un cuidado sensible y responsivo que motive al niño a cooperar con sus padres. Cuando el niño comprende las expectativas que tienen sobre su comportamiento y las consecuencias de éste, se va elaborando en él la capacidad de reflexionar sobre sus actos y se generan habilidades interpersonales básicas para el proceso de socialización.

Una variable protectora muy estudiada y dependiente del ambiente familiar y de las características maternas es la **estimulación en el hogar**, cuando existe en casa y es adecuada a las necesidades y etapa cronológica y/o madurativa del niño se promueve un mejor desarrollo. El tipo de parentalidad es una variable que influye sobre el tipo de estimulación brindada y por ende sobre el desarrollo cognitivo y motor del niño; los padres no sólo fungen como cuidadores sino que representan los primeros educadores para sus hijos (Vargas y Arán, 2013). Diversos estudios muestran que los niños con progenitores con alta receptividad emocional y verbal, que generan situaciones cotidianas variadas que permiten la experimentación, presentan una mejor adaptación al ambiente temporal y físico (Soler et al., 2007); según de Andraca et al., (1998), la estimulación en el hogar y la organización del ambiente, son unas de las variables de mayor impacto en el desarrollo infantil, mostrando una relación estrecha con el desarrollo psicomotor (Soler et al., 2007). Por otra parte, también se encuentran estudios que muestran como una estimulación inadecuada representa un factor para

el retraso en el desarrollo cerebral (Otero et al., 2003, citado por Mazzoni, Stelzer, Cervigni y Martino, 2014).

La estimulación en el hogar implica la presencia y creación de actividades variadas y reguladas que no sobrecarguen sino que permitan un comportamiento exploratorio en el niño; esto implica llevar a cabo actividades tanto a manera de juego como integradas a la rutina cotidiana que sean acordes a las necesidades físicas y afectivas del niño, teniendo en cuenta su edad cronológica así como sus posibilidades y limitaciones. En casa deben existir espacios seguros para el desarrollo de habilidades motoras (desde el rodarse hasta el caminado), así como materiales de juego que favorezcan el avance de las distintas áreas del desarrollo; los intercambios comunicativos orales, corporales y afectivos frecuentes y adecuados que se dan entre la madre y el hijo también son de gran importancia para generar un clima emocional sensible y receptivo (Osorio, Torres, Hernández, López y Schnaas, 2010).

Entre muchos otros elementos de influencia, se ha visto que el estado conyugal se relaciona con la estimulación del niño, cuando éste cuenta con los cuidados de calidad y apoyo de ambos padres se generan mayores oportunidades de exploración promoviendo un buen desarrollo y el establecimiento de un vínculo seguro con sus progenitores. El contar con padres responsables y comprometidos con el desarrollo de su hijo, que promuevan estímulos positivos en el hogar, representan mecanismos protectores para contextos adversos psicosociales (de Andraca et al., 1998), además de que se relaciona con mejores habilidades cognitivas y verbales, una mayor autorregulación y con prácticas de crianza consistentes (Kohen et al., 2008).

Otra variable asociada a la estimulación en el hogar es el estatus socioeconómico de la familia, relacionándose con la posibilidad de la madre y la familia para generar experiencias propias de la estimulación y el aprendizaje. En muchos casos, las familias con dificultades económicas no cuentan con el tiempo o la capacidad educativa y monetaria tanto para adquirir materiales de juego apropiados, así como para tener acceso a información relacionada al desarrollo infantil. Asimismo

en este tipo de familias, la participación del niño y su familia en actividades culturales y comunitarias se puede ver reducida, así como el acceso que tienen a servicios públicos y/o privados de calidad (Kohen et al., 2008).

Un **ambiente familiar adverso** afecta la capacidad de la familia para ofrecer un cuidado óptimo, afectando el proceso de vinculación y el desarrollo en general, volviendo al niño vulnerable a presentar trastornos de personalidad, problemas escolares y de aprendizaje (Arcos et al., 2003, Hukkanen et al., 1999, Vera et al., 2010).

1.3.3.- Violencia intrafamiliar.

Aunque ya se ha hablado en los apartados posteriores la manera en que la **violencia intrafamiliar** afecta el desarrollo del niño y su familia en general, considero que es de importancia ahondar un poco más al respecto, pues es diversa la literatura científica que reporta los efectos adversos de ésta tanto para la integridad física como mental del individuo y de la sociedad en general.

Dentro de esta investigación no se cuenta con instrumentos o pruebas como tales dirigidas a detectar la presencia de violencia en la familia, sin embargo determinados ítems tanto del Inventario para Evaluar el Ambiente Familiar (HOME) como de la Cartilla de Vigilancia y Promoción del Desarrollo permiten detectar la presencia de castigo físico así como de manifestaciones violentas maritales o con algún otro miembro del entorno inmediato del niño y su madre. Asimismo hay que recordar que son temas sensibles para la mayoría de las madres, donde el miedo y la pena intervienen y en donde incluso en muchos casos no se es consciente de vivir en esa situación y por lo tanto no se reconoce, o cuando se es consciente de vivirla puede ser una manifestación aceptada y justificada.

La **violencia intrafamiliar** representa una problemática multifactorial en cuanto a sus causas y efectos, no es propio de alguna clase social, cultura en particular, ni de una edad en específico; lamentablemente se presenta en distintos grupos sociales en diversas partes del mundo mayoritariamente dentro del hogar, y por lo general es invisible, no reconocida ni denunciada, incluso naturalizada y aceptada, este fenómeno tiene consecuencias a nivel individual y social. De acuerdo a la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar, esta problemática se refiere al “...acto de poder u omisión intencional, recurrente, o cíclico, *dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan parentesco o lo hayan tenido por afinidad, civil; matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho, y que tiene por efecto causar daño...*” (DGIDS, 2003).

Rodríguez basándose en datos de la Secretaría de Salud, en 2009, menciona que el 60% de las personas que sufrió violencia intrafamiliar eran adultos, 26% jóvenes, 6% niños, 5% adolescentes y un 3% adultos mayores, en todos los grupos, las mujeres representaban la mayoría de víctimas de violencia. Según la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de Relaciones en los Hogares de 2006 (INEGI), el 32% de las mujeres mayores a 15 años vivió violencia emocional por parte de su pareja, un 22.9% económica, un 10.2% física y un 6% sexual; durante este mismo año, las entidades de la República mexicana con mayor número de casos de violencia intrafamiliar eran las siguientes: 1) Estado de México, 2) Campeche, 3) Veracruz, 4) Hidalgo, y 5) Distrito Federal.

De acuerdo a datos del INEGI (2003), en uno de cada tres hogares del Área Metropolitana de la Ciudad de México se presenta algún tipo de violencia; los agresores más frecuentes son los jefes del hogar o el hombre (91/100) y en menor cantidad las mujeres (9/100). Las víctimas más frecuentes suelen ser las hijas e hijos (44.9%), y la mujer o cónyuge (38.9%). El tipo de violencia más común es el maltrato emocional y posteriormente la violencia física.

Pese a que las situaciones de violencia se viven en el día a día en diversos contextos, la manifestación más común ocurre dentro del hogar, y en general sobre la mujer y los hijos. De acuerdo a Campero et al., (2005), la **violencia intrafamiliar** contra la **mujer** tiene su origen en factores socioculturales que reflejan una desigualdad de género.; la pobreza, la falta de acceso a la información, los servicios y apoyos sociales incrementan esta desigualdad y por ende el riesgo de violencia intrafamiliar. Las distintas experiencias de este tipo son justificadas, basándose o partiendo de normas sociales y estereotipos tradicionales sobre roles de género que se asocian a distintas labores, actitudes o sentimientos relacionados al hecho de ser hombre o mujer. Así, existe una fuerte relación entre **violencia y pobreza**; vivir en un ambiente marginado ataca las defensas psicológicas y emocionales del individuo, provocando un **agotamiento de recursos emocionales** que hacen aún más difícil salir del ciclo de la violencia generando altos grados de estrés en el cuidador y en la familia, lo que a su vez los hace más propensos a presentar reiterativamente conductas violentas (Balbernie, 2002).

La **violencia doméstica** representa una problemática multifacética y compleja, la magnitud de sus consecuencias en el desarrollo y salud infantil aún no es muy clara, sin embargo, si es bien reconocido que representa un factor de riesgo social o predisponente para la patología infantil tanto física como mental, afectando el desarrollo biopsicosocial.

Dentro de las múltiples manifestaciones de la violencia, la que se da entre la **pareja** es una de las más comunes, implicando un patrón de abuso físico, económico, emocional, sexual en el que se priva la voluntad o libertad, esto por parte de la pareja, generando daños a la integridad física, emocional, sexual y económica en la víctima (Collado y Villanueva, 2007). En diversos estudios se ha visto que un periodo vulnerable o susceptible para que se den situaciones de violencia entre la pareja es durante el embarazo; por ejemplo existe una asociación fuerte entre la **violencia**

durante el embarazo y los **primeros años de vida** con el riesgo de muerte antes de los cinco años de vida, riesgo a la desnutrición y al bajo peso, alteraciones en el desarrollo y maltrato infantil (Arcos et al., 2003). Por su parte, Campero y colaboradores, en 2005 realizan una investigación en el estado de Morelos a partir de 227 certificados de defunciones de mujeres embarazadas entre 12 y 49 años de edad que mueren en 2001, encontrando entre ellas 51 muertes violentas; se encontró que el **embarazo** fue un factor predisponente para actos de violencia y en ocasiones para la muerte (homicidio y suicidio), debido a que este fue no deseado, no planeado u ocurrió fuera del matrimonio.

Así el embarazo puede ser un factor de riesgo o vulnerabilidad para que se manifieste la violencia por parte de la pareja (u otro familiar), sin embargo también puede tratarse de un embarazo no deseado fruto de la violencia intrafamiliar (abuso sexual, violación marital, negativa a usar métodos anticonceptivos, etc.). Es común que cuando se viven situaciones de violencia durante el embarazo, estas se sigan presentando después de éste (como seguramente se presentaron antes), generando en la madre síntomas de ansiedad y depresión.

Como se mencionó anteriormente, se observa que la **violencia durante el embarazo** se presenta más en ambientes de **nivel socioeconómico bajo**, provocando pobre ganancia ponderal materna, ausencia de cuidado prenatal o este es deficiente, anemia, desnutrición, infecciones de transmisión sexual, problemas psicológicos, estrés, adicciones, hasta lesiones físicas como traumatismos abdominales hematomas, abortos, parto pretérmino y muerte materna; y en el niño lesiones fetales intrauterinas, bajo peso al nacer, y un elevado riesgo a morir durante el primer año de vida, y altas probabilidades para que su desarrollo se vea limitado cognoscitivo, afectiva y socialmente (Collado y Villanueva, 2007).

Arcos et al., (2003), al estudiar a un grupo de **niños expuestos a violencia doméstica**, detectan ciertos comportamientos agresivos, alteraciones conductuales en escuela y casa, problemas de salud mental como depresión, ansiedad, fobias,

insomnio y baja autoestima. Por otra parte, en este mismo estudio se encuentra una relación entre madres que sufren violencia y una mala adherencia al control de salud infantil; el grupo de niños expuestos presentó mayor proporción de morbilidad ambulatoria, mayor demanda de atención de salud por contusiones y traumatismos craneoencefálico; estas madres reconocieron violencia durante el embarazo, contaban con una baja escolaridad, eran jóvenes, el embarazo fue no planificado, eran primigestas y los niños presentaron bajo peso al nacer. Todas estas circunstancias limitan de gran manera el desarrollo, ya que el brindar cuidados inadecuados se eleva el riesgo para la salud física y mental del hijo. El riesgo puede aumentar al presentarse a la par malformaciones congénitas y prematuridad, incrementando la vulnerabilidad del niño al maltrato, ya que este tipo de situaciones generan estrés en el cuidador propiciando una vinculación parental disminuida y negligencia en el cuidado. (Hukkanen et al., 1999).

Por su parte Collado y Villanueva (2007), al estudiar a un grupo de mujeres que asistían para atención obstétrica al Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Ciudad de México, intentan conocer las diferencias en el embarazo a partir de la exposición a la violencia familiar, encontrando que la prevalencia de ésta durante el embarazo ascendió a 39.24%, la violencia de tipo psicológica fue la más común antes y durante la gestación; el agresor más frecuente es un hombre antes del embarazo la pareja, hermano o padre y durante sobre todo la pareja. El mayor factor de riesgo para sufrir violencia durante el embarazo, es el haberla vivido previamente con la pareja o durante la infancia, otros riesgos asociados en este estudio fueron la ausencia de pareja, la primigestación y el que la pareja consumiera alcohol.

Cuando las conductas violentas se dirigen hacia los hijos hablamos de **maltrato infantil**, éste se refiere a un patrón de interacción donde un miembro de mayor jerarquía daña física y/o emocionalmente o descuida a uno de menor jerarquía intencionalmente, haciendo uso de su status. El maltrato puede ser causa de una serie de factores que se entrelazan entre sí, que van desde un embarazo no deseado, el vivir en estrés constante, hasta contar con modelos de crianza donde el maltrato se

permite, acepta y justifica. En muchos casos los padres que recurren a este tipo de disciplina fueron maltratados en su infancia, por lo que presentan baja tolerancia a la frustración y pocos recursos intelectuales y adaptativos para solucionar problemas exitosamente sin hacer uso de la violencia; aquéllos padres adictos o alcohólicos son más propensos a hacer uso de la violencia al relacionarse.

En muchos otros casos, la causa del maltrato infantil por parte de la madre se puede deber a la distorsión en sus primeros modelos de relación (con sus madres o primeras figuras de apego); estas madres suelen ser controladoras, intrusivas, poco responsables e incluso hostiles, no les interesa iniciar interacciones con sus hijos, así como responder a ellas, por lo tanto sus hijos se muestran pasivos (Crittenden, 1985). Los modelos internos de estas madres influyen en la manera en que interactúan con sus hijos, afectando a su vez el comportamiento y desarrollo de estos; se establecen como pautas familiares que se transmiten de generación en generación. George y Main's (1979, citado por Crittenden, 1985), al trabajar con un grupo de infantes en un centro de cuidado, observan que aquéllos niños maltratados se mostraban más defensivos y hostiles ante sus pares y cuidadores, aprendieron a generalizar a partir de la relación establecida con su madre.

Un niño que ha sido víctima de maltrato manifiesta un aplanamiento emocional, ausencia de placer en sus experiencias, desorganización conductual, se muestran temerosos o vigilantes, con baja autoestima, deprimidos, se les dificulta establecer vínculos afectivos, evidentemente todo esto repercute en un mal funcionamiento cognoscitivo y bajo aprovechamiento escolar (Barceleta y Álvarez, 2005).

Los niños que viven en ambientes violentos, tienen de seis a quince veces más riesgo de sufrir maltrato y abuso sexual; aquéllos niños que han sido víctimas de algún tipo de abuso sexual en casa, constituyen un grupo de riesgo para ser futuras víctimas dentro y fuera del hogar (Hukkanen et al., 1999). Aunque el niño no sea quien sufra la violencia física o psicológica directamente, el proceso de vinculación se puede ver afectado, ya que durante etapas tempranas del desarrollo, las defensas psicológicas

primitivas del niño emergerán para controlar la ansiedad y sus distintos impulsos. Cuando el niño observa a su padre/madre ya sea en el papel de agresor o víctima, es común que se presenten síntomas del “Trastorno por Estrés Postraumático”, como somnolencia, comportamiento desorganizado, agitación, etc. Asimismo, se asocia a la posibilidad de que el niño presente conductas violentas y antisociales en la adolescencia y adultez (Osofsky, 2000, citado por Balbernie, 2002).

1.4.- Temperamento infantil.

Existen **características individuales o temperamentales** propias del recién nacido y del lactante que pueden fungir a manera de riesgo o protección para su desarrollo interfiriendo en las prácticas de crianza y en la relación madre-hijo. Estas características individuales que conforman el temperamento tienen base genética y determinan las respuestas afectivas, atencionales y motoras en los distintos contextos en los que se desenvuelve el ser humano; estas características tienen gran influencia en las relaciones sociales, en la manera en que interactuamos con los otros y nuestro entorno (Calkins, 2011).

De acuerdo al cuestionario Infant Behavior (IBQ; Rothbart, 1981), el temperamento es resultado de diferencias individuales en cuanto a la reactividad y la autorregulación (Pizur-Barnekow, 2006), de origen constitucional e influidas a través del tiempo por la herencia, la maduración y la experiencia. La **reactividad** se refiere a las respuestas de los sistemas emocionales de activación y “arousal”, se encuentra presente desde el nacimiento y se mantiene relativamente estable a lo largo de la vida, se manifiesta en las respuestas iniciales del recién nacido por sus reacciones fisiológicas (p.ej. hambre) y comportamentales (p.ej. llanto, sonrisa) ante distintos estímulos sensoriales.

La **autorregulación** tiene que ver con procesos como la aproximación, evitación, atención y control motor que modulan la reactividad de la persona

(González, Hidalgo, Carranza y Ato, 2000). Los comportamientos autorregulatorios a su vez son reflejo de procesos cognitivos complejos como la memoria, la capacidad de resolución de problemas, el discurso interno, etc. (Houck, 1999). Las diferencias individuales en la habilidad voluntaria para mantener el foco de atención o cambiarlo dependen del autocontrol de la atención; las habilidades de orientación permiten un manejo adecuado de las emociones positivas y negativas, y por ende un control adaptativo de las emociones y el comportamiento (Calkins, 2011). La autorregulación permite ser flexible y controlar el comportamiento, facilita que el niño se sienta apto y capaz para cumplir sus metas; se asocia con una mejor regulación emocional y con la competencia social; cuando este mecanismo falla se relaciona con problemas de externalización durante la etapa preescolar (Choe et al., 2013). Los niños que desde pequeños empiezan a desarrollar esta competencia autorreguladora es probable que continúen funcionando de este modo a lo largo de su infancia siendo más resilientes a los factores de riesgo psicosociales en comparación de sus pares no autorregulados. En este último caso, el que el niño cuente con una pobre regulación, puede ser una característica que por sí misma representa un factor de riesgo individual que incrementa la probabilidad de futuros problemas de comportamiento y psicopatología al estar el niño inmerso o expuesto en un ambiente temprano de riesgo y estrés psicosocial.

Cuando el lactante es incapaz de autorregularse es común observar manifestaciones de **irritabilidad**, esta característica se relaciona con la atención, la actividad, el tono emocional y la orientación social. En un estudio realizado por Díaz, Pérez y Sánchez (1999) donde se trabajó con un grupo de niños nacidos a término desde el nacimiento hasta los seis meses de edad se encontró que los bebés más irritables tienen menores periodos de atención, son menos sensibles en sus respuestas hacia el examinador y variables en su nivel de actividad y emiten un menor número de vocalizaciones ante la presencia de estímulos físicos.

La capacidad para autorregularse a la vez, va a interferir en los periodos de atención, en la **emocionalidad o afectividad** del niño y en su actividad motora. En un

estudio longitudinal dirigido a conocer la conducta infantil, realizado por González y colaboradores (2000) se siguió a un grupo de madres con características sociodemográficas en común a partir el sexto mes del embarazo hasta el nacimiento de sus hijos aparentemente sanos sin riesgo perinatal, encontrándose que durante el primero año de vida la actividad motora es una expresión de la emocionalidad negativa y positiva; se ha visto que esta relación entre nivel de actividad y afectividad se presenta en diferentes momentos evolutivos, y se han propuesto como precursores de la extraversión en la niñez y la adultez. En este mismo estudio también se encontró una asociación positiva entre respuestas emocionales positivas y periodos de atención más largos entre los 3 y 9 meses de edad

Por otra parte de acuerdo a González y colaboradores (2000), el temperamento se compone de las siguientes dimensiones:

- a) **Nivel de actividad:** cantidad de actividad motora gruesa, incluyendo tanto la frecuencia como la amplitud del movimiento.
- b) **Afectividad:** o emocionalidad, se refiere a una activación intensa en respuestas a sucesos ambientales, expresada en la conducta mediante:
 - a. **Afecto negativo:** relacionado con la interrupción de tareas o bloqueo de metas, puede ser una expresión del miedo.
 - b. **Afecto positivo:** expresiones como la risa, sonrisa, en respuesta a cambios en la intensidad, frecuencia o complejidad.
- c) **Duración de la orientación:** tendencia a mantener la atención sobre objetos y sucesos del ambiente.
- d) **Facilidad para tranquilizarse:** tiempo de recuperación a partir de un punto máximo de malestar o excitación, componente autorregulatorio del temperamento.

Así, el **temperamento** se expresa en el comportamiento, es la manera en que una persona se desenvuelve en su medio, en gran parte sus primeras manifestaciones se encuentran configuradas por la genética, son relativamente estables a lo largo de la vida y en sus distintos contextos. Sin embargo, el temperamento puede ser moldeado e influenciado por lo que Cyrulnik (2008) llama “entorno sensorial” que guía el curso de este proceso y es representado por los padres y sus comportamientos, asimismo, el temperamento determinará la responsividad del bebé ante estímulos internos y externos influenciando las interacciones tempranas o la relación diádica entre madre e hijo (Houck, 1999).

Son distintas las posturas y autores que han elaborado modelos que permiten clasificar el temperamento infantil, entre ellos, se encuentra el Modelo de Goldsmith's (1996, citado por Bryan y Dix, 2008), de acuerdo a éste, el temperamento se puede agrupar en: activo (*“activity”*), propenso al enojo (*“anger proneness”*) y tímido social (*“social fearfulness”*); estos a su vez se asocian con los estereotipos sexuales (congruencia entre temperamento y sexo) y con la sumisión u obediencia que el niño tiene hacia sus padres. Los niños activos exploran y se mueven más a comparación de sus pares, poniendo la seguridad en riesgo tanto de él, de los demás como de las cosas/objetos; los segundos, lloran, protestan y son más agresivos en comparación de otros niños; los últimos se caracterizan por ser tímidos e irritables en situaciones no familiares.

Bajo este modelo, Bryan y Dix en 2008 realizan una investigación con un grupo de niños (14-27 meses de edad) y sus madres; se encontró que los **niños activos** generan sentimientos de enojo y decepción en los padres, sus madres son menos sensibles y responsivas, incluso más hostiles y controladoras; esta alta resistencia por parte del niño genera estados emocionales negativos en la madre, una alta actividad en las niñas fue menormente aceptado por el grupo de madres. La ausencia de apoyo puede reducir la habilidad del niño para cumplir sus metas, se

devalúa su sentido de competencia, su vínculo con sus padres y su sentido de control sobre los eventos; estos niños requieren de una regulación constante por parte de sus padres para evitar el desarrollo de problemas de comportamiento. En cuanto a los **niños propensos al enojo** estos provocan sentimientos parentales de enojo, decepción y un cuidado poco sensible y más disciplinado. Por último, los padres de los **niños con timidez social** suelen reaccionar con empatía, siendo protectores, responsivos, sensibles y fungiendo como fuente de apoyo y confianza; esta fue una característica más aceptada en las niñas, mientras más temerosas las percibían menos restrictivas eran las madres, pues esta característica temperamental era consistente con sus expectativas de sexo. El que se utilicen prácticas de crianza sensibles y consistentes durante etapas tempranas se asocia con un mejor desarrollo en general, sin embargo, hay que aclarar que en algunos casos las madres pueden llegar a la sobreprotección con este último tipo de niños siendo poco receptivas a sus necesidades, lo que las lleva a tratar de controlar situaciones con la intención de minimizar la fuente de estrés para su hijo interfiriendo en la capacidad del niño para autorregularse; este tipo de comportamientos es común observar en niños extremadamente miedosos y en madres muy ansiosas.

Estos resultados sugieren que las emociones y las fuentes que las activan pueden ser útiles al entender las reacciones de las madres hacia el temperamento de su hijo, así como las características que los padres consideran de importancia promover o evitar en su hijo. A su vez, también influye la salud mental y psicológica de la madre, su historia familiar, el nivel de estrés y las fuentes de apoyo social con las que cuenta.

Así como el temperamento del niño influencia el de sus cuidadores, las **características maternas** tendrán también efectos en la interacción diádica, ciertas características psicológicas (sensibilidad, salud mental y física, afecto, etc.) favorecerán o dificultarán la expresión de afectos positivos, las emociones maternas

mediaran la relación entre temperamento y la capacidad de la madre para fungir como apoyo. Es necesario reconocer la importancia de las actitudes maternas y la percepción que tienen sobre sus hijos durante la práctica diaria, sobre todo cuando las intervenciones se dirigen hacia la diada madre-hijo. En un estudio realizado por Pizur-Barnekow (2006), en el que observaron a un grupo de madres y sus hijos de 4 meses de edad bajo distintas condiciones (por ejemplo durante una sesión de juego) se encontró una relación entre las percepciones maternas sobre el temperamento infantil y el sentido materno de competencia parental así como con la depresión materna.

Por lo tanto, hablamos de una influencia mutua entre madre e hijo; el temperamento del bebé y su predisposición biológica influirá en la madre y en las actitudes hacia él; por ejemplo, un niño de temperamento fácil presenta ciclos biológicos regulares y previsibles, mejorando el proceso de adaptación a la parentalidad. En cambio, los lactantes difíciles suelen ser irritables, difíciles de consolar, hiperactivos, etc., generando sentimientos de estrés durante la crianza (Cyrulnik, 2008). Sin embargo, incluso un mal temperamento puede ser mediado si se cuenta con condiciones sociales y afectivas que ofrezcan gran disponibilidad y apoyo. Es primordial que el niño cuente con una figura de vínculo afectivo, ello brinda protección y pone en marcha un estilo de desarrollo emocional positivo en el niño.

Por lo tanto, comprender la calidad de la relación con el progenitor permite conocer y analizar el significado de las conductas existentes dentro de las **relaciones primarias** del niño, éstas contribuyen a la personalidad y son la base de las creencias que el niño genera sobre lo que es posible esperar de las relaciones que se establecen con los demás (familia, amigos, pareja). Dentro de la relación madre-hijo sobresalen tres elementos: el **involucramiento psicológico** (actitudes y percepciones que los padres tienen del niño, el significado que le dan a su conducta), la **calidad conductual de la interacción** (se observa en la conducta de cada miembro de la diada, puede estar perturbada por conductas parentales como la sensibilidad, receptividad, predictibilidad, o características del niño), y el **tono afectivo** (tono emocional característico de la diada, predictor de las acciones y el estado de ánimo del otro). A

partir de esta clasificación podríamos hablar de relaciones sobreinvolucradas (excesivo involucramiento físico y/o psicológico), subinvolucradas (involucramiento esporádico e infrecuente, falta de preocupación por el cuidado), relación ansiosa/tensa (interacciones con poco disfrute, restringidas), y relación colérica/hostil (interacción ruda y abrupta, ausencia de reciprocidad emocional) (Maldonado-Durán, Saucedo, Lartigue y Karacostas, 2002).

Por su parte, Trapero (2010), al analizar interacciones diádicas encuentra **características** tanto en el **lactante** como en la **madre** que reflejan una relación e **interacción disfuncional**. Algunos de sus observables en los lactantes son los siguientes: hipertonía (evitan y rechazan el contacto con la madre), dificultad para el contacto visual y ausencia de vocalizaciones (pobreza en la vinculación afectiva), irritabilidad, humor sombrío, berrinches (búsqueda de atención y afecto mediante estos comportamientos), hipersensibilidad a materiales, sonidos, texturas (ausencia de contención y de seguridad por parte de su entorno). En cambio, algunas de las características psicológicas observadas en la madre que interfieren en la relación son las siguientes: ausencia de empatía hacia su bebé (los hijos no vocalizan, la madre no gratifica, relación hipoestimulada), salud mental materna (ansiedad y preocupación excesiva, carga emocional intensa con respecto al hijo), etc.

El que un niño haya presentado **riesgos biológicos perinatales** tendrá consecuencias en su desarrollo retrasándolo o en algunos casos generando secuelas. Esto además de afectar algún área del desarrollo, influirá en el temperamento, es común observar irritabilidad, dificultad para consolar por parte del niño, y conductas que van desde la sobreprotección hasta el rechazo por parte de la madre/padre. El bajo peso al nacer, por ejemplo ha sido asociado a un temperamento difícil, tienden a ser más reactivos e irritables, y presentan menores índices de desarrollo tanto en el área mental como motor dentro de las Escalas Bayley del Desarrollo Infantil (Gorman et al., 2001, citado por Hwang, Soong y Liao, 2009). A la par esta situación puede ser

contrarrestada al contar con una red de apoyo social, una escolaridad materna elevada, un buen funcionamiento familiar, y otros aspectos de tipo ambiental que funcionan como mediadores. En un estudio realizado por Dunst, Trivette y Cross en 1986, al estudiar padres con hijos preescolares con algún tipo discapacidad y/o retraso en el desarrollo observan una relación entre satisfacción con el apoyo social percibido y el bienestar físico y mental, así como menores conductas de sobreprotección y una mejor aceptación del hijo en familias que contaban con una red de soporte.

Así como existen características temperamentales que pueden fungir a manera de riesgo tanto para la interacción diádica como para el desarrollo infantil, existe diversa literatura que habla sobre otras **características propias del niño** que funcionan a manera de **protección**, estas **actitudes resilientes** le permiten al niño enfrentar exitosamente los obstáculos y adaptarse positivamente a su contexto; algunas de estas características son la autoestima, seguridad, confianza, empatía, facilidad para comunicarse, capacidad cognitiva, sentido del humor, autonomía, competencia social, resolución de problemas, etc. (Munsit et al., 2003 Kotliarenco et al., 1997). Aunque estas características temperamentales tienen una base biológica o hereditaria, son moldeadas principalmente por experiencias ambientales, sobre todo por aquellas que surgen dentro del hogar o la familia. Esta serie de características temperamentales protectoras se elaborarán positivamente a partir de una serie de factores psicosociales mencionados ya en este trabajo, es decir a partir de un vínculo afectivo seguro, de la presencia de una madre sensible y receptiva, de la existencia de un ambiente familiar cálido, etc.

Dos aspectos que resultan generadores de **actitudes resilientes** son la competencia cognitiva y la competencia social; la primera permite evaluar los acontecimientos de manera que facilita un afrontamiento eficaz y mejor resolución de problemas, mientras que la segunda permite establecer buenas relaciones sociales y una interacción positiva y eficaz, elevan la autoestima, generando y fortaleciendo fuentes de apoyo social (Uriarte, 2005). Kotliarenco y colaboradores (1997), también

mencionan como importantes ciertos atributos como la motivación al logro autogestionada, el locus control interno, la empatía, el sentido del humor, etc. El que el niño cuente modelos paternos y adultos adecuados que modelen este tipo de comportamientos y fomenten el desarrollo de atributos y capacidades resilientes, le permitirá enfrentar situaciones de adversidad de manera positiva y lograr un mejor desarrollo.

La lactancia representa una etapa temprana donde comienzan a emerger características resilientes que forjan la autonomía y determinadas competencias sociales; el niño experimenta distintas situaciones sociales dentro de distintos contextos sociales (con la madre, hermano, familia extensa, vecindario, etc.), y a través de estas experiencias va aprendiendo cómo interactuar con el otro. Estas habilidades sociales se terminan de refinar en la etapa preescolar e infancia, teniendo contribuciones esenciales en la elaboración del **autoconcepto** (“self”) (sentimientos hacia nosotros mismos, cómo nos vemos y percibimos), una de sus primeras manifestaciones durante los primeros seis meses de vida es el hecho de que el lactante se reconozca a sí mismo a través de un espejo o fotos, posteriormente el lenguaje y las habilidades comunicativas. A través de los años este autoconcepto se va desarrollando permitiendo el reconocimiento de las propias emociones y por ende hace posible una evaluación interna de nuestro comportamiento, nuestras respuestas o formas de actuar y sus consecuencias; también genera una percepción y conciencia sobre las propias habilidades y competencias. Una de estas competencias es el **sentido del control** (relacionado a su vez con la eficacia social), es un componente cognitivo que emerge durante los primeros meses de vida y depende de la consistencia en el comportamiento materno (Houck, 1999).

Por su parte, la **competencia social** se refiere a las interacciones sociales efectivas, es una competencia adaptativa, refleja un balance entre los procesos de auto-asertividad y autorregulación. Al igual que las características anteriores tiene su origen en etapas tempranas y va forjándose a lo largo de la infancia. En lactantes las relaciones que mantienen con sus pares y otros adultos representan un indicador para

conocer el nivel de desarrollo de competencia social. En esta etapa alguna de las manifestaciones propias de una competencia social involucran comportamientos prosociales como querer jugar con otros niños, seguir reglas, respetar turnos, compartir posesiones o juguetes, ser empático a las ideas y sentimientos del otro, ser solidario, etc. Simultáneamente, las experiencias cotidianas en los diversos contextos sociales van reforzando y retroalimentando el autoconcepto (Houck, 1999).

Al analizar el comportamiento y temperamento infantil no hay que olvidar abordarlo desde un contexto más amplio que incluya la interacción e influencia de factores de riesgo biológicos y psicosociales, y así brindar una atención e intervención integral y acorde a las necesidades del individuo.

1.5.- Apoyo Social.

Se refiere a las personas, familiares o instituciones a las que se recurre en búsqueda de apoyo y soporte (Kotliarenco et al., 1997); se describen en términos de vínculos entre diferentes individuos y grupos que se caracterizan por su tamaño, densidad, la satisfacción que proveen y la frecuencia de contactos. El apoyo social representa un concepto multidimensional que implica una asistencia física e instrumental, una actitud de transmisión, el compartimiento de recursos e información, así como apoyo emocional y psicológico (Dunst et al., 1986); puede ser representado por cualquier proceso mediante el cual las relaciones sociales e interpersonales promueven salud y bienestar. Contar con apoyo social en tiempos de crisis es básico, pues su presencia permite afrontar los múltiples riesgos que surgen en situaciones de adversidad y estrés constante, proveyendo de estabilidad y continuidad, y aminorando la percepción del estrés (Schteingart et al., 1995).

De acuerdo al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, las unidades ecológicas se anidan sobre un arreglo concéntrico de estructuras interrelacionadas; por ejemplo la unidad familiar se anida sobre sistemas representados por la sangre, los familiares, amigos y vecinos; a su vez estas unidades están inmersas dentro de sistemas más complejos incluyendo el vecindario, la iglesia, organizaciones sociales, lugar de trabajo de los padres, escuela, etc.; por ende los cambios que se den en una unidad tendrán impacto sobre otras influyéndose mutuamente (Dunst et al., 1986).

El apoyo social resulta un **factor protector y mediador** en el bienestar personal y social del individuo y su familia, así como sobre su salud física y psicológica; estas influencias directas e indirectas se manifiestan en los estilos de crianza ejercidos, en el tipo de interacción madre-hijo, y en las expectativas y aspiraciones paternas sobre los hijos. Distintas investigaciones sugieren que situaciones estresantes prolongadas tienen una influencia negativa en el bienestar psicológico, pero la literatura disponible también muestra que el contar con fuentes de apoyo social durante momentos difíciles permite al individuo mantener un ajuste psicológico. De acuerdo a Rutter (1990, citado por Kotliarenko et al., 1997), una situación estresante puede ser una oportunidad de desarrollo adaptativo, y el contar con relaciones afectivas seguras y armónicas genera un mayor nivel de autoestima y autoeficacia, representando en conjunto mecanismos que actúan como predictores en los procesos protectores.

La parentalidad en sí representa un evento de crisis, la presencia o ausencia de redes sociales permitirá hacer frente al estrés asociado con el nacimiento y desarrollo de un hijo. Las redes de apoyo social y el estrés son influencias ecológicas que afectan las actitudes y comportamientos paternos influyendo directa e indirectamente en el desarrollo infantil, cuando hablamos de grupos de alto riesgo o atípicos estas características adquieren mayor fuerza. En un estudio realizado por Crnic y colaboradores (1968), se observó que vivir estrés a edades tempranas se relacionaba con menor afecto maternal y con un vínculo inestable; sin embargo también se

encontró que los efectos negativos del estrés pueden ser contrarrestados a través de actitudes maternas y del apoyo social. Cuando los padres cuentan con redes de apoyo sus prácticas de crianzas se ven beneficiadas, pues se caracterizan por ser cálidos, receptivos y satisfechos con su rol; contrariamente, cuando la familia se encuentra aislada sin un sistema que funja de apoyo, el funcionamiento familiar se puede ver afectado, en estos casos el que se den situaciones de maltrato y negligencia puede ser probable (Crittenden, 1985).

El **apoyo social** no puede ser considerado como un constructo global, está compuesto de diversas **dimensiones** que hacen referencia a las relaciones que la madre establece con otros miembros de la familia, con su comunidad y con las instituciones sociales. Distintos autores han propuesto clasificaciones al hablar de los niveles o tipos de fuentes de apoyo social; basándonos en la categorización de Nan Lin (1986, citado por Gracia y Herrero, 2006)), podemos hablar de este constructo partiendo de tres niveles: la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza, cada ámbito genera distintos sentimientos de vinculación.

El **apoyo social comunitario** hace referencia a la interacción social que se da con los miembros y organizaciones comunitarias, mediante estas redes se tiene acceso a mayor información, recursos y ayudas, genera un sentimiento de pertenencia e integración. Estas redes pueden ser representadas por instituciones, asociaciones de carácter voluntario (iglesia, clubes, centros) y por la vida social informal de la comunidad, e incluso por el mismo vecindario o zona de residencia. Participar en la vida comunitaria refleja la integración del individuo en su comunidad, así como la manera en que se identifica con su entorno social más amplio y participa en él (Gracia y Herrero, 2006). La **organización social del lugar de residencia** se refiere a instituciones o mecanismos de control formales e informales presentes en el vecindario, y a la manera en que la comunidad comparte ciertos valores y es capaz de solucionar problemas comunitarios (Kohen et al., 2008); una zona con pobre

organización social se asocia con la presencia de problemas psicosociales como el alcoholismo, drogadicción, crimen organizado, etc.; este tipo de situaciones ocurren en comunidades de bajo nivel socioeconómico debido a la ausencia o deficiencia del control institucional.

El apoyo comunitario es un constructo básico a nivel individual y comunitario. Individualmente, nos habla del grado de integración, el rol activo/pasivo del individuo, los recursos de apoyo disponibles y los efectos de estas percepciones sobre el ajuste y bienestar personal. A nivel comunidad, nos habla de las características del contexto a estudiar; por ejemplo, aquellas poblaciones que viven en vecindarios adversos es posible que no se vean beneficiadas de las redes sociales comunitarias, en comparación de aquéllos que viven en vecindarios más seguros y cálidos.

Aunque el niño no esté expuesto directamente a las influencias de su lugar de residencia, si indirectamente, ya que sus padres fungen como mediadores entre el ambiente y el niño, de ellos depende la exposición y participación de éste dentro y fuera del hogar; estas influencias operan a través de procesos familiares como los comportamientos parentales y la estimulación y aprendizaje en el hogar (Kohen et al., 2008). Indirectamente también influye a partir de la presencia de modelos de socialización presentes tanto para los padres como para sus hijos así como a través de recursos institucionales existentes en la comunidades (p.ej. parques, bibliotecas, centros de salud, eventos culturales, etc.).

En un estudio realizado por Gracia y Herrero, en 2006, se encontró una relación negativa entre vivir en condiciones adversas (servicios e infraestructura de baja calidad, desempleo, pobreza, delincuencia, violencia familiar, drogadicción, etc.) y el apoyo que los individuos perciben de su comunidad. Sin embargo, Fish en 2001, realiza una investigación en la que encuentra que los riesgos asociados a la pobreza y al nivel socioeconómico bajo podían ser sopesados por la influencia positiva de un alto apoyo social; las madres que contaban un mayor soporte social presentaban menores riesgos contextuales y su personalidad y trato era más positivo. Por su parte

Kohen et al., (2008) realiza un estudio longitudinal donde analizan la influencia de residir en un contexto adverso sobre el desarrollo de un grupo de infantes, encontrando que la cohesión dentro del vecindario, es decir la percepción de apoyo entre sus integrantes se asociaba con un mejor funcionamiento familiar y con menores tasas de depresión materna. Así pues, el apoyo social es un recurso de afrontamiento y un factor protector durante periodos de estrés.

Hay que mencionar que las redes de apoyo social pueden ser no percibidas como soportes, en algunos casos pueden fungir a manera de estresores para los padres o familia; por ejemplo en familias muy extensas, el intento de apoyo de algún miembro se puede considerar o percibir intrusivo; o en caso de padres maltratadores éstos pueden percibir que su red los confronta en cuanto a temas de crianza (Cil, 1970, citado por Crittenden, 1985). Así, al analizar la presencia de apoyo social no sólo hay considerar el tamaño de la red sino la cualidad de estas relaciones, su frecuencia, el tipo de apoyo que proveen y por cuánto tiempo, la reciprocidad, etc., para conocer la influencia del apoyo social en la crianza infantil. Por ejemplo, Crittenden en 1985 realiza una investigación con un grupo de madres y sus hijos dirigido a detectar maltrato infantil, se encuentra que las familias que maltrataban tenían un contacto frecuente con miembros de su red y que recibían ayuda de ellos, pero la calidad de su contacto no era el ideal, más bien representaba un contacto agotador y estresante para la madre.

En el caso del presente estudio, el que el niño y su familia asistan y formen parte de un **grupo de estimulación temprana** es un ejemplo de apoyo comunitario. Tener contactos frecuentes con miembros de la misma comunidad, sentirse parte de grupos formales e informales, así como hacer uso de las organizaciones comunitarias o gubernamentales representan espacios donde se accede y genera apoyo social e información; a su vez, es probable que las personas que se encuentran vinculadas a su comunidad puedan y quieran brindar apoyo social a los demás. La presencia de este tipo de programas no sólo beneficia al niño y a su familia, sino que genera procesos comunitarios promotores de la cohesión.

Una fuente de soporte poco estudiada ha sido el **apoyo profesional**, aquella que los padres perciben del personal a cargo de la salud física y mental del niño. Crnic y colaboradores en 1986, encontraron una relación entre el apoyo profesional y mejores resultados en el Inventario HOME, así como una satisfacción más positiva respecto a la parentalidad y un afecto materno más intenso; el apoyo que los padres perciben de estas fuentes influye positivamente en su estilo de crianza. Este tipo de resultados tiene gran relevancia debido a que refleja el potencial y beneficios de los programas de intervención temprana en infantes y familias de alto riesgo.

El apoyo social experimentado en el ambiente donde se vive así como la percepción sobre éste influye en el desarrollo de la salud mental del individuo. El **lugar de residencia o vecindario** puede resultar un generador de estrés crónico, pese a que el individuo no esté consciente de su influencia. (Booth, Ayers y Marsiglia, 2012). Después de satisfacer las necesidades básicas (alimentación, hogar, salud, etc.) la atención del individuo se dirige a la seguridad del propio ambiente, es decir que estos provean de seguridad y oportunidades para la integración y el crecimiento social. Cuando existe una percepción negativa o desorganizada del vecindario, existen efectos sobre la persona impactando sus recursos de afrontamiento, como la cohesión social, la confianza y el poder, llevando a sentimientos de aislamiento social, desconfianza e impotencia; simultáneamente, la falta de redes sociales y el aislamiento aumentan el sentimiento de miedo y desconfianza en el individuo.

Así, se puede esperar que la confianza en sistemas informales de apoyo en la comunidad fuera mayor en sociedades con menos recursos económicos que en otras sociedades donde debido a su grado de desarrollo social es más fácil satisfacer las necesidades individualmente. Sin embargo, los entornos empobrecidos o de alto riesgo reducen la calidad de vida social de su población; esto influye en los roles que toman sus habitantes (activos-pasivos) ante su situación apartándose de su comunidad (Gracia y Herrero, 2006). Asimismo, este tipo de entornos desorganizados impacta negativamente en la salud mental de los padres y en el funcionamiento familiar, ya que el entorno en el que viven no representa una fuente de apoyo ni un

lugar propicio y seguro para criar a sus hijos; a la vez, no cuentan con los recursos institucionales necesarios para brindar una buena calidad de vida a su familia.

El segundo nivel es representado por las **redes sociales**, se construyen a partir de las relaciones familiares, los amigos o el trabajo, requieren de interacciones personales constantes, frecuentes y comprometidas; estos apoyos generan sentimientos de vinculación (Gracia y Herrero, 2006). Dentro de este nivel los familiares y amigos representan las fuentes más comunes, estables y accesibles, suelen proveer de apoyo emocional, material y relacionado a la información o conocimiento (Crittenden,, 1985).

Por último, tenemos las **relaciones íntimas o de confianza**, que son el ámbito más cercano al individuo, se caracterizan por un fuerte sentimiento de compromiso, donde se dan normas de reciprocidad y responsabilidad. Dentro de este ámbito resulta de relevancia el apoyo intrafamiliar durante la crianza, sobretodo el de la pareja. En estos casos, la presencia del padre o el apoyo de la pareja funge como un elemento de soporte fundamental (Sameroff et al., 2001), que ha sido identificado como un factor que tiene efectos positivos en la parentalidad, sobre todo en la transición a ésta, a partir del nacimiento y a lo largo de la crianza. En una investigación realizada por Rojas (2013) en el Centro de Salud Lomas de San Lorenzo dentro del programa SIVIPRODIN, donde se tenía como objetivo conocer cómo influía la calidad de vida y anímico del cuidador sobre el desarrollo infantil, se encontró que las madres mostraban un mejor estado anímico cuando eran apoyadas en el cuidado sobre todo si era por su pareja; asimismo, también se observó una relación negativa entre la calidad de vida del cuidador y el desarrollo infantil respecto a las madres divorciadas o separadas. Asimismo, las madres expuestas o con mayores asistencias a los grupos de estimulación y valoraciones del desarrollo obtuvieron mejores puntuaciones en el Cuestionario General de Salud-28 y ello a su vez favorecía el desarrollo psicomotriz del niño.

El encontrarse **satisfecho** en cuanto al **apoyo percibido** (por parte de la comunidad, el vecindario, la familia o pareja), resulta una dimensión básica del constructo “apoyo social”. Dunst y colaboradores en 1986 al estudiar 137 padres con hijos preescolares con retraso mental, discapacidad física y/o riesgo del desarrollo encuentran una relación entre la satisfacción con el apoyo recibido y la salud física y emocional. De acuerdo a esta investigación el que el hijo presentara algún diagnóstico o desventaja biológica se relacionó con actitudes negativas y sobreprotección hacia el niño; sin embargo, aquéllos padres que contaban con una red de miembros que les brindaba apoyo en el cuidado del hijo, mediaba la necesidad paterna de sobreprotección. Este constructo también se encontró relacionado con las percepciones paternas sobre las limitaciones de sus hijos, la aceptación social y los problemas de comportamiento; aquéllos padres con mayores redes sociales percibían a sus hijos más capaces, presentaban menores problemas conductuales y de personalidad. Así, las características inusuales o atípicas en el niño se consideran estresores para la familia; aquéllas que cuentan con una red de soporte pueden mantenerse funcionales pese a todo e incluso facilitar un mejor desarrollo (Crnic et al., 1986).

Las fuentes de apoyo social pueden encontrarse en diversos ámbitos de la estructura social, en la propia pareja, en la familia, en los amigos, nuestros vecinos, en las instituciones y asociaciones, etc. Estas redes influyen en el autoconcepto, la autoestima, el control personal y la conformidad con las normas, teniendo implicaciones en la salud y bienestar individual, familiar y comunitario. El apoyo social provee de soporte y recursos de afrontamiento ante momentos difíciles y críticos, influenciando en las prácticas parentales y por ende en el desarrollo infantil.

2.- Justificación.

Durante los primeros años de vida, el sistema nervioso se encuentra en una etapa de crecimiento rápido, lo que permite el desarrollo de habilidades motoras, sociales-emocionales y cognitivas, cuya secuencia y aparición dependen de factores genéticos y madurativos, así como del ambiente social en el cual se encuentre inmerso el individuo; la interacción y grado de equilibrio entre estos elementos determinará el grado de desarrollo alcanzado.

Desafortunadamente, nuestro país representa una sociedad llena de contrastes y desigualdades con respecto al acceso a los diversos servicios públicos, así como a las oportunidades que tienen los habitantes para lograr un desarrollo integral. En los últimos años se ha acentuado la situación de inseguridad y violencia en el país, la falta de trabajos bien remunerados y el aumento en el precio de servicios tanto básicos como de lujo ha acrecentado la crisis económica haciendo más notables las diferencias entre clases sociales. La población mexicana en general, se encuentra expuesta día a día a una variedad de factores de riesgo psicosociales que son producto de la situación económica, política y social que se ha ido forjando a lo largo de nuestra historia como país, reflejando problemáticas que no han sido solucionadas desde hace décadas, que siguen existiendo hoy en día, pero se manifiestan de manera cambiante y dinámica.

Estas desigualdades sociales no afectan de la misma manera a toda la población, existen comunidades que se encuentran ante una situación de mayor vulnerabilidad debido a la situación de pobreza y adversidad social en la que viven (entre muchas otras circunstancias), lo cual a través de nuestra historia como sociedad, ha dificultado el desarrollo de estos grupos. La pobreza es una condición que limita el acceso de las personas, familias y comunidades a oportunidades que les permitan un desarrollo y crecimiento integral, así como el progreso en general de la sociedad; se asocia a condiciones de privación e insatisfacción de factores relacionados con el bienestar (INEGI, 2013).

De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en 2012 existía un 45.5% de población en situación de pobreza, 35.7% moderada y 9.8% extrema; en cuanto al tipo de carencia social un 19.2% presentaba un rezago educativo, 21.5% carencia por acceso a los servicios de salud, 61.2% carencia por acceso a la seguridad social, 13.6% por calidad y espacios en la vivienda, 21.2% por acceso a los servicios básicos en la vivienda y 23.3% por acceso a la alimentación.

En 2012, en el Distrito Federal un 28.9% del total de la población se encontraba viviendo bajo algún tipo de situación de pobreza, 26.4% moderada y 2.5% extrema, en cuanto al tipo de carencia social un 52.4% por acceso a la seguridad social, 32.5% por acceso a la servicios de salud, 9.5% por rezago educativo, 15.5% por acceso a la alimentación, 7.6% por carencia por calidad y espacios en la vivienda y un 3.9% por carencia al acceso a los servicios básicos en la vivienda (CONEVAL, 2013).

En 2008, 47.4 millones de mexicanos vivían en situación de pobreza patrimonial, el 40% habitaban en localidades urbanas, cuatro de los diez municipios que presentaban un índice mayor de este tipo de pobreza, forman parte de la Zona Metropolitana del Valle de México y albergan 2.6 millones de personas en situación de pobreza patrimonial (Rodríguez, 2009). De acuerdo a datos de la Secretaría de Salud (2008), Iztapalapa se encontraba en segundo lugar con respecto a los municipios con mayor pobreza patrimonial (757, 622 personas), presentando una asociación negativa con el bajo peso al nacer y la mortalidad materna (entre muchas otras). Estos indicadores socioeconómicos poco favorables, se conjugan con problemáticas de tipo social como la violencia hacia la mujer, violencia intrafamiliar, inseguridad, drogadicción, etc. A lo largo de los años en que se ha venido trabajando en el Centro de Salud T1 Lomas de San Lorenzo (CST1LSL), se ha observado que las familias y los niños que asisten a dicho centro, se encuentran dentro de un contexto de riesgos psicosociales desfavorables para el desarrollo infantil y que afecta la calidad de vida de la comunidad en general (condición socioeconómica, escolaridad de los padres,

falta de acceso a recursos públicos, dinámica familiar y prácticas parentales inadecuadas, desinformación, etc.).

Pese a que existen diversos estudios relacionados con los factores de riesgo psicosociales, hay que tener siempre en mente que los contextos y sociedades son dinámicas, se van transformando a partir del contexto político, económico y social en el cual se encuentra; los riesgos van evolucionando con respecto al contexto, el lugar y el tiempo, por ende los programas que se realizan para prevenirlos deben ajustarse a las características sociales y culturales de cada escenario. Realizar una investigación de este tipo resulta necesario y útil, pues permitiría detectar cuáles son los factores de riesgos presentes en poblaciones de alto riesgo psicosocial, y observar y describir de qué forma se asocian y afectan el desarrollo del lactante, y a la familia en general, proveyendo a la vez de una perspectiva más amplia al analizar el contexto social de esta población. Al detectar dichos factores, es posible realizar una prevención temprana, oportuna y de bajo costo tanto para la familia como para el sector salud, promoviendo en los niños y sus familias una mejor calidad de vida, así como la posibilidad de un mejor pronóstico. Lamentablemente, la población de Iztapalapa es uno de muchos ejemplos, de sectores de población urbana que viven situaciones de adversidad social, por lo que los resultados obtenidos en esta investigación podrían ser de utilidad para analizar grupos urbanos con características similares.

A la vez, resulta de valor no sólo enfatizar en los aspectos negativos o factores de riesgo presentes en el desarrollo, sino también en elementos positivos que hacen frente al riesgo y promueven un mejor desarrollo; es decir, atributos personales y los procesos que sustentan y posibilitan una adaptación positiva a la deprivación así como a circunstancias amenazadoras. Partir del modelo de resiliencia permite reconocer y fortalecer aquéllos atributos positivos del individuo, la familia y la comunidad que les permiten enfrentar exitosamente los obstáculos que se les presentan, pese a la vulnerabilidad. Esto abre la oportunidad de crear programas y estrategias de

intervención temprana dirigidos a desarrollar estos mecanismos en la comunidad. Hay que recalcar que los beneficios que brinda el enfoque de la resiliencia no reemplazan las acciones dirigidas a reducir los riesgos biológicos que provocan déficits en el desarrollo.

Por último, un estudio de este tipo da pie a nuevas líneas de investigación y/o proyectos dirigidos a la creación de guías y estrategias para detectar e identificar ambos tipos de factores. Esto resultaría útil para el niño y su familia, así como para el personal y profesionales del área de la salud que trabajan en este tipo de comunidades, promoviendo una función mucho más activa y propositiva en el desarrollo de los infantes, tomando en cuenta su contexto cultural, familiar y las características individuales del infante.

3.- Planteamiento del problema.

El desarrollo es un proceso continuo de adquisición y desarrollo gradual de diversas habilidades motoras, cognitivas, socioemocionales y lingüísticas que permiten la adaptación e interacción armónica del individuo con su medio; implicando una participación activa del individuo en desarrollo, así como una interacción compleja entre factores biológicos/hereditarios y socioambientales que se relacionan dinámicamente. A lo largo de los años, diversos estudios y teóricos han evidenciado la importancia del desarrollo integral durante los primeros años de vida, pues representa una etapa vulnerable y susceptible a factores de riesgo biológicos y sociales, pero también muestra un gran potencial de desarrollo debido a la gran plasticidad cerebral propia de este período, así como a factores protectores presentes en el niño, la familia y la comunidad.

Diversos son los estudios que han tenido como objetivo describir los factores de riesgo biológicos y psicosociales, así como su relación con el desarrollo infantil. Este abordaje ha sido en ocasiones insuficiente para comprender el fenómeno en su

totalidad, pues se ha enfatizado más en los riesgos, y se ha obviado aquéllas cualidades positivas, o factores protectores que generan conductas resilientes tanto en el niño, la familia y la comunidad, las cuales les permiten enfrentar adecuadamente las condiciones sociales de adversidad y lograr un desarrollo normal, pese a lo esperado. La optimización del desarrollo abarca más allá de la capacidad de resistencia a la adversidad, implica un enriquecimiento y todo lo que contribuye a su logro; la capacidad de ajuste personal y social es lo que caracteriza a la personalidad resiliente, este ajuste psicológico implica la capacidad de resistir a la privación, el control sobre nuestra propia vida y una visión optimista de la existencia (Uriarte, 2005).

Pese a que existan factores o situaciones de riesgo comunes para la población infantil en general, se ha visto que dichas variables se transforman a lo largo del tiempo, dependiendo del contexto social y la época.

En México, existen diversas poblaciones urbanas que se encuentran en situaciones de marginación social debido a su situación de pobreza; ésta implica una serie de condiciones ambientales severamente adversas que impactan negativamente el desarrollo del individuo, y a los distintos contextos en los que éste se desenvuelve.

Los niños que asisten al CST1LSL, y en general la población infantil que habita en la delegación de Iztapalapa de la ciudad de México, representa una población de alto riesgo psicosocial. En los últimos años, esta delegación ha alojado el 83.7% del crecimiento del Distrito Federal, la población inmigrante de otras entidades federativas se ha establecido en su mayoría al sur-oriental de Iztapalapa, en terrenos no aptos para usos urbanos, y en muchos casos sin acceso a servicios públicos (luz, agua, centros de salud, etc.). A lo largo del tiempo que se ha trabajado con esta comunidad se ha observado que el ambiente social genera consecuencias negativas en el desarrollo de estos niños; esto también se puede evidenciar en diversos estudios que resaltan las secuelas que puede tener el crecer en ambientes empobrecidos y adversos en las distintas áreas del desarrollo humano (de Andraca et al., 1998; Soler et al., 2007, Kotliarenko et al., 1998).

Son diversas las áreas que se pueden ver perturbadas ante la presencia de factores de riesgos psicosociales, esto dependerá de la dinámica y equilibrio presentes en la interacción entre los elementos de riesgo y los protectores propios del niño, de la familia y del ambiente, así como de los mecanismos resilientes que surgen a partir de este interjuego (Mengel y Linhares, 2007, de Andraca et al., 1998, Soler et al., 2007). A partir de esta interacción entre variables, y dependiendo de la apreciación y capacidad para enfrentar y solucionar los problemas, y sobreponerse a la adversidad, el desarrollo se verá afectado, o contrariamente, el proceso será exitoso y se logrará un desarrollo adecuado.

El ambiente psicosocial puede representar tanto un factor de riesgo como uno protector para el desarrollo de los niños, esto dependerá de diversos mecanismos y de su acumulación e interacción. Identificar dichos factores, permitirá describir el riesgo psicosocial ante el cual se encuentra expuesto este grupo de niños en seguimiento, así como las fortalezas con las que cuentan, y sobre las que es de importancia trabajar para contrarrestar las circunstancias de adversidad social en las que se encuentran inmersos. Dentro de este complejo proceso se encuentran presentes aspectos de resiliencia, cuya detección y fortalecimiento oportuno resulta un elemento necesario e imprescindible en las intervenciones sociales de promoción del desarrollo (Kotliarenco et al., 1998). Cuando la intervención se basa en los aspectos sanos, normales o puntos fuertes del individuo, más que en sus deficiencias y debilidades, se deposita en ellos una mirada positiva que les permite creer y confiar en su posibilidad de desarrollo. Asimismo, los factores de riesgo evolucionan conforme al contexto, lugar y tiempo, por lo que conocer cuáles son las variables que hoy en día limita aspectos del desarrollo infantil, permite trabajar sobre dichos riesgos para eliminarlos e incluso rescatar aquello positivo que puede funcionar para generar una mejor calidad de vida para los niños, sus familias y su comunidad.

4.- Pregunta de Investigación.

¿Qué tipo de asociación existe entre los factores de riesgo psicosocial y los factores protectores con el desarrollo de los niños de 0 a 35 meses que asisten al CST1LSL?

5.- Objetivos.

General

- Conocer la asociación entre el desarrollo de los niños de 0-35 meses de edad que asistían al CST1LSL con los factores de riesgo psicosocial y los factores protectores.

Específicos

- Describir el desarrollo de los niños en seguimiento del desarrollo en el CST1LSL.
- Describir el riesgo psicosocial en niños en seguimiento del desarrollo en el CST1LSL.
- Conocer las diferencias que se presentan en el desarrollo según la presencia de factores de riesgo ambientales en este grupo de niños.
- Identificar los factores protectores presentes en niños en seguimiento del desarrollo en el CST1LSL.
- Conocer la relación entre los factores protectores identificados y el desarrollo de los niños.

6.- Hipótesis.

A mayor riesgo psicosocial y menor presencia de factores protectores, la frecuencia de retrasos en el desarrollo será mayor; contrariamente, a medida que el niño y su familia cuenten y promuevan el desarrollo de factores protectores, su proceso de desarrollo se verá beneficiado.

7.- Metodología.

7.1.-Tipo de estudio.

- Observacional
- Descriptivo-correlacional
- Transversal
- Retrospectivo parcial

7.2.-Población.

- Valoraciones del desarrollo mental y motor de un grupo de niños de 0-35 meses de edad que asistían a valoración del desarrollo y a los grupos de estimulación en el CST1LSL de la delegación Iztapalapa de la ciudad de México en el periodo de diciembre de 2010 a marzo de 2014.

7.2.1.-Muestra.

- La unidad de análisis es representada por las valoraciones del desarrollo mental y motor, y se realizó un muestreo probabilístico estratificado por rangos de edad:
 - 0-6 meses
 - 7-12 meses
 - 13-24 meses
 - 25-35 meses

7.2.2.-CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- **INCLUSIÓN:**

- Edad del niño de 0 a 35 meses.
- Haber asistido a seguimiento y valoración del desarrollo al CST1LSL.
- Contar con los siguientes formatos e instrumentos:
 - Perfil Socioeconómico
 - Cartilla de Vigilancia del Desarrollo
 - Escala de Desarrollo Infantil Bayley-II
 - Inventario HOME (Home Observation for Measurement of the Environment o Inventario para Evaluar el Ambiente Familiar).
 - Formato de Historia Clínica

- **EXCLUSIÓN.**

- Participación en algún programa de Estimulación Temprana distinto al del CST1LSL.

7.3.- DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	CATEGORÍAS	INSTRUMENTO	TIPO DE VARIABLE
Desarrollo	Mental	Escala de desarrollo infantil Bayley-II	Nominal/continua
	Motor		
Sexo	Femenino		Nominal
	Masculino		
Edad	Por rangos de edad: • 0-6 meses • 7-12 meses • 13-24 meses • 25-35 meses		Ordinal
Características Sociodemográficas de los padres	Edad materna	Historia Clínica	Nominal
	Estado civil materno	Formato del Índice de Riesgo por Condición Socioeconómica.	
	Escolaridad materna		
	Escolaridad paterna		
	Ocupación materna		
	Ocupación paterna		
	Número de salarios del ingreso familiar		
	Porcentaje del ingreso destinado a la alimentación		
	Puntaje de riesgo socioeconómico		Continua
Riesgo Psicosocial	Riesgo psicosocial global	Cartilla de Vigilancia del Desarrollo	Nominal
	Riesgo en la interacción cuidador-niño		
	Riesgo en el ambiente familiar		
	Riesgo en el cuidador		
	Riesgo en el niño		
Estimulación y Ambiente en el hogar	Calificación/Puntuación total del Inventario HOME	Inventario HOME	Continua/Nominal
	Responsividad		
	Aceptación		
	Involucramiento		
	Organización		
	Materiales		
	Variedad		
Riesgo perinatal	Puntaje de riesgo perinatal	Historia Clínica	Continua

7.4.- Instrumentos

7.4.1.- Escala de Desarrollo Infantil Bayley II.

Su primera publicación fue en 1969, “Escala de Evaluación del Desarrollo Infantil-BSIDI-I”, de Nancy Bayley, la versión en castellano se publica en 1977, en esas décadas representaba uno de los mejores instrumentos para conocer las habilidades motoras y cognitivas de niños entre los dos y treinta meses de edad. Estas escalas se basaron en pruebas similares como la de Gesell (1925), sin embargo se fueron enriqueciendo a partir de observaciones clínicas y de un largo proceso de investigación. En 1993 se revisa el BSIDI-I ya que se observó un aumento en las puntuaciones atribuido a una mejora en la calidad de vida infantil, y asimismo debido a un mayor conocimiento del desarrollo temprano ciertos ítems y criterios debían ser modificados. Esta nueva escala, el BSIDI-II de 1993, evalúa el desarrollo de los niños de 1 a 42 meses de edad y en distintas investigaciones así como en la práctica clínica se ha visto que representa un instrumento útil y sensible para conocer el desarrollo mental y psicomotriz durante los primeros años de vida, así como detectar retrasos y deficiencias en el desarrollo (Pérez, Brito, Martínez, Díaz, Sánchez, Fernández, y Casbas, 2012). En este proyecto de investigación se utilizó la Escala de Desarrollo Infantil Bayley II para valorar el desarrollo de la población.

La escala Bayley-II, permite evaluar el desarrollo de niños de un mes hasta tres años y medio de edad mediante tres escalas: la Escala Mental, la Escala Motora y la Escala de Comportamiento. La primera escala evalúa funciones como la agudeza sensorial y perceptual, la memoria, la resolución de problemas, las vocalizaciones, el inicio de la comunicación verbal y el pensamiento abstracto rudimentario. La Escala Motora mide habilidades motrices gruesas, desde el arrastre, sentarse, pararse, caminar y subir escaleras, así como habilidades motrices finas especiales para la manipulación, y reactivos que evalúan la integración sensorial y perceptual-motora. Por último, la Escala de Comportamiento evalúa aspectos del desarrollo de la personalidad, como la conducta emocional y social, la activación, atención,

persistencia, tolerancia a la frustración, etc, esta escala es completada por el evaluador a partir de sus propias impresiones, observaciones y de la información que le proporcionen los padres o cuidadores del niño.

En cuanto a la calidad técnica de los procedimientos con los que se elaboraron estas escalas, las normas se establecieron en 1, 700 niños divididos en 17 de grupos de edad entre los uno y 42 meses, cada uno formado por 50 niñas y 50 niños; la muestra de estandarización se eligió de manera representativa para la población estadounidense en términos de etnicidad, región geográfica y escolaridad paterna. Para esta muestra sólo se consideró niños normales (nacidos entre las 36-41 SG) sin complicaciones médicas, intelectuales o comportamentales de importancia y gravedad (Anastasi y Urbina, 1998). Estas escalas no han sido estandarizadas para población mexicana.

Los ítems de la prueba se encuentran en orden creciente de dificultad, las puntuaciones brutas que arrojan se convierten en puntuaciones estandarizadas que proporcionan índices de desarrollo (ID) tanto en la escala mental como en la psicomotora, que se traducen en las categorías “Acelerado” (ID 115 o >), “Normal” (ID 85-114), “Ligero Retraso” (ID 70-84) y “Retraso Significativo” (ID 60 o <); la escala de Comportamiento brinda calificaciones en rangos percentilares que se clasifican como “no óptimo”, “cuestionable” o “dentro de los límites normales”. Estas clasificaciones permiten comprender y valorar el desarrollo infantil tomando como referencia el comportamiento que se espera en los niños de la misma edad.

7.4.2.- Formato del Índice de Riesgo por Condición Socioeconómica.

Es un formato propuesto por el Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría que registra variables que tienen la intención de estudiar y conocer el estatus socioeconómico familiar. Incluye datos sociodemográficos como la edad, escolaridad y ocupación de los padres, número de miembros del grupo familiar nuclear y de aquéllos con los que se cohabita, religión,

estado civil, ingreso familiar e ingreso destinado a la alimentación y si se cuenta con servicio médico. También indaga en aspectos que permiten conocer la calidad y condiciones de la casa, cómo de qué tipo de vivienda se trata (casa, cuarto, departamento, etc.), su material de construcción, cuántas personas viven en la casa y cuántas hay por cuarto y por cama (tomando en cuenta sexo y edad). Por último, contiene un apartado que pretende conocer las condiciones generales de la vivienda (agua potable y disponibilidad sanitaria) y los servicios existentes en la comunidad (agua potable, drenaje, alcantarillado, recolección de basura, alumbrado público, transporte, comunicación, escuelas, centros de salud, centros comerciales y recreativos). Se asigna una puntuación de 1 a 5 a cada una de estas variables, a mayor puntaje un mayor riesgo socioeconómico/nivel social más bajo y viceversa.

Realizar un estudio socioeconómico resulta de gran utilidad durante la práctica diaria, permite brindar orientaciones más ajustadas a la realidad social del paciente y su familia. Es importante que esta información se comparta con todos los integrantes del equipo de salud para promover una atención integral, se debe tomar en cuenta los aspectos sociales, económicos y culturales que pudieran interferir en el diagnóstico, tratamiento e intervención. Asimismo, el conocer cómo se estructura la familia y en qué tipo de comunidad o entorno se desarrolla es de gran importancia para la construcción de redes de apoyo familiar, social e institucional.

7.4.3.- Cartilla de Vigilancia del Desarrollo

El “Sistema de Vigilancia y Promoción del Desarrollo Infantil del Niño” (SIVIPRODIN), es una propuesta del Laboratorio de Seguimiento de Neurodesarrollo (LSND) del Instituto Nacional de Pediatría (INP), su objetivo estudiar y evaluar el desarrollo infantil y los factores biológicos y psicosociales relativos a éste, pretende mejorar la atención del cuidado infantil mediante la comunicación entre profesionales y padres de familia/cuidadores principales desde un primer nivel de atención para una vigilancia integral del desarrollo (Rivera y Sánchez, 2009); esto se logra mediante dos

estrategias: el formato de Cartillas de Vigilancia y de Promoción del desarrollo. Las Cartillas de Promoción son una guía de apoyo en el cuidado y estimulación durante los primeros dos años de vida dirigidos a padres de familia o cuidadores primarios; y las Cartillas de Vigilancia es un formato que nos permite obtener un referente del desarrollo general del niño, además contiene otros apartados que permiten identificar posibles riesgos psicosociales presentes en la interacción cuidador-niño, en el ambiente familiar, en la madre/cuidador principal y en el niño, está dirigida a profesionales que brindan atención infantil a niños menores de 2 años de edad.

Las Cartillas de Vigilancia del Desarrollo son una herramienta para el profesional en la atención infantil y promotores de salud que proporciona estrategias y puntos de referencia para la vigilancia y promoción del desarrollo de los 0 -24 meses de edad. Puede ser útil para conocer de manera rápida en un primer nivel de salud si el niño presenta retrasos en las conductas de su desarrollo acorde a su edad cronológica, o incluso algún tipo de secuela neurológica. Las Cartillas de Vigilancia se conforman por tres divididas en los siguientes rangos de edad: Cartilla 1: 0-6 meses, Cartilla 2: 7-12 meses y Cartilla 3: 13-24 meses de edad, cada cartilla se componen su vez de cinco apartados:

- Interacción cuidador-niño.
- Conductas de desarrollo:
 - 1 a 6,
 - 7 a 12,
 - y de 13 a 24 meses
- Riesgo psicosociales en el ambiente familiar
- Condiciones de riesgo en el cuidador
- Condiciones de riesgo en el niño.

Al inicio de la valoración el examinador realiza una entrevista a manera de plática con la madre o el cuidador principal, donde se abordan los ítems correspondientes a la edad cronológica del niño; asimismo varios de los reactivos de

este instrumento son de observación, (por ejemplo el contacto físico y afectuoso entre la diada), por lo que a lo largo de la valoración y de la aplicación de las distintas pruebas se va obteniendo esta información. La calificación de la cartilla debe basarse en los criterios para cada reactivo, si no se presenta la actividad, el examinador puede proponerla o inducirla para evaluar completamente la cartilla. Para el apartado de interacción y conductas de desarrollo la escala de valoración es la siguiente:

Criterio general a evaluar	Calificación numérica	Calificación dicotómica
El niño ejecuta la conducta del indicador con facilidad y sin ayuda	3	+
Hace la conducta solicitada aunque con cierta dificultad, falla una vez pero demuestra poder hacerlo en dos o más oportunidades, necesita una demostración inicial	2	+
Muestra algún indicio de estar la conducta en proceso de adquisición pero aún no logra efectuar lo que se señala en el indicador	1	-
No realiza acción alguna que indique que el niño está en proceso de construcción de la conducta	0	-

En los últimos tres apartados de riesgo psicosocial, la calificación al igual que en las anteriores debe basarse en los criterios de cada reactivo, .la escala de calificación de los riesgos psicosociales funciona al inverso que en los apartados anteriores, es decir las puntuaciones altas son las más negativas o las de mayor riesgo.

Escala de valoración	
Calificación	
0	+
1	+
2	-
3	-

7.4.4.- Inventario HOME (Home Observation for Measurement of the Environment) o Inventario para evaluar el ambiente familiar.

Este inventario fue realizado por Caldwell y Bradley en 1984 en Estados Unidos con la finalidad de evaluar la calidad del ambiente del hogar que rodea al niño, así como la estimulación cognitiva, social y emocional que la familia brinda y promueve en el niño. Los elementos ambientales que evalúa el HOME han sido utilizados para relacionarlo con el desarrollo cognitivo y psicomotor del niño; asimismo en diversas investigaciones se han detectado influencias a partir de la edad del niño, la etnicidad y el nivel socioeconómico (Soler et al., 2007, Correa, Herrera y Mathiesen, 2001, Herrera, Gregori y Garbarini, 2005)

Existen dos versiones, la primera evalúa a niños de cero a tres años y la segunda a niños de tres a seis años de edad. En México, el HOME se ha utilizado bajo la adaptación realizada por Joaquín Cravioto Muñoz para la población mexicana con base en la primera versión del inventario (Zanabria, Márquez, Pérez y Méndez, 2007).

En esta investigación se utiliza la primera versión debido a que la población se conforma por niños de 0-35 meses de edad, esta versión originalmente contaba con 70 reactivos pero se adecuó para que su aplicación e interpretación fueran más fáciles. Así, el instrumento actual cuenta con 45 reactivos divididos en seis subescalas: responsividad, aceptación, organización, material de aprendizaje, involucramiento y variedad, cada ítem se puntea con 0(-) y 1 (+), denotando la ausencia o presencia de lo manifestado en el ítem.

En cuanto al procedimiento, el inventario se aplica en el hogar del niño, estando presentes éste (despierto) y el/la cuidadora principal, se registra la información a partir de lo que la madre comenta a raíz de la entrevista semiestructurada o espontáneamente, así como a partir de las observaciones directas del evaluador/examinador.

7.4.5.- Formato de Historia Clínica.

Este formato fue creado en el Laboratorio de Neurodesarrollo del Instituto Nacional de Pediatría con base a los resultados de distintas investigaciones así como partiendo de aquéllos riesgos que la literatura científica menciona que son de influencia para el desarrollo infantil.

Se conforma por varios apartados que pretenden indagar acerca de diversos datos que nos puedan hablar de la presencia de riesgo. El primer apartado representa una ficha de identificación donde vienen dados como el número de expediente, nombre del niño y la madre, fecha de registro hospitalario, fecha de nacimiento del niño, fecha de aplicación del formato, sexo e institución de procedencia. A continuación se encuentran los “antecedentes maternos” que engloban la edad de la madre, su peso antes del embarazo, talla y estado civil; seguido de los “antecedentes obstétricos” en el que se considera, la paridad, qué tipo de parto ha tenido, el intervalo intergenésico, abortos consecutivos, niños nacidos muertos, si ha habido cesáreas previas, parto pretérmino, hijos con bajo peso, hijos macrosómicos, hijos malformados, muerte neonatales o cirugías previas. Posteriormente se indaga sobre patologías que inciden en el embarazo como la consanguinidad, el factor RH, la presencia de anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, embarazo múltiple, aumento de peso, hemorragia ginecológica, ruptura de membranas de más de seis horas, infección ginecológica, presencia de cardiopatías, nefropatía, diabetes, hipertensión crónica, alteración tiroidea, enfermedad renal, toxemia gravídica, convulsiones, retraso mental, desnutrición, exposición a tóxicos, carga de trabajo excesivo, toxicomanías, tabaquismo, alcoholismo, uso de medicamentos, exposición a radiación y TORCHS. En seguida se abordan los antecedentes del parto como las medidas diagnósticas y maternas durante el parto, cómo fue el inicio de trabajo de parto, si hubo anestesia, qué tipo de parto fue, la duración de la dilatación, la presentación del producto, la duración del periodo de expulsión, la ruptura de membranas, la calidad del líquido amniótico y si hubo placenta desprendida. Se sigue preguntado acerca de la condición neonatal al nacimiento, cuánto peso el bebé, su talla, trofismo, semanas de gestación,

grado de prematurez, grado de postmaduración, perímetro cefálico, percentil del P.C.,, APGAR al nacimiento y a los 5 minutos, si fueron necesarias algún tipo de maniobra de reanimación, insuficiencia respiratoria, signos de infección, datos de trauma obstétrico, o si tuvo que haber control de temperatura. El formato continua con antecedentes neonatales, como si hubo enfermedad pulmonar, estado de choque, apneas repetidas, crisis convulsivas, sepsis, alteraciones la glicemia, alteraciones en la calcemia, alteraciones en la natremia, alteraciones en el PH, concentración de albumina, concentración máxima de bilirrubina indirecta, ictericia, enterocolitis, coagulopatías y otros trastornos hematológicos, cardiopatía congénita cianógena, cirugía mayor, hemorragia periventricular, hemorragia cerebelosa,, hemorragia subdura, hidrocefalia, infartos, cavitaciones, atrofia cerebral, otras alteraciones y malformaciones congénitas. Por último se indaga sobre la presencia de encefalopatías hipóxica-isquémica, hiperbilirrubinémica, específica u otro tipo de encefalopatía, o alteraciones en el E.E.G, P.E.V. o P.E.A.

Cada ítem medido por este instrumento es calificado con 1 (ausencia de riesgo), 2 (mediano riesgo) y 3 (riesgo), o con 9 cuando la madre desconoce la información; por ejemplo, estado civil, 1, casada, 2, unión libre, 3 soltera. Dentro de las variables consideradas en este proyecto se contempla la presencia de **riesgo perinatal**, para este constructo se tomaron en cuenta la frecuencia de las variables subrayadas que fueron calificadas con “3”.

7.5.- Procedimiento.

1. Búsqueda bibliográfica y del estado del arte relativo al tema de investigación, con la finalidad de elaborar el planteamiento del problema, justificación, objetivos, hipótesis y antecedentes.
2. Se realizaron valoraciones del desarrollo del periodo de enero 2012 a julio 2014, en éstas se aplicaron los siguientes instrumentos a los niños que asistían al

CST1LSL y a sus cuidadores: Escala de Desarrollo Infantil Bayley-II, Cartillas de Vigilancia del Desarrollo, Inventario HOME (realizado en casa), Perfil Socioeconómico e Historia Clínica; los primeros dos instrumentos se aplicaron bimestralmente, y el resto una sola vez.

3. A partir de la información recabada de los distintos instrumentos se fue elaborando simultáneamente una base de datos. Se eliminaron los expedientes que no contaran con valoraciones del desarrollo mental y motor de la Escala de Desarrollo Infantil Bayley-II, en la mayoría de estos casos no se les aplicó dicho instrumento ya que existía un alto riesgo perinatal, secuelas neurológicas observables o sospechas de ello, por lo cual no fueron aceptados en el programa.
4. Se realizó análisis estadísticos descriptivos para conocer a nuestra población en general, así como ANOVAS y análisis de regresión lineal para estimar el efecto de las variables de riesgo psicosocial sobre el desarrollo mental y motor, así como las relaciones o correlaciones entre las distintas variables.
5. Se realizó un análisis exploratorio de los ítems del Inventario HOME y de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo para conocer qué ítems podrían ser sensibles para medir diferencias en ambos ID identificando así posibles factores protectores o aptitudes parentales presentes en este grupos las cuales fuera posible potencializar; de ambos instrumentos se obtuvo los promedios del ID mental y motor de cada ítem (el procedimiento realizado con cada instrumento se describe en las páginas 101-105).
6. Para detectar la presencia de “niños resilientes” se tomaron en cuenta las asociaciones que resultaron estadísticamente significativas entre el ID mental y motor y las variables de riesgo psicosocial para así conocer qué niños/expedientes y en qué valoraciones del desarrollo resultaban “resilientes” bajo el criterio de obtener un ID mental y motor >85 (normal).

7. Se obtuvo una muestra más fina de posibles niños resilientes (20 expedientes) para conocer ante qué variables/riesgos mostraban esta cualidad, en qué número de valoración, y que ID presentaban; asimismo se realizó una tabla para agrupar la frecuencia de características en común que posiblemente pudieran fungir como condición protectora para el desarrollo.
8. Con base a los resultados obtenidos, a los antecedentes y la literatura disponible se redactaron las discusiones y conclusiones.

7.6.- Análisis estadístico.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo por distribución de frecuencias para las variables nominales y ordinales y medidas de tendencia central para las variables continuas o numéricas.

Posteriormente se realizó análisis de varianza (ANOVA) y de regresión lineal entre el índice de desarrollo (ID) mental y motor y las variables que conforman el constructo “riesgo psicosocial”, así como análisis estadísticos de correlación entre las últimas variables.

Para identificar posibles factores protectores o aptitudes parentales positivas presentes en este grupo de niños se realizó un análisis exploratorio de los ítems del Inventario HOME y de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo; de todos los ítems de ambas escalas se obtuvo el promedio de los ID mental y motor y se sacó una diferencia de las medias de ambos ID para observar cómo variaba el ID calificado con el puntaje/opción ideal en comparación del ID calificado con el puntaje negativo y así observar qué ítems mostraban una mayor fuerza y/o sensibilidad para medir diferencias en el ID.

Por otra parte, para detectar la presencia de niños resilientes se tomó como criterio principal el que el niño hubiera obtenido un ID mental y/o motor >85 (normal) pese a estar expuesto a uno o múltiples riesgos psicosociales; se elaboraron varias tablas donde fue posible conocer qué niños/expedientes resultaban resilientes, en qué número de valoración del desarrollo mostraban esta capacidad, con qué frecuencia y ante que riesgos psicosociales.

Posteriormente de la muestra total de expedientes/valoraciones resilientes se realizó una muestra más fina y cualitativa de 20 expedientes representativos de niños resilientes para conocer más detalladamente ante que variables/riesgos mostraban esta cualidad, qué ID mental y/o motor obtenían, y qué características en común presentaban estos niños (sexo, edad, datos sociodemográficos paternos, etc.) las cuales podrían fungir como condición protectora para el desarrollo.

Al analizar y probar las hipótesis planteadas se utilizó un nivel de significancia del 95% mediante el paquete de análisis estadístico JMP.

8.- Resultados.

8.1 Características generales del desarrollo y del ambiente psicosocial del grupo de niños de 0-35 meses en seguimiento en el CST1LSL.

Se realizó estadística descriptiva de la variable efecto, el *Desarrollo Mental y Motor* y de las variables relacionadas que nos permiten conocer cómo se distribuye y comporta la población.

La población total se conformó por 369 expedientes, 196 niños y 173 niñas que asistían a valoración del desarrollo así como a los grupos de estimulación temprana en el CST1LSL de la delegación Iztapalapa de la Ciudad de México. La unidad última de análisis fue la valoración del *Desarrollo Mental y Motor* de acuerdo a la Escala de Desarrollo Infantil Bayley-II, en total se cuenta con 904 valoraciones del desarrollo, con

un mínimo de 1 valoración por niño y un máximo de 11; 493 valoraciones corresponden al sexo masculino y 411 al femenino. En cuanto a los *rangos de edad*, las valoraciones se distribuyen de la siguiente manera:

- 0-6 meses de edad: 274 valoraciones,
- 7-12 meses de edad: 342 valoraciones,
- 13-24 meses de edad: 262 valoraciones y
- 25-35 meses de edad 26 valoraciones.

Respecto a las 904 valoraciones del *Desarrollo Mental*, encontramos que el 45% presentan un *ligero retraso* (L.R.), el 32% un *retraso significativo* (R.S.) y un 23% un *desarrollo normal* (N). En cuanto al *Índice de Desarrollo* (ID) *Mental* la media es de 75, el máximo de 114 y el mínimo de 50. En relación a las valoraciones del *Desarrollo Motor*, el 42% corresponden a un *R.S.*, 41% a un *L.R.* y 17% un desarrollo motor *N* (un caso con desarrollo acelerado); la media del *ID Motor* es de 72, el máximo de 115 y el mínimo de 50 (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de la población según Clasificación del *Desarrollo Mental y Motor*

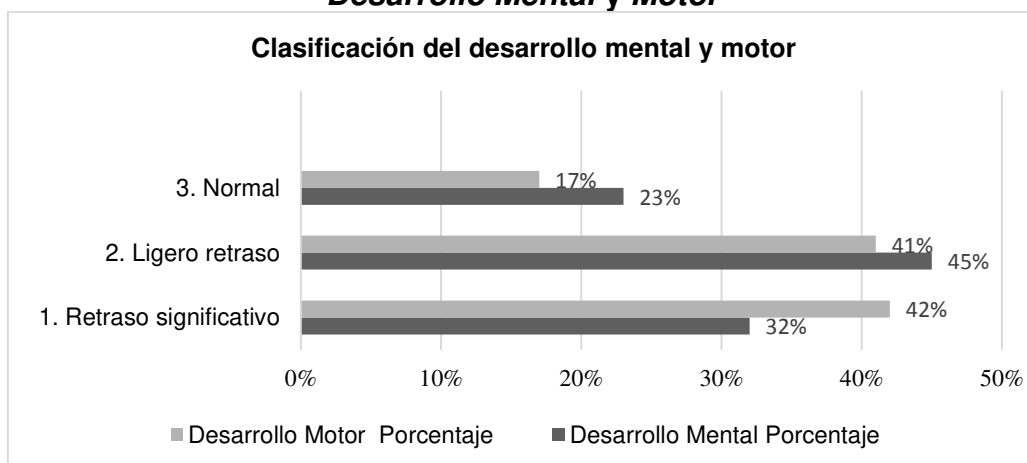


Tabla 1. Clasificación del <i>Desarrollo Motor y Mental</i> por sexo .					
	Clasificación	Sexo Masculino		Sexo Femenino	
		N	%	N	%
Desarrollo mental	Retraso significativo	173	35%	119	29%
	Ligero retraso	216	44%	187	45%
	Normal	104	21%	105	26%
Desarrollo Motor	Retraso significativo	216	44%	167	41%
	Ligero retraso	202	41%	168	41%
	Normal	75	15%	75	18%
	Acelerado			1	0%
	Total	493	100%	411	100%

Tabla 2. Clasificación del <i>Desarrollo Motor y Mental</i> por rangos de edad									
	Clasificación	0-6 meses		7-12 meses		13-24 meses		25-35 meses	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Desarrollo mental	Retraso significativo	89	33%	119	35%	69	26%	15	58%
	Ligero retraso	124	45%	163	48%	109	42%	7	27%
	Normal	61	22%	60	18%	84	32%	4	15%
	Total	274	100%	342	100%	262	100%	26	100%
Desarrollo Motor	Retraso significativo	127	46%	138	40%	100	38%	18	69%
	Ligero retraso	117	43%	138	40%	110	42%	5	19%
	Normal	30	11%	66	19%	51	19%	3	12%
	Acelerado					1	.001%		
	Total.	274	100%	342	100%	262	100%	26	100%

Como muestra la Tabla 1, ambos sexos manifiestan mayoritariamente un *Ligero Retraso* en su desarrollo, sin embargo también se observa un mayor porcentaje del sexo femenino que presenta un *Desarrollo Normal* tanto en la *Escala Mental* como en la *Motora*. En cuanto a rangos de *edad* (Tabla 2) se observa una tendencia a manifestar asimismo un *Ligero Retraso* en el *Desarrollo Mental* y *Motor*, a excepción del grupo de 25-35 meses que en ambas escalas la tendencia es hacia el *Retraso Severo*.

En cuanto a las características sociodemográficas paternas las variables a describir son las siguientes: *edad y estado civil materno, escolaridad y ocupación materna y paterna, ingresos* (calculado por número de salarios mínimos), *porcentaje del ingreso destinado a la alimentación* y un puntaje de *riesgo socioeconómico*. Se obtuvieron datos de un total de 396 expedientes. Con relación a la *edad de la madre* el máximo es de 40 años y el mínimo de 14, según se muestra en la Tabla 3 la mayor parte de las madres de nuestra población se encuentran en el rango de 20-35 años de edad (66%) y en su mayoría viven en unión libre (54%) .

Tabla 3. Distribución por rangos de <i>Edad y Estado Civil</i> de las Madres		
	Rangos	Porcentaje
Edad materna	14-19 años	27%
	20-35 años	66%
	Mayor de 36 años	7%
Estado civil	Casada	31%
	Unión libre	54%
	Sin cónyuge	15%
	Total	100%

Respecto a la *escolaridad paterna y materna* se observa en la Tabla 4 que la mayor parte cuenta con una educación media básica completa, sin embargo un mayor número de madres en comparación con los padres cuenta con estudios medios superiores completos o más. En cuanto a la *ocupación*, el 30% de los padres son empelados, comerciantes establecidos, estudiantes y un 28% trabajadores manuales asalariados, en cambio el 80% de las madres se dedica al hogar o al trabajo manual independiente. El 90% de estas familias recibe un *ingreso* de 1-3 salarios mínimos y el 47% *gasta* del 31-50% de su *ingreso en alimentación* (Tablas 5 y 6).

Tabla 4. Distribución según *Escolaridad y Ocupación Paterna y Materna*

	Categorías Escolaridad / Ocupación	Porcentaje paterno	Porcentaje materno
Escolaridad paterna y materna	Media superior completa o más	32%	44%
	Media básica completa o media superior incompleta	54%	45%
	Primaria completa y media básica incompleta	12%	9%
	Primaria incompleta	1%	1%
	Analfabeto	1%	1%
Ocupación paterna y materna	Funcionario o profesionalista	8%	2%
	Empleado (profesional o técnico), comerciante establecido o estudiante	30%	12%
	Trabajador manual asalariado (intendencia, obrero)	28%	3%
	Trabajo manual independiente u hogar (p.ej. mecánico, carpintero)	26%	80%
	Subempleado, desempleado (vendedor ambulante)	8%	3%
	Total	100%	100%

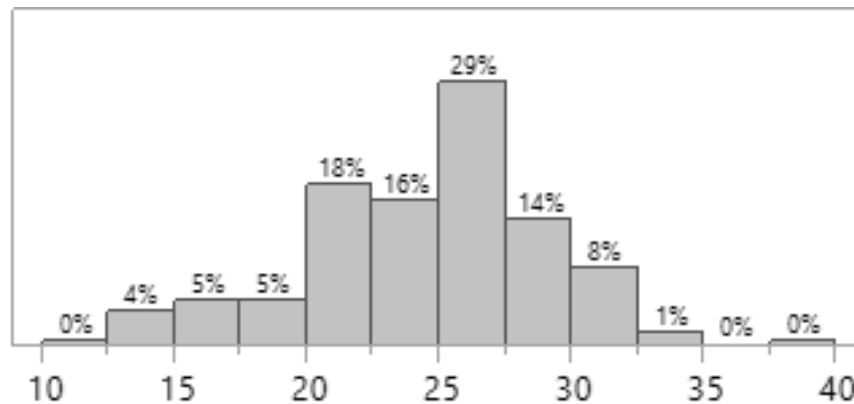
Tabla 5. Distribución según *Ingreso familiar* por número de salarios mínimos

Nivel	N	%
1-3 salarios	199	90%
4-6 salarios	18	8%
>6 salarios	6	2%
Total	223	100%

Tabla 6. Distribución según porcentaje del *ingreso familiar destinado a la alimentación*

Nivel	N	%
> 51%	95	43%
31-50%	103	47%
<30%	23	10%
Total	221	100%

Gráfica 2. Puntaje de Riesgo Socioeconómico



En cuanto al puntaje de *Riesgo* que brinda el *Perfil Socioeconómico*, se observa en la Gráfica 2 que el 76% de la población obtiene de 21-29 puntos, solo un 14% obtiene menos de 21 puntos y un 10% más de 29 puntos.

Para describir los factores considerados como *Riesgo Psicosocial*, así como para conocer su asociación con el *Desarrollo Mental y Motor* se utilizó la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo, ésta cuenta con cuatro apartados que abarcan factores que pueden representar un riesgo o factor de protección para el desarrollo infantil.

Tabla 7. Riesgo psicosocial global y apartados de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo.

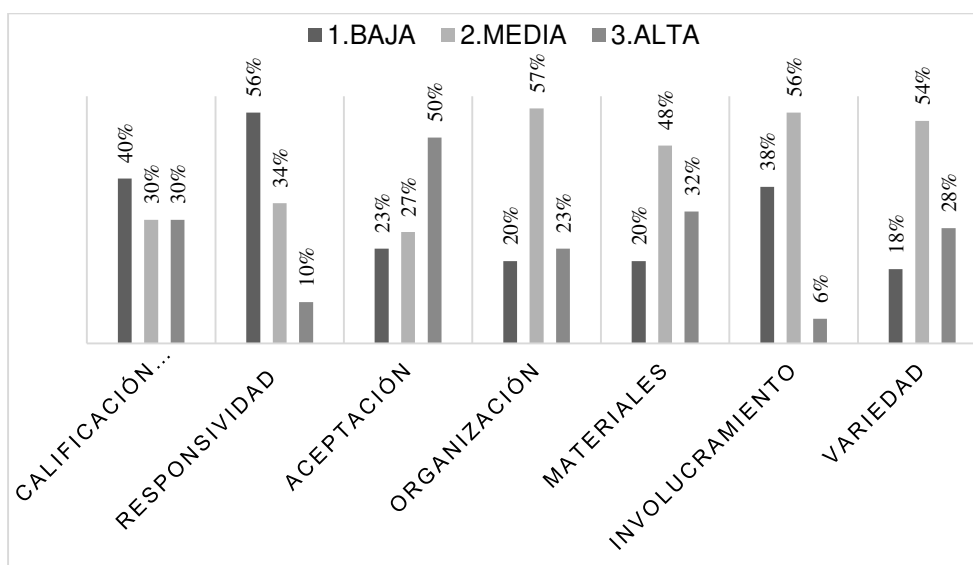
	Riesgo psicosocial global		Riesgo interacción cuidador-niño		Riesgo en el ambiente familiar		Riesgo en el cuidador		Riesgo en el niño	
Nivel	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
No riesgo	606	80%	678	88%	558	73%	623	82%	636	83%
Riesgo	158	20%	93	12%	206	27%	141	18%	128	17%
Total	764	100%	771	100%	764	100%	764	100%	764	100%

De acuerdo con los resultados mostrados en la Tabla 7 , el 80% de la población no está expuesta a un riesgo, sin embargo podemos observar que los porcentajes de

riesgo global (20%), *riesgo en el ambiente familiar* (27%) y *riesgo en el cuidador* (18%) son mayores en comparación del *riesgo en la interacción cuidador-niño* y *riesgo en el niño*.

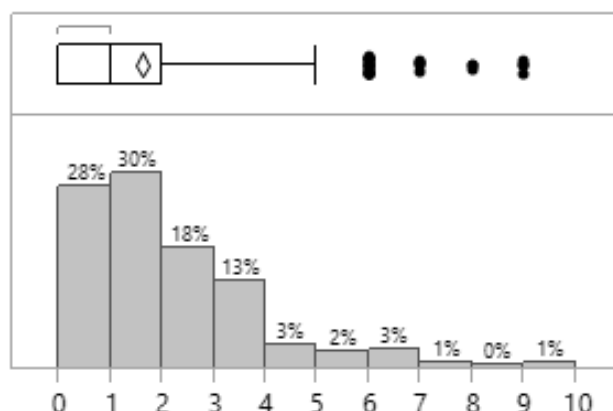
La *estimulación en el hogar y el ambiente familiar* representa otra variable de gran influencia sobre el desarrollo infantil, para describir y conocer su asociación con otras variables se utilizó el Inventario HOME que brinda una calificación y/o puntaje total y para sus seis subescalas. En la Gráfica 3 se observa de manera global una tendencia a la estimulación *baja* (40%) y por subescalas a la estimulación *media*, a excepción de la subescala *responsividad* que poco más de la mitad califica como *baja* y en *aceptación* la mitad es *alta*.

Gráfica 3. Calificación total del Inventario Home y de sus subescalas



Por último de la historia clínica se obtuvo un puntaje de *riesgo perinatal*, la Gráfica 4 muestra que el 30% cuenta con dos riesgos, el 28% un riesgo, el 18% tres riesgos y el 24% más de cuatro riesgos.

Gráfica 4. Puntaje de *riesgo perinatal*.



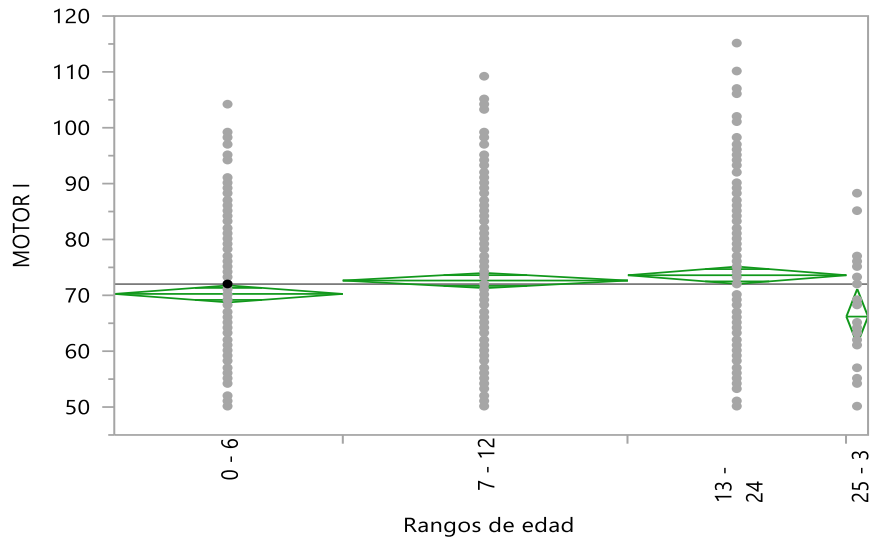
8.2. Diferencias en el Desarrollo Mental y Motor a partir de la presencia de factores de riesgo psicosocial.

En este apartado se realizaron análisis de varianza y de regresión lineal para conocer el efecto de las *variables psicosociales* sobre el *ID Mental y Motor*; los resultados se muestran en las tablas y gráficas siguientes:

Tabla 8. Diferencia de medias en el <i>ID Mental y Motor</i> por rangos de <i>edad y sexo</i>				
Rangos de edad	ID Mental	P de F ID Mental	ID Motor	P de F ID Motor
0-6 meses	74.7	<.001 ≠ entre 13-24 meses y 25-35 meses	70.25	0.0017 ≠ entre 13-24 meses y 25-35 meses
7-12 meses	74.1		72.64	
13-24 meses	78.65		73.59	
25-35 meses	67.15		66.19	
Sexo	ID Mental	0.0077	ID Motor	0.3217
Masculino	74.36		71.62	
Femenino	76.65		72.47	

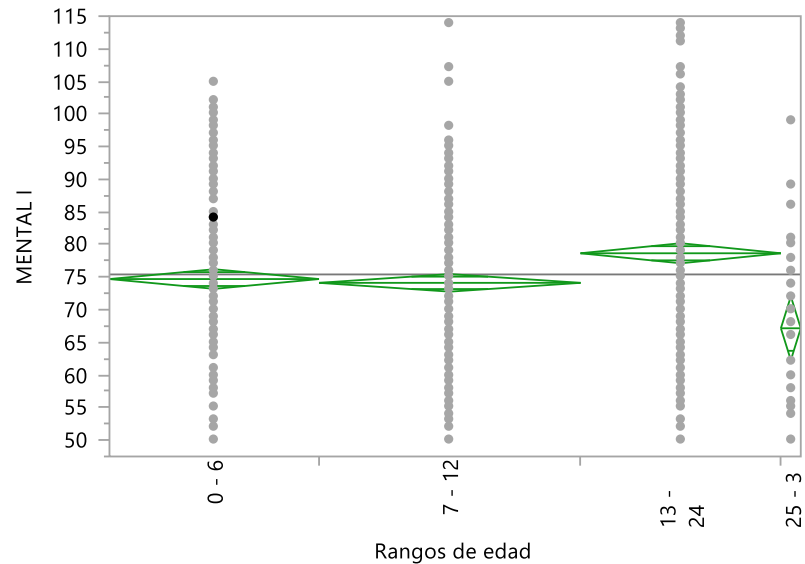
De acuerdo a las Gráficas 5 y 6, existen diferencias significativas en las medias de *ID Motor* ($\text{Prob}>F$ 0.0017) y el *ID Mental* ($\text{Prob}>F$ <.001) según rangos de *edad del niño*, observando *ID Motores* y *Mentales* superiores en el grupo de 13-24 meses; en cambio el grupo de 25-35 meses es el que presenta los menores *ID* en ambas escalas.

Gráfica 5. Diferencia de medias del *ID Motor* por rangos de *edad*



$\text{Prob}>F$ 0.0017

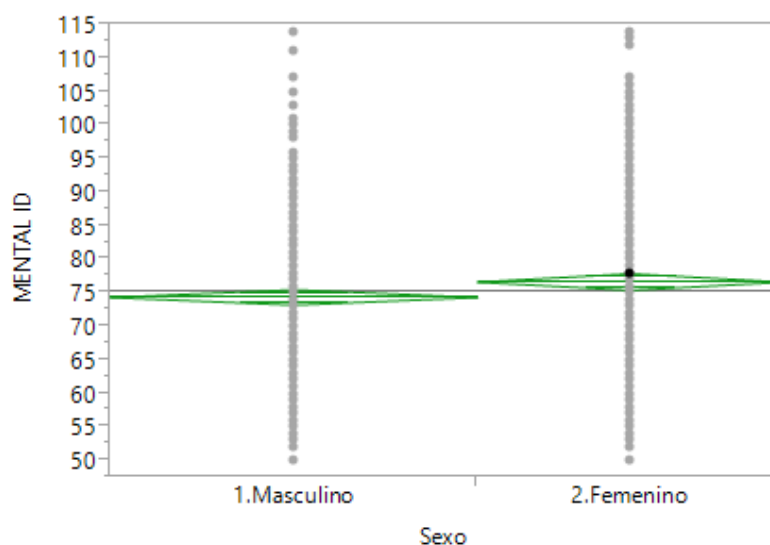
Gráfica 6.- Diferencia de medias del *ID Mental* por rangos de *edad*.



$\text{Prob}>F$ <.001

También encontramos diferencias respecto al *sexo* y el *ID Mental* (Prob>F 0.0077), el sexo femenino presenta una media de 76.65 en su *ID Mental*, mientras que el sexo masculino de 74.36 (gráfica 7); no se encuentran diferencias significativas con respecto el *ID Motor*.

Gráfica 7.- Diferencia de medias del ID Mental por sexo.



Prob>F 0.0077

Ahora respecto a la relación entre el *Desarrollo Mental y Motor* y las características sociodemográficas de los padres encontramos los siguientes resultados.

Tabla 9. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y <i>Motor</i> según <i>características sociodemográficas de las madres</i>				
Edad materna	ID Mental		ID Motor	
14-19 años	73.20	0.0233	72.51	0.5269
20-3 años	76.39	≠ entre	72.40	
Mayores de 36 años	75.70	2 y 1	70.29	
Escolaridad materna	ID Mental		ID Motor	
Media superior completa	77.30	0.0338	73.60	0.0400
Media básica completa	75.18	≠ entre 1-2 y 3- 5	70.28	≠ entre 1 y 5-3
Primaria completa	71.98		70.27	
Primaria incompleta	76.91		73	
Analfabeta	68		69	
Ocupación materna	ID Mental		ID Motor	
Funcionaria o profesional	80.26	0.0002	74.94	0.0276
Empleada, comerciante establecida o estudiante	79.05	≠ entre 1-2 y 5	73.66	≠ entre 1-2 y 5
Trabajadora manual asalariada	72.07		68.30	
Trabajadora manual independiente u hogar	75.58		71.71	
Subempleada o desempleada	64		62.21	

Existen diferencias significativas entre el *ID Mental* y los distintos rangos de *edad materna* ($\text{Prob} > F 0.0233$), se presentan mayores *ID* en los casos de mayor edad, por ejemplo, los niños con madres entre 20-35 y mayores de 36 años presentan una media de *ID Mental* de 76.39 en comparación con las madres menores de 19 años que presentan una media de 73.20; Los hijos de madres con *educación media superior y primaria incompleta* son los que obtienen mejores puntajes en *ID Mental*; en cambio en el *ID Motor* los niños con madre de escolaridad *media superior completa* y más logran mejores puntuaciones en comparación de los niños con madres *analfabetas* y de madres con *primaria completa y media básica incompleta*. Con relación a la *posición en el trabajo de la madre* se observa que en ambas escalas las mayores medias de *ID Mental* y *Motor* los encontramos en la categoría de *funcionaria o profesionista* y los menores puntajes en la categoría *subempleada o desempleada*. No

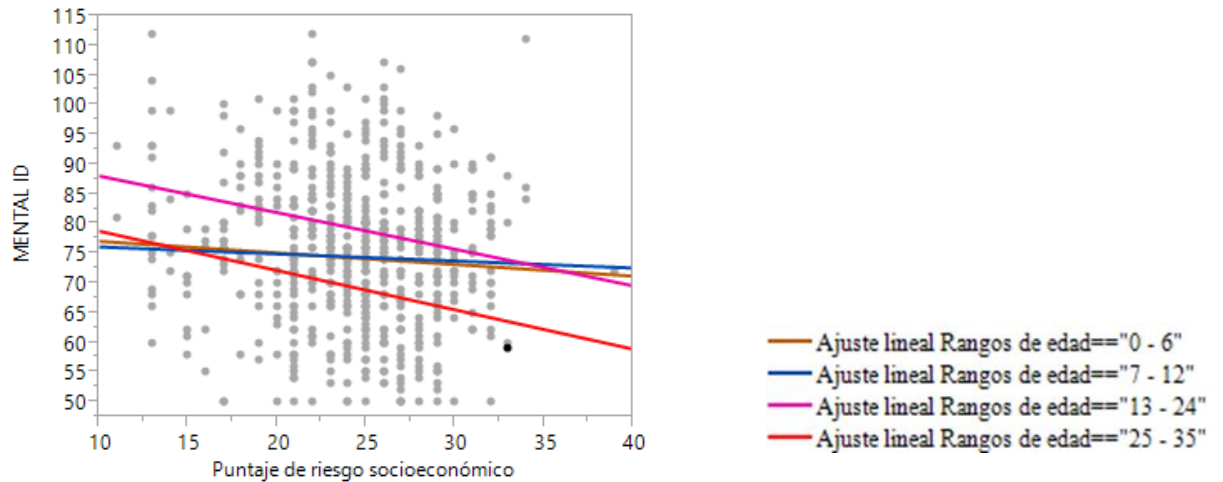
se encontraron diferencias con respecto al *ID Motor*, ni relación entre ambos índices y el *estado civil materno*.

Tabla 10. Diferencia de medias del ID Mental y Motor según características sociodemográficas de los padres				
Escolaridad paterna	ID Mental		ID Motor	
Media superior completa	75.21	0.0459 ≠ entre 2 y 4	70.95	0.0007 ≠ entre 5-3 y 4
Media básica completa	76.66		73.23	
Primaria completa	74.61		68.01	
Primaria incompleta	62.66		56.16	
Analfabeto	71.66		73.66	
Ocupación paterna	ID Mental		ID Motor	
Funcionario o profesional	73.39	0.0002 ≠ entre 2 y 1- 3,4,5	69.62	0.0006 ≠ entre 2-5 y 3
Empleado, comerciante establecido o estudiante	78.51		73.63	
Trabajador manual asalariado	73.62		67.93	
Trabajador manual independiente u hogar	75.43		71.90	
Subempleado o desempleado	76		74.30	

Respecto a la *escolaridad paterna* en ambas escalas los niños con padres de *educación media básica completa* y *media superior incompleta* logran los mejores puntajes, contrariamente los niños con padres con *primaria incompleta* logran los menores puntajes. En cuanto a la *posición del trabajo del padre* se observa una tendencia diferente, en la *Escala Mental* los niños hijos de *empleados, comerciantes o estudiantes* son los que obtienen mejores ID, en cambio los hijos de *funcionarios o profesionales* obtienen los menores ID; en la *Escala Motora* se observan mayores puntajes en hijos de padres *subempleados o desempleados* y *padres empleados, comerciantes o estudiantes*, en cambio los menores *ID Motor* se ubican en hijos con padres que se dedican al *trabajo manual asalariado*.

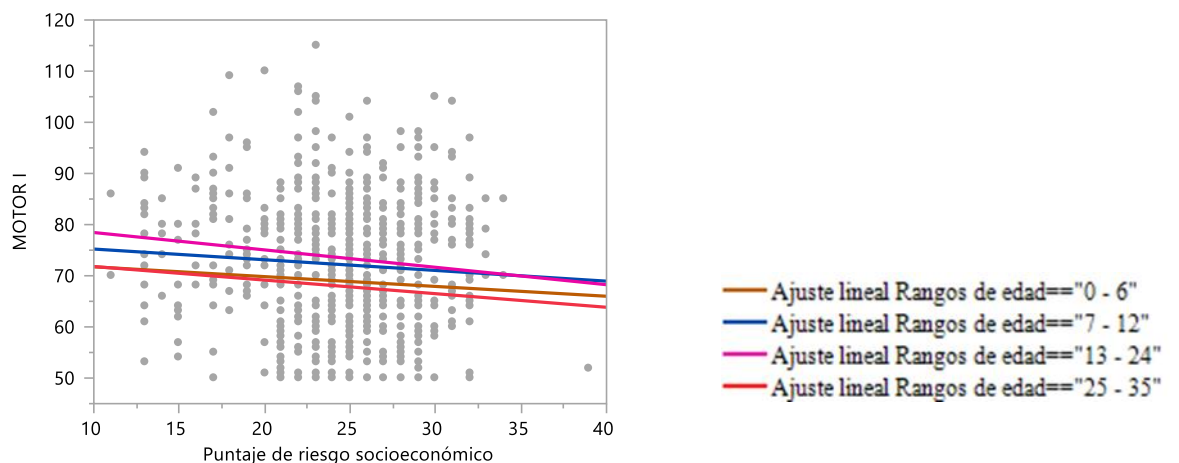
Gráfica 8. Regresión lineal del ID Mental respecto al puntaje de riesgo socioeconómico por rangos de edad.

	0-6 m	7-12 m	13-24 m	25-35 m	Total
ID Mental origen	79	77	94	85	83
β	0.19	0.11	0.61	0.66	0.30
Prob>F	0.2900	0.4373	0.0054	0.5129	0.0049



Gráfica 9. Regresión lineal del ID Motor con respecto al puntaje de riesgo socioeconómico por rangos de edad.

	0-6 m	7-12 m	13-24 m	25-35 m	Total
ID Mental origen	74	77	82	74	78
β	0.19	0.20	0.33	0.26	0.25
Prob>F	0.34	0.26	0.11	0.73	0.0284



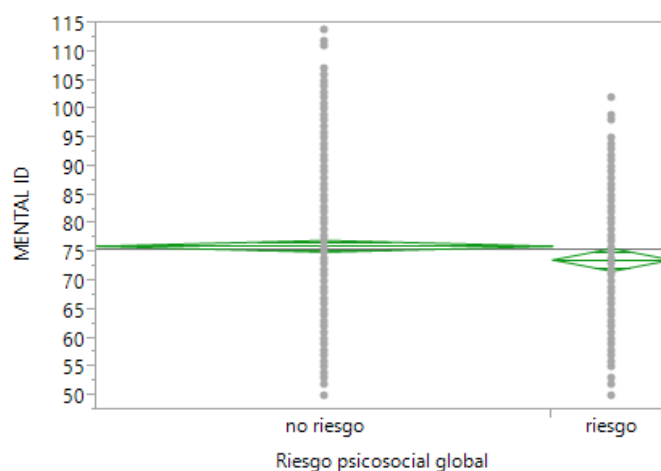
Se observan diferencias estadísticamente significativas entre el *ID Mental* y *Motor* y el puntaje de *Riesgo Socioeconómico* de manera global, en ambos casos a

mayor puntaje de *riesgo socioeconómico* menor *ID*. Se realizó este mismo análisis pero por *rangos de edad*, en las dos escalas se observa una mayor vulnerabilidad o caída en el *ID* para los rangos de 13-24 y 25-35 meses de edad (Gráficas 8 y 9). No se encuentran diferencias significativas entre el *Desarrollo Mental y Motor* y el número de salarios del *Ingreso Familiar* (Prob>F Mental 0.8672, Motor 0.5740) ni con el porcentaje del *Ingreso destinado a la Alimentación* (Prob>F Mental 0.5832, Motor 0.1834).

Con relación a los resultados obtenidos de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo, expresados en Riesgo/No Riesgo con relación al puntaje total o *Riesgo Psicosocial Global* y por apartados (*interacción cuidador niño, riesgo en el ambiente familiar, riesgo en el cuidador y riesgo en el niño*) únicamente se observan diferencias significativas en el *ID Mental* (Prob>F 0.0365) según la presencia de *Riesgo Psicosocial Global* y *Riesgo en el Ambiente Familiar* (Prob>F 0.0391) en ambos casos los grupos expuestos al riesgo obtienen una media del *ID Mental* menor en comparación del grupo de niños no expuestos. No existen diferencias en el *ID Motor* según presencia de *Riesgo psicosocial Global* y en los demás apartados de la cartilla (Tabla 11, Gráficas 10 y 11).

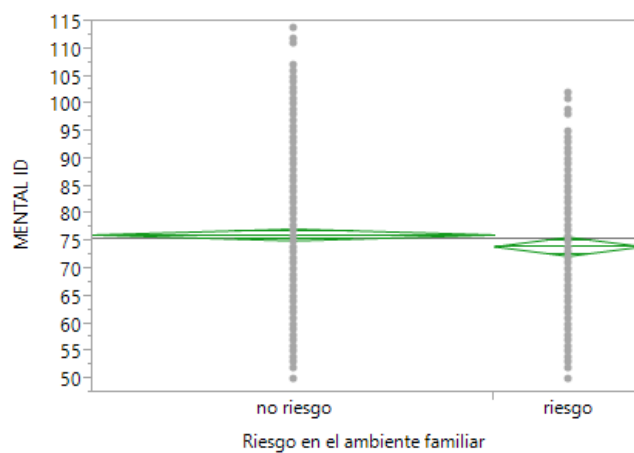
Tabla 11. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y <i>Motor</i> según la presencia de <i>Riesgo Psicosocial Global</i> y <i>Riesgo en el Ambiente Familiar</i>				
Variables	ID Mental	P de F ID Mental	ID Motor	P de F ID Motor
Riesgo psicosocial global				
Riesgo	73.77	0.0365	71.19	0.3901
No riesgo	76.16		72.18	
Riesgo en el ambiente familiar				
Riesgo	74.10	0.0391	71.25	0.3457
No riesgo	76.25		72.24	

Gráfica 10. Diferencia de medias del *ID Mental* y el *Riesgo Psicosocial Global*.



Prob>F 0.0365

Gráfica 11. Diferencia de medias del *ID Mental* y el *Riesgo en el Ambiente Familiar*.



Prob>F 0.0391

Al analizar las diferencias en el *ID Mental* y *Motor* según la presencia del *Riesgo Psicosocial Global* y por apartados de la Cartilla en los rangos de edad evaluados, únicamente se encontraron diferencias en el rango de 13 a 24 meses de edad según se muestra en la Tabla 12.

Los niños que no presentan múltiples riesgos obtienen de 7 a 11 puntos más en el *ID Mental*. Respecto a la relación entre el *ID Motor* y la presencia de *Riesgo Psicosocial*, sólo se encuentran diferencias significativas en el apartado de *Riesgo en el Cuidador* (Prob>F 0.0135) en el rango de edad de 13-24 meses, el grupo expuesto a múltiples riesgos presenta una media del *ID Motor* de 68.35 mientras que el grupo no expuesto de 74.19, sin embargo en los otros apartados aunque las diferencias no son significativas se observa que los grupos no expuestos a múltiples riesgos obtienen mayores *ID Motores*. No se encuentran diferencias con los demás rangos de edad.

Tabla 12. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y <i>Motor</i> según la presencia de <i>Riesgo Psicosocial Global</i> y por apartados de la Cartilla en el rango de 13-24 meses de edad.					
Variables		ID Mental	P de F ID Mental	ID Motor	P de F ID Motor
Riesgo psicosocial global	Riesgo	73.34	0.0054	70.02	0.0874
	No riesgo	80.23		73.92	
Riesgo en la interacción	Riesgo	68.12	0.0292	69.87	0.4687
	No riesgo	79.33		73.30	
Riesgo en el ambiente familiar	Riesgo	73.85	0.0059	71.17	0.2376
	No riesgo	80.34		73.74	
Riesgo en el cuidador	Riesgo	73.16	0.0070	68.35	0.0135
	No riesgo	80.11		74.19	

Con respecto al Inventario HOME se tomó en cuenta la calificación total así como la de sus seis subescalas. Se observan diferencias estadísticamente significativas únicamente en el *ID Mental* con respecto a la subescala *Materiales* (Prob>F 0.0139) y en el *ID Motor* con respecto a la Calificación *Total* del Inventario (Prob>F 0.0336) y las subescalas *Organización* (Prob> 0.0436) y *Materiales* (Prob>F <.0001). En el Puntaje Total del HOME, una estimulación *Media* se asocia a mayor *ID Motor*, en cuanto a la subescala *Organización* una estimulación *Alta* se relaciona con mejor *ID Motor* (Tabla 13). No se encuentran diferencias significativas en el *ID Mental* con relación a la *Calificación Total* del Inventario HOME, ni en ambos *ID* y las subescalas *Involucramiento*, *Aceptación*, *Responsividad* y *Variedad*. En la Subescala

Materiales, una estimulación *media* se relaciona con mejores puntajes en *ID Mental* y *Motor*.

Tabla 13. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y <i>Motor</i> según el <i>Puntaje Total</i> del Inventario HOME y las subescalas <i>Organización</i> y <i>Materiales</i>.					
Variables		ID Mental	P de F ID Mental	ID Motor	P de F ID Motor
Puntaje total del Inventario HOME	Baja	74.52	0.2302	70.39	0.0336 ≠ entre media y baja
	Media	76.63		74.17	
	Alta	76.79		71.69	
Organización	Baja	75.77	0.9651	74	0.0436 ≠ entre alta y media
	Media	75.72		70	
	Alta	76.13		76	
Materiales	Baja	68	0.0139	68	<.0001 ≠ entre media y baja
	Media	75		75	
	Alta	74		70	

Tabla 14. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> y <i>Motor</i> por Rangos de Edad en <i>Puntaje total</i> del Inventario HOME.					
Subescalas	Rango Edad	ID Mental			
		Baja	Media	Alta	Prob>F
Puntaje total del Inventario HOME	0-6 meses	74.13	77.10	75.62	0.5966
	7-12 meses	73.10	74.62	73.38	0.8094
	13-24 meses	77.43	77.92	82.36	0.1723
	25-35 meses	61.42	75.37	71.16	0.1312
Puntaje total del Inventario HOME		ID Motor			
	0-6 meses	66.40	72.32	67.06	0.0806
	7-12 meses	70.18	77.37	71.34	0.0228
	13-24 meses	74.06	73.85	75.07	0.8812
	25-35 meses	58.71	68.12	73.83	0.0396

Analizando la relación entre la *Escala Mental* y las subescalas del Inventario HOME por rangos de edad se encuentran diferencias significativas únicamente en los rangos de 7-12 y 13-24 meses de edad, según se muestra en la Tabla 15. En el rango de 7-12 se encuentran diferencias con las subescalas *Aceptación* y *Materiales*; en la subescala *Aceptación* una estimulación *baja* se asocia con mejor *ID Mental* y una estimulación *media* a un menor *ID Mental*, en el caso de la escala *Materiales* se comporta de manera inversa. En el rango de 13-24 meses únicamente se encuentran diferencias con la subescala *Responsividad* donde una estimulación *alta* se asocia a mejor *ID Mental* y una estimulación *baja* a menores *ID*.

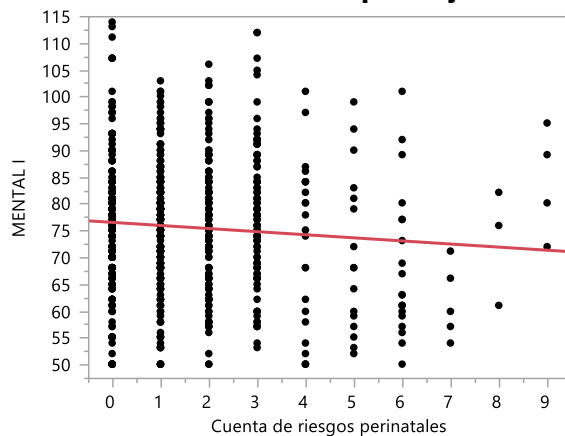
Tabla 15. Diferencia de medias del <i>ID Mental</i> por rangos de <i>Edad</i> en las <i>Subescalas del Inventario HOME</i>					
Subescalas	Rango Edad	ID Mental			
		Baja	Media	Alta	Prob>F
Responsividad	0-6 meses	75.26	75.36	76.66	0.9313
	7-12 meses	73.72	72.88	75.90	0.7380
	13-24 meses	77.78	78.22	87.12	0.0422
	25-35 meses	65.54	77	69.25	0.2641
Aceptación	0-6 meses	73.77	75.61	76.06	0.7804
	7-12 meses	76.85	70.03	73.61	0.0468
	13-24 meses	77.60	76.64	80.59	0.2614
	25-35 meses	67.88	73	69.14	0.8106
Organización	0-6 meses	74.75	75.86	75.50	0.9324
	7-12 meses	76.76	71.68	75.64	0.0656
	13-24 meses	77.89	79.15	78.71	0.9130
	25-35 meses	67.28	73.30	64	0.4683
Materiales	0-6 meses	75.20	75.97	75.17	0.9520
	7-12 meses	67.56	75.45	73.91	0.0105
	13-24 meses	75.26	79.43	80.45	0.2237
	25-35 meses	56	74.90	66.85	0.0774
Involucramiento	0-6 meses	73.02	77.91	72.10	0.1013
	7-12 meses	73.98	73.22	74.12	0.9204
	13-24 meses	79.61	79	70.28	0.2439
	25-35 meses	62.20	72.21	69	0.3881
Variedad	0-6 meses	76.04	76.01	72.81	0.6066
	7-12 meses	73.12	72.81	75.20	0.5366
	13-24 meses	78	79.70	77.90	0.7250
	25-35 meses		69.08	70.11	0.8691

En cuanto la *Escala Motora* se encuentra diferencias significativas únicamente en los rangos de 7-12 y 25-35 meses de edad. El primer rango presenta diferencias con la *Calificación Total* del Inventario HOME (Tabla 14), en este caso los niños de 7-12 meses de edad que reciben una estimulación *media* obtienen mejor ID Motor, y los que reciben una estimulación *baja* son los que tienen menor *ID Mental y Motor* en los dos rangos de edad señalados. En la subescala *Aceptación*, estimulación *baja* se asocia a mejor *ID Motor*, en *Organización* la estimulación *alta* se asocia a los mayores puntajes y en *Materiales* una estimulación *media* se asocia también a mayores ID. Respecto al rango de 25-35 meses de edad se presentan diferencias con la Calificación total del Inventario HOME (Tabla 14) donde una estimulación *alta* se asocia a mejores *ID Motor* y una *baja* a los menores *ID*, y con la subescala *Responsividad*, donde una estimulación *media* se asocia a los mejores ID y una estimulación *baja* a los menores ID.

Tabla 16. Diferencia de medias del ID Motor por rangos de Edad en las Subescalas del Inventario HOME					
Subescalas	Rango de edad	ID Motor			
		Baja	Media	Alta	Prob>F
Responsividad	0-6 meses	68.34	67.27	71.75	0.4932
	7-12 meses	71.44	74.14	71.90	0.5085
	13-24 meses	73.29	75.20	76.62	0.4793
	25-35 meses	61.63	77	64.75	0.0164
Aceptación	0-6 meses	66.33	67.19	70	0.3933
	7-12 meses	75.45	67.24	73.25	0.0231
	13-24 meses	76.88	73.20	73.69	0.3522
	25-35 meses	64	69.80	67.71	0.6459
Organización	6-12 meses	70.08	68.13	67.19	0.6530
	7-12 meses	74.28	70.12	76.21	0.0436
	13-24 meses	75.75	73.47	75.40	0.5776
	25-35 meses	63.14	70	64.25	0.4412
Materiales	0-6 meses	67	70.40	67.29	0.4038
	7-12 meses	65.84	75.69	70.87	0.0025
	13-24 meses	71.05	76.29	72.95	0.0792
	25-35 meses	57.33	68.18	68.14	0.3214
Involucramiento	0-6 meses	67.65	69.32	66.20	0.6510
	7-12 meses	71.50	73.11	72.25	0.7767
	13-24 meses	75.81	73.26	74.14	0.4557
	25-35 meses	59.20	70	61.50	0.1477
Variedad	0-6 meses	68.73	69.36	64.43	0.3002
	7-12 meses	69.25	72.22	74.51	0.2808
	13-24 meses	76.25	73.61	74.18	0.6210
	25-35 meses		65.33	68.33	0.5602

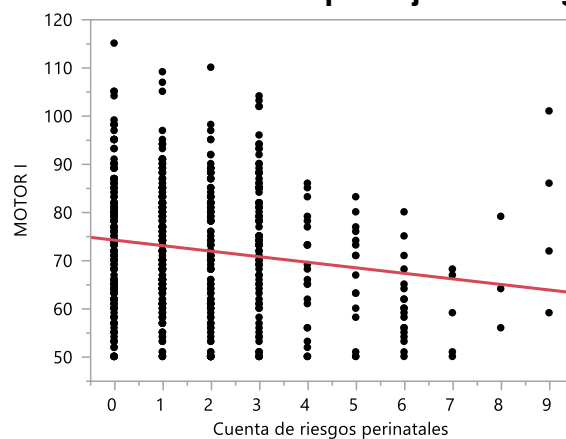
En cuanto a la relación entre el puntaje de *Riesgo Perinatal* y el *Desarrollo Mental y Motor* en las gráficas 12 y 13 se observan diferencias significativas en ambas escalas, donde un mayor número de riesgos perinatales se asocia a un menor ID, sin embargo el desarrollo motor se ve mayormente afectado.

Gráfica 12. Regresión lineal del *ID Mental* según puntaje de *Riesgo Perinatal*



ID Mental origen	77
β	0.57
Prob>F	0.0470

Gráfica 13. Regresión lineal del *ID Motor* según el puntaje de *Riesgo Perinatal*.



ID Motor origen	74
β	1.15
Prob>F	<.0001

8.3.- Correlación de las Variables Sociodemográficas y el Riesgo Psicosocial con la Estimulación y el Ambiente en el Hogar.

Este apartado muestra los análisis realizados entre las características sociodemográficas de la familia y los apartados de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo y el Inventario HOME con la intención de conocer de qué manera se relacionan entre sí influyéndose mutuamente y a la vez comprender claramente su repercusión en el desarrollo de este grupo niños.

Tabla 17. Diferencia de medias de las subescalas Responsividad, Aceptación, Involucramiento, Organización y Materiales, del Inventario HOME según la edad materna.				
Subescalas	Edad Materna			Prob>F
	14-19 años	20-35 años	Mayor de 36 años	
Responsividad	6.88	6.99	8.76	0.0019
Aceptación	6.63	6.08	6.26	0.0122
Involucramiento	4.05	3.16	3.5	0.0251
Organización	3.83	4.13	4.57	0.0057
Materiales	6.23	5.48	4.88	0.0083

La Tabla 17 muestra que en las subescalas *Responsividad* y *Organización* las madres mayores de 36 años obtienen los mayores puntajes, y en las restantes los mejores puntajes corresponden a las madres menores de 19 años de edad.

Respecto a la *escolaridad materna* se observan diferencias estadísticamente significativas con la calificación total del total del Inventario HOME ($\text{Prob}>F<.0001$) y sus seis subescalas, un mayor grado de escolaridad en la madre se asocia a mejores puntuaciones en el Inventario HOME y viceversa.

Tabla 18. Diferencia de medias de las subescalas del Inventario Home según la <i>Escolaridad Materna</i>.						
	Media superior completa	Media básica completa	Primaria completa	Primaria incompleta	Analfabeta	Prob>F
Total HOME	31.88	28.29	25.93	16.83	23	<.0001 ≠ entre 1 y 4
Responsividad	8.32	6.12	5.86	5.50	5	<.0001 ≠ entre 1 y 5
Aceptación	6.16	6.77	5.73	3.83	5	<.0001 ≠ entre 2-1 y 4-5
Involucramiento	3.65	2.90	2.96	2.33	2	<.0001 ≠ entre 1 y 5-4
Organización	4.31	3.99	3.70	3.16	3	0.0023 ≠ entre 1-2 y 5-4
Materiales	6.33	5.54	5.56	1.66	6	<.0001 ≠ entre 1-5 y 4
Variedad	3.06	3	1.56	1	2	<.0001 ≠ entre 1-2 y 4

Tabla 19. Diferencia de medias de la subescala <i>Responsividad, Materiales e Involucramiento</i> del Inventario HOME según el <i>Estado Civil</i> Materno.				
	Casada	Unión libre	Sin cónyuge	Prob>F
Total HOME	27.02	29.47	31.63	<.0001 ≠ entre 2 y 1
Responsividad	6.52	7.54	7.28	0.0110 ≠ entre 2 y 1
Involucramiento	3	3.9	3.07	0.0004 ≠ entre 2 y 1
Aceptación	6.41	6.59	6.17	0.0139 ≠ entre 3 y 1
Materiales	4.77	6.24	6.28	<.0001 ≠ entre 3 y 1

En relación al *Estado Civil* materno se presentan diferencias significativas con el total general del Inventario HOME (Prob>F <.0001) donde las madres *sin cónyuge* son las que obtienen los mejores puntajes; también se encontraron diferencias en las subescalas *Responsividad* (Prob>F 0.0110), *Involucramiento* (Prob>F 0.0004), *Aceptación* (Prob>F 0.0139) y *Materiales* (Prob>F <.0001); en los primeros dos casos las madres que viven en *unión libre* presentan mejores puntajes y las madres *casadas*

los menores puntajes; en el caso de las subescalas *Aceptación* y *Materiales* las madres *sin cónyuge* obtienen mejores puntajes y las madres *casadas* los menores puntajes.

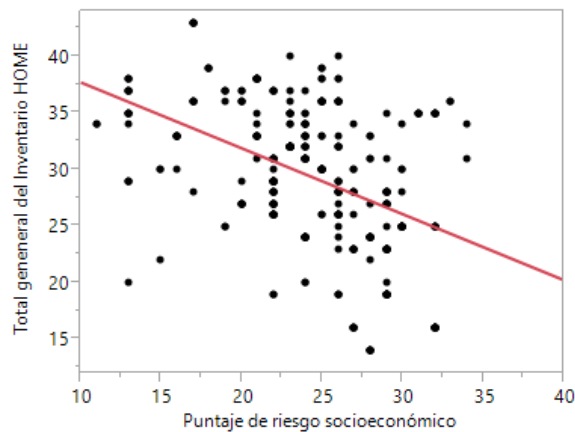
Respecto a la *Posición en el Trabajo* de la madre, se encuentran diferencias significativas con el total general del Inventario HOME (Prob>F <.0001) y las subescalas *Responsividad* (Prob>F <.0001), *Aceptación* (Prob>F 0.0031), *Organización* (Prob>F 0.0476), *Materiales* (Prob>F 0.0013), *Involucramiento* (Prob>F 0.0001) y *Variedad* (Prob>F <.0001). La Tabla 20 muestra que una mejor posición en el trabajo de la madre se relaciona con mejores puntuaciones en este inventario, aunque también observamos esta misma tendencia en las madres *subempleadas o desempleadas* en cuatro de las seis subescalas evaluadas.

Tabla 20. Diferencia de medias del Total General del Inventario HOME y las subescalas del Inventario HOME según la <i>Posición en el Trabajo de la Madre</i>.						
	Profesionista	Empleada comerciante o estudiante	Trabajadora manual asalariada	Trabajadora manual independiente u hogar	Subempleada o desempleada	Prob>F
Total HOME	37.11	32	35.77	28.34	36	<.0001 ≠ entre 1 y 4
Responsividad	10.55	7.16	9.55	6.77	11	<.0001 ≠ entre 5-1 y 4
Aceptación	6.77	6.81	7.11	6.22	5	0.0031 ≠ entre 2-3 y 5
Organización	4.44	4.46	4.22	3.98	4	0.0476 ≠ entre 1-2 y 5
Materiales	7.11	6.57	7.33	5.57	7	0.0013 ≠ entre 3-1 y 4
Involucramiento	4.66	3.53	4.44	3.04	5	0.0001 ≠ entre 5-1 y 4
Variedad	3.55	3.44	3.11	2.70	4	<.0001 ≠ entre 5-1 y 4

Por último, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el total general del Inventario HOME y el *Puntaje de Riesgo Socioeconómico* (Prob>F

<.0001), en la Gráfica 14 se observa que a menor puntaje de riesgo socioeconómico mayores puntuaciones en el Inventario HOME.

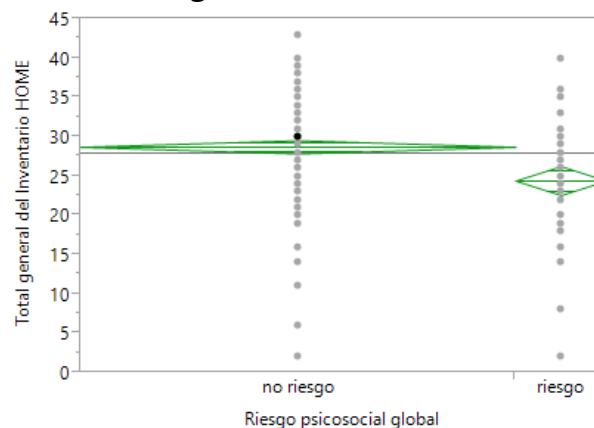
Gráfica 14. Regresión lineal del Total General del Inventario HOME y el Puntaje de Riesgo Socioeconómico.



Total HOME origen	44
B	0.58
Prob>F	<.001

En cuanto a la relación del *Riesgo Psicosocial* y la *Estimulación y Ambiente en el Hogar*, se observa en la Gráfica 15 diferencias significativas entre los grupos expuestos y no expuestos a riesgo (Prob>F <.0001); los niños que no presentan múltiples riesgos psicosociales presentan una media de 29.21, en comparación a los niños expuestos cuya media es de 24.98

Gráfica 15. Diferencia de medias del Total General del Inventario HOME según el Riesgo Psicosocial Global.



Prob>F <.0001

En cuanto al apartado de *Interacción Cuidador-Niño*, se observan diferencias con el *Total General del Inventario HOME* ($\text{Prob}>F$ 0.0002), los niños expuestos a riesgos presentan una media de 24.37 en comparación de los niños no expuestos (28.89). En cuanto a las subescalas, se encuentran diferencias únicamente en la de *Responsividad, Aceptación, Materiales, Involucramiento y Variedad*, donde existe una diferencia de aproximadamente un punto a favor de los niños no expuestos (Tabla 21).

Tabla 21. Diferencia de medias del Total General del Inventario HOME y las subescalas <i>Responsividad, Aceptación, Materiales, Involucramiento y Variedad</i> según el <i>Riesgo en la Interacción Cuidador-Niño</i>.						
	Total HOME	Responsividad	Aceptación	Materiales	Involucramiento	Variedad
No riesgo	28.89	6.87	6.31	5.63	3.38	2.76
Riesgo	24.37	5.93	5.51	4.15	2.45	2.27
Prob>F	0.0002	0.0359	0.0018	0.0005	0.0293	0.0302

Con respecto al apartado de *Riesgo en el Ambiente Familiar* se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($\text{Prob}>F$ 0.0005) con el total general del Inventario HOME, los niños no expuestos presentan una media de 29.13 mientras que los niños expuestos de 26.32; también se observan diferencias en las subescalas *Organización, Materiales e Involucramiento*, en todos los casos los niños expuestos a múltiples riesgos obtienen puntajes menores a los no expuestos

Tabla 22. Diferencia de medias del Total General del Inventario HOME y las subescalas <i>Organización, Materiales e Involucramiento</i> según el <i>Riesgo en el Ambiente Familiar</i>.				
	Total general del Inventario HOME	Organización	Materiales	Involucramiento
No riesgo	29.13	4.16	5.72	3.49
Riesgo	26.32	3.79	4.79	2.69
Prob>F	0.0005	0.0065	0.0013	0.0059

En cuanto al *Riesgo en el Cuidador* se encontraron asociaciones significativas con el total general del Inventario HOME ($\text{Prob}>F <.0001$), los niños sin riesgo presentan un puntaje de 29.16 y los expuestos a múltiples riesgos de 24.89. Asimismo, se obtuvieron diferencias en las subescalas *Aceptación, Materiales y Variedad* donde se encuentran diferencias de 1-2 puntos aproximadamente a favor de los niños no expuestos.

Tabla 23. Diferencia de medias del total general del Inventario HOME y de las subescalas <i>Aceptación, Materiales y Variedad</i> según el <i>Riesgo en el Cuidador</i>.				
	Total HOME	Aceptación	Materiales	Variedad
No riesgo	29.16	6.39	5.77	2.78
Riesgo	24.89	5.37	4.06	2.34
Prob>F	<.0001	<.0001	<.0001	0.0137

En cuanto al apartado de *Riesgo en el Niño*, se observan diferencias con el total general del Inventario HOME ($\text{Prob}>F 0.0004$), donde los niños no expuestos presentan un puntaje de 29 mientras los expuestos de 25.66. Por subescalas presenta diferencias con el apartado de *Responsividad, Materiales y Organización* donde existe una diferencia de un punto aproximadamente a favor de los niños no expuestos; en las demás subescalas no se encontraron diferencias.

Tabla 24. Diferencia de medias del total general del Inventario HOME y las subescalas <i>Responsividad, Materiales y Organización</i> según el <i>Riesgo en el Niño</i>.				
N	Total HOME	Responsividad	Materiales	Organización
No riesgo	29	6.91	5.66	4.13
Riesgo	25.66	6.08	4.59	3.77
Prob>F	0.0004	0.0180	0.0015	0.0250

Por último, con la intención de conocer la presencia de comportamientos violentos dentro del seno familiar, se decidió realizar una descripción de ciertos ítems presentes tanto en el Inventario HOME como en la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo que abordan comportamientos o situaciones que se refieren a la presencia de violencia dentro de la familia y el tipo de castigo o acción que utilizan para disciplinar al niño. Como se observa en la Tabla 25, el porcentaje de presencia del castigo físico varió

dependiendo del instrumento con el que fue medido (HOME 28%, Cartilla de Vigilancia del Desarrollo 3%), considerando que el espacio (casa y sala de valoración) en el que el instrumento se aplica pueda influir en este resultado. Los ítems 15 y 16 del Inventario HOME nos hablan de la presencia de sentimientos y conductas hostiles e incluso violentas por parte del cuidador hacia el niño. Por último, los primeros dos ítems de la Cartilla reflejan el porcentaje de población que se encuentra inmersa dentro de un contexto adverso violento e inseguro y que percibe que este hecho afecta su calidad de vida y su papel dentro de la crianza.

Tabla 25. Ítems exploratorios de la presencia de <i>violencia intrafamiliar</i>			
Ítem	Instrumento	Conducta ausente	Conducta presente
12.- No más de un castigo físico hacia el niño durante la semana pasada.	Inventario HOME	72%	28%
15.- El cuidador no expresa por ningún motivo hostilidad hacia el niño.		86%	14%
16.- El cuidador no abofetea o nalguea al niño durante la visita.		98%	2%
Situaciones de pobreza, hacinamiento o violencia en la familia que generen deficiencias en el cuidado del niño.	Cartilla de Vigilancia del Desarrollo	90%	10%
Refiere (madre/cuidador) sentirse perturbada por situaciones que afectan el bienestar familiar (violencia doméstica, alcoholismo o drogadicción del padre o miembro cercano con el que cohabitan).		94%	6%
Regaña con frecuencia al niño, aplica castigo físico para que entienda, obedezca o corregirlo.		97%	3%

8.4.- Identificación de factores protectores y su relación con el desarrollo.

Se realizó un análisis exploratorio de los ítems del Inventario HOME y de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo para conocer qué factores podrían estar fungiendo a manera de protección en el desarrollo de este grupo de niños.

En el caso del Inventario HOME se tomó la escala dicotómica para analizar los 45 ítems, ésta los califica con “0” cuando la conducta está ausente e implica una condición negativa, o con “1” cuando la conducta está presente e implica una condición positiva para el desarrollo infantil. Se obtuvo los promedios del ID Mental y Motor de los ítems calificados con “0” y “1”, así como su número de casos; posteriormente, se obtuvo la diferencia de la media del ID Mental y Motor de los casos calificados con “1” y las medias de los ID de los casos calificados con “0” por ítem para identificar los ítems más sensibles con relación a su efecto en los ID.

En la Tabla 26 se observan únicamente los ítems que presentan una diferencia >3 puntos en la media del ID Mental y/o Motor obtenido por los casos con puntuación de 1 respecto a los casos con puntuación 0. Podemos observar que cinco ítems corresponden a la subescala de *Responsividad* y tienen que ver con las vocalizaciones por parte del cuidador hacia el niño, hacia el entrevistador, con la claridad del lenguaje del cuidador y el tipo de sentimientos que expresa éste hacia su hijo. De la subescala *Aceptación* únicamente muestra una diferencia el ítem 19 que tiene que ver con la presencia de más de 10 libros en el hogar, nos habla de una manera de aceptación por parte del cuidador a la experimentación y exploración del niño mediante los libros y de una posible familia lectora. En la subescala *Organización* sobresale el ítem 20 relacionado con la estabilidad de personas a cargo del cuidado y con un ambiente predecible para el niño. De la subescala *Material* sobresale la importancia para el desarrollo, el contar con juguetes para empujar o jalar, que permitan la coordinación ojo-mano simple, facilitadores del aprendizaje. Por último, del apartado *Involucramiento* se encuentra el ítem 40 relacionado con la seguridad del niño y el contacto interpersonal entre éste y su cuidador principal.

Tabla 26. Diferencia >3 puntos de medias del ID Mental y Motor según grupos puntuación 1 vs puntuación 0 por indicador del HOME												
N°	ITEM	0 ☐ ID mental	n 0	1 ☐ ID mental	n 1	#entre 0 y 1 >3	0 ☐ ID motor	n 0	1 ☐ ID motor	n 1	#entre 0 y 1 >3	Subescala
2	El cuidador vocaliza al niño espontáneamente por lo menos 2 veces	74	177	77	244	3.61	70	177	73	244	2.69	Responsividad
4	El cuidador le dice al niño el nombre de los objetos o personas durante la visita	75	238	78	183	3.01	70	238	74	183	3.49	
5	El lenguaje del cuidador es claro y audible	75	91	76	330	1.64	69	91	73	330	3.75	
6	El cuidador inicia intercambios verbales con el visitador	75	113	76	308	1.75	69	113	73	308	4.01	
9	La voz del cuidador demuestra sentimientos positivos hacia el niño	72	102	77	319	4.49	69	102	73	319	4.29	
19	Por lo menos 10 libros están presentes y visibles	75	308	78	113	2.61	71	308	74	113	3.17	Ace
20	El cuidado del niño es proporcionado por uno de 3 substitutos regulares	72	12	76	409	4.46	74	12	72	409	-1.62	Orga
27	Juguetes para empujar o jalar	75	168	76	247	1.30	69	168	74	247	4.42	Materiales
30	Facilitadores del aprendizaje móvil, mesa, silla, silla grande	74	162	77	259	3.66	71	162	73	259	1.65	
31	Juguetes para coordinación ojo mano simple	73	63	76	358	3.53	68	63	73	358	4.15	
40	El cuidador mantiene en su rango de visión al niño, lo mira frecuentemente	70	21	76	400	6.19	66	21	72	400	6.64	Inv

☐ #ID mental y motor

☐ #ID mental

☐ #ID motor

*Únicamente se muestran los ítems que presentaron una diferencia significativa.

En cuanto a la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo se tomaron en cuenta los 50 ítems de los apartados de *Interacción Cuidador-Niño* (22), *Riesgo en el Ambiente Familiar* (13), *Riesgo en el Cuidador* (9) y *Riesgo en el Niño* (6), estos se califican bajo una escala de Likert (3, 2, 1, y 0); en el primer apartado una mayor puntuación (3) nos habla de una cualidad positiva y una menor puntuación (0) de un posible riesgo o una característica negativa dentro de la interacción; en los tres apartados restantes el puntaje funciona de manera inversa (0 implica un atributo positivo y 3 riesgo o una característica en el ambiente negativa). Al igual que en el Inventario HOME se obtuvo el promedio del *ID Mental* y *Motor* por cada opción de calificación (3,2,1,0) así como su número de casos; de las opciones 3 y 2 se obtuvo un promedio así como de las categorías 1 y 0. En el apartado de *Interacción Cuidador-Niño* se obtuvo la diferencia del *ID Mental* y *Motor* de 3 y 2 promediados menos el *ID Mental* y *Motor* de 1 y 0 promediados, este mismo procedimiento se realizó a la inversa para los apartados restantes.

En las Tabla 27a y 27b observamos los ítems que mostraron una diferencia de >4 puntos en la media del *ID Mental* y/o *Motor* obtenido por los casos con puntuación 3 y 2 respecto a los casos con puntuación 0 y 1, o viceversa según el apartado. En la *Interacción Cuidador-Niño* encontramos que el ítem 1, 13 y 17 muestran esta diferencia en ambas escalas y los ítems 4, 6, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22 únicamente en la *Escala Motora*; en el apartado de *Ambiente Familiar*, los ítems 32 y 34 presentan diferencia de >4 en ambas escalas y los ítems 31, 33 y 35 sólo en la *Escala Mental*; en el apartado de *Riesgo en el Cuidador* el ítem 40 presenta diferencias en ambas escalas y los ítems 43 y 44 sólo en la *Mental*; por último en el apartado de *Riesgo en el Niño* el ítem 46 presenta diferencias en la *Escala Mental* y los ítems 47 y 48 en la *Escala Motora*.

Tabla 27a. Diferencia >4 puntos de medias del ID Mental y Motor según grupos <i>puntuación 0-1</i> vs <i>puntuación 2-3</i> por indicadores de la Cartilla de Vigilancia.								
N°	Apartado	Ítem	□ ID mental 3 y 2	□ ID mental 1 y 0	#entre 3/2 y 1/0 >4	□ ID motor 3 y 2	□ ID motor 1 y 0	# entre 3/2 y 1/0
1	Interacción cuidador- niño	1.3.5 Se muestra seguro y responde a las necesidades del niño: higiene, alimentación, sueño/vigilia, juego.	75	67.5	7.5	71	65.5	5.5
4		4.0.0 Responde a las vocalizaciones o movimientos del niño.	76	71.5	4.5	70.5	75.5	-5
6		6.0.0 Al cargar al niño lo posiciona adecuadamente, proporcionándole comodidad.	74.5	70	4.5	69.5	71	-1.5
13		0.6.0 El cuidador y el niño sonríen cuando se miran.	75	60	15	73.5	61	12.5
15		0.8.0 Permite al niño libertad para moverse mientras no haya riesgo.	74.5	67.5	7	73	71.5	1.5
16		0.9.0 El cuidador ve al niño y busca su mirada cuando le habla o se dirige a él para darle una indicación.	75	66	9	73.5	70	3.5
17		0.12.4 Hace comentarios agradables acerca del niño, de sus logros, habilidades y responde con entusiasmo cuando se le hacen halagos al niño.	76	68.5	7.5	73	67.5	5.5
18		0.0.1 Explica de forma clara al niño las acciones y hechos que le pueden causar duda o interés.	78	67.5	10.5	72.5	70	2.5
19		0.0.3 Muestra seguridad respecto a actividades en las que hace participar al niño como pasar los brazos por la camiseta o camisa cuando se le viste.	78	73	5	73	73	0
20		0.0.8 Los miembros de la familia muestran interés en el desarrollo del niño, favoreciendo una mayor independencia en actividades como comer, caminar, juego, etc.	77.5	72.5	5	72.5	70	2.5
21		0.0.9 Involucran al niño en las actividades familiares, como los quehaceres domésticos, reuniones/fiestas, comidas, paseos, etc.	78.5	73	5.5	73	71	2
22		0.0.10 Se preocupan por que el niño conviva frecuentemente con otros familiares y niños de su edad, tanto en su casa como en otros sitios.	78	73.5	4.5	72.5	72.5	0

Tabla 27b. Diferencia >4 puntos de medias del ID Mental y Motor según grupos puntuación 0-1 vs puntuación 2-3 por indicadores de la Cartilla de Vigilancia.								
N°	Apartado	Ítem	ID mental 3 y 2	ID mental 1 y 0	#entre 3/2 y 1/0	ID motor 3 y 2	ID motor 1 y 0	# entre 3/2 y 1/0
31	Riesgo en el ambiente familiar	0.5.0 Los miembros de la familia no muestran interés en el desarrollo del niño, no hacen preguntas al cuidador sobre sus avances, no celebran o alaban entre ellos los	66	74	8	72	74	2
32		0.6.0 El niño no tiene relaciones de juego, atención o manifestaciones de afecto frecuentes con otros niños o familiares.	68.5	75	6.5	69.5	74	4.5
33		0.0.1 El medio ambiente del niño generalmente está muy silenciosos por periodos muy prolongados o con ruido excesivo, gritos, radio y televisión constantes que impiden al	70.5	76	5.5	72	72	0
34		0.0.2 Existe poca variedad de objetos con los que el niño juega en la vida cotidiana (en forma, color, tamaño, sonido, textura, etc.) o no son de acuerdo con la edad.	63.5	77	13.5	63.5	72.5	9
35		0.0.5 Al niño se le deja solo o sin supervisión de un adulto por algunos momentos durante el día.	67.5	77	9.5	78.5	71.5	-7
40	Riesgo en el cuidador	0.8.8 No establece límites claros durante las actividades del niño, es muy permisible, incluso aun cuando la seguridad del niño pueda verse afectada.	69.5	75.5	6	68	72.5	4.5
43		0.13.0 El cuidador no presta atención a las actividades que realiza el niño	69.5	73.5	4	73	73	0
44		0.0.11 Se muestra molesto respecto a algún o algunos comportamientos del niño (se queja de él, o responde a sus comportamientos con regaños o gritos).	69.5	78.5	9	74	73.5	-0.5
46	Riesgo en el niño	12.0.0 No regula o Desorganización en los ritmos de sueño/vigilia.	71.5	76	4.5	74	70.5	-3.5
47		0.14.0 Muestra hiperactividad lo cual desespera a la madre (tira agua al bañarlo, no se deja cambiar el pañal, ponerse los zapatos).	74	75.5	1.5	63.5	74.5	11
48		0.15.0 Rechaza la comida en sus horas de alimentación lo cual hace que el cuidador lo obligue usando movimientos bruscos o gritos.	75	76	1	69	73.5	4.5
≠ID mental y motor								
≠ID mental								
≠ID motor								

□ #ID mental y motor

□ #ID mental

□ #ID motor

*Únicamente se muestran los ítems que presentaron una diferencia significativa.

A partir de las *Variables Psicosociales* que mostraron tener una asociación significativa con los *ID Mental y Motor*, se identificaron como resilientes aquellos casos que a pesar de la presencia del riesgo obtuvieron ID >85 (normal).

En la Tabla 28 observamos el número de evaluaciones en las que se obtuvo un *ID Mental o Motor* >85 (normal) pese a la presencia de *Riesgo Psicosocial Global*, en la *Interacción Cuidador-Niño*, en el *Ambiente Familiar* y en el *Cuidador*. Observamos que el apartado *Riesgo en el Ambiente Familiar* es el que cuenta con mayor número de valoraciones donde se plasma esta cualidad (39) y el de *Interacción Cuidador-Niño* el que cuenta con menos (15).

Tabla 28. Frecuencia de valoraciones con presencia de Riesgo Psicosocial en la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo según ID Mental y Motor < ó >85 (normal)					
	ID mental y riesgo psicosocial global	ID mental y riesgo en la interacción cuidador-niño	ID mental y riesgo en el ambiente familiar	ID mental y riesgo en el cuidador	ID motor y riesgo en el cuidador
ID < 85 o no expuesto a riesgo No resiliente	871	889	865	877	884
ID > 85 Sí resiliente	33	15	39	27	20

En la Tabla 29 observamos aquéllos niños que son resilientes (*ID Mental y Motor* >85) pese a contar con un puntaje de *Riesgo Socioeconómico* mayor a 24 puntos (en una escala que va de 15-35 puntos).

Tabla 29. Frecuencia de valoraciones con presencia de Riesgo Socioeconómico (>24 puntos) según ID < ó >85 (normal)		
	N Valoraciones ID Mental	N Valoraciones ID Motor
ID < 85 o no expuesto a riesgo No resiliente	822	852
ID > 85 Sí resiliente	82	52

En la Tabla 30 se muestra el número de valoraciones con un *ID Mental y Motor* >85 pese a recibir una *Estimulación en el Hogar baja* de acuerdo al Inventario HOME.

Tabla 30. Frecuencia de valoraciones con presencia de <i>Estimulación Baja</i> en el Inventario HOME según <i>ID Mental y Motor</i> < ó >85 (normal)		
	N Valoraciones ID Mental	N Valoraciones ID Motor
ID < 85 o no expuestos a riesgo No resiliente	872	888
ID > 85 Sí resiliente	32	16

Se consideró como riesgo para el desarrollo infantil contar con una madre menor de 19 años de edad, sin embargo, la Tabla 31 muestra aquéllos niños que pese a ello obtienen un ID Mental >85.

Tabla 31. Frecuencia de valoraciones que registran madre menor de 19 años de edad según <i>ID Mental</i> < ó >85 (normal)	
	N Valoraciones ID Mental
ID < 85 o no expuestos a riesgo No resiliente	877
ID > 85 Sí resiliente	27

Al igual que la edad materna, una baja escolaridad materna (analfabeta y primaria incompleta) puede afectar el curso del desarrollo, sin embargo, la Tabla 32 muestra aquéllos niños que obtienen ID Mental y Motor >85 pese a contar con una madre con baja escolaridad.

Tabla 32. Frecuencia de valoraciones del ID Mental y Motor que registran madre con bajo nivel de escolaridad según <i>ID</i> < ó >85 (normal)		
	N Valoraciones ID Mental	N Valoraciones ID Motor
ID < 85 o no expuestos a riesgo No resiliente	895	890
ID > 85 Sí resiliente	9	14

En la Tabla 33 observamos el número de casos que obtienen un *ID Mental* y *Motor* >85 pese a presentar más de 4 *Riesgos Perinatales*.

Tabla 33. Frecuencia de valoraciones del ID Mental y Motor que registran más de cuatro riesgos perinatales según ID < ó >85 (normal)		
	N Valoraciones ID Mental	N Valoraciones ID Motor
ID < 85 o no expuestos a riesgo No resiliente	892	900
ID > 85 Sí resiliente	12	4

Con relación a los resultados presentados en las tablas anteriores (28-33) se identificaron 382 valoraciones del *ID Mental* y/o *Motor* con resultados > 85 pese a la presencia de múltiples riesgos; a partir de estas valoraciones se identificaron 128 niños considerados resilientes.

Para una selección más fina de niños considerados resilientes se generaron los siguientes criterios:

- Criterio 1: tener más de 2 valoraciones del desarrollo para poder observar la presencia/ausencia continua o intermitente de factores de riesgo a través del tiempo.
- Criterio 2: que a través de las valoraciones y al estar expuesto a los grupos de estimulación se observe un ID > 85 pese a la presencia de Factores de Riesgo Psicosociales

La Tabla 34 muestra las valoraciones por caso en las que se obtuvo un ID >85 y el número de Riesgos Psicosociales presentes.

Tabla 34. Número de Riesgos Psicosociales presentes en Valoraciones con ID Mental y/o Motor >85 por caso.

n°	Expediente	Valoraciones											Total Riesgos Psicosociales presentes
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1	27005	4	4			2		2	1				13
2	37114			1	3	3		1					8
3	42558				2	2	2		2				8
4	43885		2	4	2								8
5	461			3	2	3							8
6	99909			1	1	3	2						7
7	99907		2	3	2								7
8	42441		1	2	3								6
9	486	2		3									5
10	35920		2	3									5
11	391	1	1	1		1	1						5
12	313		2		1	2							5
13	43177						1	1	2				4
14	47511		2	1	1								4
15	429		3	1									4
16	44343			2	2								4
17	39851				1	1	2						4
18	42211			2	2								4
19	46192				1	2							3
20	2731	1		2									3

Se toman como ejemplo representativo de niños resilientes los expedientes mencionados en la tabla anterior, para conocer ante qué tipo de variables mostraron su capacidad resiliente. En el Anexo 12.1 se muestra por rangos de edad y número de valoración, los puntajes de *ID Mental y/o Motor >85* y los riesgos psicosociales presentes.

En la Tabla 35 se agrupan las características que se observan en común en este grupo de 20 niños. En cuanto al rango de edad, la presencia de la resiliencia se hace notable en el rango de 13-24 meses seguido por el de 7-12 meses; de los 20 expedientes, 12 corresponden al sexo femenino y 8 al sexo masculino; 8 de estos niños no contaba con ningún riesgo perinatal, 5 con un riesgo y 5 con más de 3 riesgos. En cuanto a las características maternas, 4 de las madres tenían menos de 19 años

de edad y 16 entre 20 y 35 años; de ellas 2 son solteras, 10 viven en unión libre y 8 son casadas; 16 se dedican al hogar y 3 son estudiantes. Respecto a la escolaridad de ambos progenitores, vemos que 10 de las madres cuentan con educación media superior completa o más, 6 media básica completa y media superior completa y 2 primaria incompleta; en cuanto a la escolaridad paterna 4 cuentan con educación media superior completa o más, 10 con media básica completa o media superior incompleta, 2 con primaria completa o media básica incompleta y 1 con primaria incompleta. En cuanto al puntaje de riesgo socioeconómico (que va de 15 a 35 puntos, a mayor puntaje mayor riesgo), 4 casos presentan de 21-24 puntos, 8 de 25-28 puntos y 4 de 29-31 puntos.

Tabla 35. Características en común en los 20 casos analizados.		
	Característica	Frecuencia
Rango edad	0-6 meses	8
	7 -12 meses	17
	13- 24 meses	34
Sexo	Femenino	12
	Masculino	8
Riesgo perinatal	Sin riesgo	8
	1	5
	2	2
	3	2
	4	2
	9	1
Edad materna	Menor a 19 años	4
	20-35 años	16
Estado civil materno	Soltera	2
	Unión libre	10
	Casada	8
Escolaridad materna	Media superior completa o más	10
	Media básica completa y media superior incompleta	6
	Primaria incompleta	2
Escolaridad paterna	Media superior completa o más	4
	Media básica completa y media superior incompleta	10
	Primaria completa y media básica incompleta	2
	Primaria incompleta	1
Ocupación materna	Hogar	16
	Estudiante	3
Puntaje de riesgo socioeconómico	21-24 puntos	4
	25-28 puntos	8
	29- 31 puntos	4

9. Discusión

El desarrollo humano es un proceso continuo y gradual, a través del cual el individuo va transitando por diferentes etapas en las cuales va adquiriendo habilidades que le permitirán adaptarse e interactuar con su ambiente. Este proceso es organizado principalmente por la genética, por lo tanto la adquisición de determinadas habilidades dependerá del funcionamiento de distintas estructuras y sistemas cerebrales y de la interacción del individuo con su ambiente psicosocial.

El desarrollo durante la primera infancia constituye un periodo de alta sensibilidad, el sistema nervioso central establece múltiples conexiones a partir de estímulos ambientales que las generan; estos primeros años de vida representan ventanas de oportunidad donde el ambiente psicosocial potencializa o limita el desarrollo de diversas habilidades mentales, motoras y socioafectivas. Aunque es bien reconocido el papel del factor genético sobre el desarrollo, se ha visto que partir de este enfoque biológico ha sido insuficiente para explicar el proceso de desarrollo de manera integral; es por eso que se ha recurrido también al estudio del ambiente psicosocial tanto para explicar retrasos en el desarrollo como para reconocer la presencia de factores ambientales que fungen a manera de protección y como mediadores del riesgo promoviendo un desarrollo pleno e integral.

Partir de un Modelo Ecológico del Desarrollo nos permite comprender las interrelaciones que se dan entre los distintos sistemas y el individuo a la vez, considerando a éste como un ser activo que interactúa con su ambiente y lo modifica (García, 2001). Este modelo resulta de utilidad al tratar las perturbaciones del desarrollo infantil sobre todo cuando se trata de poblaciones caracterizadas por un alto riesgo psicosocial, ya que en estos grupos las alteraciones pueden ser mayormente producto de un contexto ambiental disfuncional. Es por ello la importancia de conocer qué factores dentro del contexto social pueden tanto limitar el desarrollo como potencializarlo con la finalidad de crear programas de intervención dirigidos a promover

en el niño, la familia y comunidad conductas resilientes que funjan como mediadoras del riesgo y les permitan enfrentar exitosamente situaciones adversas.

Vivimos en un país caracterizado por contrastes sociales y desigualdades en cuanto al acceso a las oportunidades de desarrollo de sus habitantes, diariamente nos vemos expuestos ante una multitud de riesgos psicosociales, sin embargo existen sectores mayormente vulnerables al riesgo debido a una condición socioeconómica desfavorable; estos contextos adversos se caracterizan por la presencia de la pobreza en sus distintos niveles afectando planos físicos, mentales y sociales. La presencia de una situación de pobreza crónica durante la primera infancia resulta doblemente perjudicial, en primera instancia afecta y pone en riesgo la salud y el desarrollo físico y mental del niño además de que se asocia a diversas problemáticas que interfieren en la interacción entre el niño, su madre/cuidador principal, su familia y entorno en general.

A partir de lo anterior surge la pregunta de investigación ¿Qué tipo de asociación existe entre los factores de riesgos psicosocial y los factores protectores con el desarrollo de niños de 0 a 35 meses de edad que asisten al Centro de Salud T1 Lomas de San Lorenzo? Esta población de niños y sus familias se caracteriza por presentar una condición socioeconómica desfavorable (baja escolaridad, condiciones de hacinamiento, bajo ingreso familiar, falta de acceso a servicios públicos, etc.) lo que nos hace considerarla como una “**población de alto riesgo psicosocial**”. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en 2012, Iztapalapa se ubicaba en segundo lugar con respecto a las delegaciones con mayor pobreza patrimonial y a lo largo del tiempo que se trabajó con esta población se observó que esta situación tenía efectos sobre el desarrollo infantil y la calidad de vida de la comunidad en general; del mismo modo, existen diversas investigaciones realizadas en comunidades de alto riesgo social que documentan los efectos sobre el desarrollo que puede provocar vivir en ambientes adversos (Munsit et al., 2003, Verta et al., 2010, Sameroff et al., 2001, Burt et al., 2013). Por lo tanto resultaba de gran importancia detectar ante que riesgos psicosociales en específico estaban expuestos,

si estos riesgos afectaban su desarrollo y en qué procesos y áreas tenían influencia; asimismo reconocer con qué fortalezas contaban este grupo de niños y sus familias (factores protectores/conductas resilientes) con la finalidad de potencializarlos.

Los **factores de riesgo psicosocial** comprenden características individuales y/o comunitarias que presentan una alta probabilidad de afectar el desarrollo y la salud física y mental, por lo general éstos se asocian a un ambiente desfavorable y para que generen una perturbación deben coexistir múltiples riesgos (Balbernie, 2002); también hay que aclarar que el riesgo no implica causalidad sino una relación estadística de probabilidad entre dos o más variables. En la presente investigación estos riesgos formaban parte del constructo “condición socioeconómica” (edad y estado civil de la madre, escolaridad y ocupación materna y paterna, ingreso familiar, porcentaje del ingreso familiar destinado a la alimentación y un puntaje de riesgo socioeconómico) sin embargo el efecto de estos riesgos no es lineal, es decir, afectan e influyen en las relaciones que el niño mantiene con sus distintos entornos (estimulación y ambiente en el hogar, interacción cuidador-niño, riesgo en el ambiente sociofamiliar y riesgo en el cuidador) por lo que se quiso conocer cómo este tipo de variables afectan mecanismos interactivos o mediadores entre el niño, la madre/cuidador principal, la familia y su entorno en general.

De manera general, este grupo de niños se caracteriza por presentar un ligero retraso en su **desarrollo mental**, seguido del retraso significativo; en cuanto a su **desarrollo motor** se observó una tendencia hacia el retraso significativo seguido de un ligero retraso; estos resultados evidencian la presencia de perturbaciones y desfases en el desarrollo general, mayormente en el área motora. Al considerar que este grupo no presenta riesgos biológicos aparentes o secuelas neurológicas establecidas se podría considerar como un grupo sano, por lo que la etiología de estos retrasos en el desarrollo podría tener un origen psicosocial, ello pone en relieve la importancia de la intervención y atención temprana en este tipo de población infantil y sus familias. Por **cortes de edad** encontramos que el rango de 13 a 24 meses es el que presenta las mejores puntuaciones en ambas escalas, en cambio el grupo de 25-

35 meses presenta los menores ID, caracterizándose en ambas escalas por presentar retrasos significativos en su desarrollo. Con estos resultados hay que considerar que la edad no hace referencia sólo a la edad cronológica del niño, sino también al tiempo de exposición de éste y su familia tanto a un ambiente psicosocial de riesgo y/o protección así como a los grupos de estimulación temprana. Respecto al último rango de edad hay que mencionar que conforman una pequeña proporción de nuestra población, estos niños seguían asistiendo a las valoraciones debido a la presencia de evidentes retrasos en su desarrollo, a comparación de su grupo de pares (del mismo rango de edad) que sólo asistían a los grupos de estimulación pues su desarrollo no presentaba desfases. El que el grupo de 25-35 meses sea el que obtiene los menores ID en ambas escalas nos lleva a preguntarnos las posibles causas de estos retrasos significativos en el desarrollo, ¿Es posible de se deba a la presencia de riesgos biológicos, a características maternas, una estimulación inadecuada, un ambiente familiar disfuncional?

Como ya se ha mencionado a lo largo del trabajo, el grupo de niños estudiados representaban una población “aparentemente sana”, y aunque no formó parte de los objetivos principales conocer la presencia de **riesgos perinatales** se aprovechó que se contaba con estos datos para identificar el número de riesgos perinatales presentes en la población estudiada y su asociación con el desarrollo mental y motor. El tipo de riesgos identificados abordan los antecedentes del parto y las medidas diagnósticas y maternas durante éste, la condición neonatal al nacimiento, antecedentes neonatales hasta la presencia de encefalopatías; se encontró que un 77% presentaba 2 o menos riesgos y el restante más de tres, asimismo al analizar la relación entre el riesgo perinatal y el desarrollo se encontraron diferencias significativas en ambas escalas, un mayor número de riesgos se asociaba a menores ID, sin embargo, el desarrollo motor se ve mayormente afectado. La presencia de riesgos biológicos en el niño se puede llegar a manifestar a través del retraso o incluso generando secuelas; asimismo se ha visto que estos niños presentan un temperamento difícil (son irritables, su autorregulación es deficiente, etc.) lo que a su vez repercute en la interacción y vínculo

entre madre e hijo y entre éste y su entorno. Por ejemplo, el bajo peso al nacer se ha asociado a un temperamento difícil, estos bebés se caracterizan por ser más reactivos e irritables, tienden a obtener menores ID tanto en el área mental como motora de las Escalas Bayley del Desarrollo Infantil (Hwang et al., 2009).

Respecto a las **características sociodemográficas familiares**, se utilizaron datos relacionados a la edad y estado civil materno, así como la escolaridad y ocupación de ambos padres, el ingreso familiar y cuánto de éste se destina a la alimentación; este tipo de datos nos dan una mirada general sobre la **condición socioeconómica** de la familia, ésta es uno de los principales indicadores que reflejan la calidad de vida de un grupo ya que puede limitar o promover capacidades y oportunidades de desarrollo a nivel individual y comunitario (Peña et al., 2000, Moreno et al., 2013); este tipo de información resulta útil para el profesional de salud pues lo hace más sensible a la realidad del paciente y puede ayudar para brindar orientaciones más acertadas a las necesidades y posibilidades de la familia.

Empecemos por las **características maternas**, considerando a la madre como la cuidadora y promotora principal del desarrollo infantil. Se encontró que la mayor parte de las **madres** tienen entre 20 y 35 años de **edad**, sin embargo existe un porcentaje importante de madres adolescentes menores de 19 años, los hijos de este último grupo son los que obtuvieron los menores ID en la escala mental. Se ha visto que ser madre (o padre incluso) a edades muy tempranas interviene en la mayoría de los casos negativamente en la crianza manifestándose en diversas dificultades parentales (Balbernie, 2002, Villalón, 2000, Moreno et al., 2008), limitando las posibilidades de desarrollo de la madre adolescente (p.ej. la interrupción de la educación formal) además de los riesgos biológicos que conlleva la reproducción en la adolescencia (mayores riesgos perinatales) (Barón, Castellanos, Molina, Moore, Martínez y Figueroa, 2012). Por otra parte, hay que considerar que la mayor parte de las madres adolescentes son madres solteras, por lo general viven con sus padres por lo que la dinámica familiar las limita aún más para asumir su rol materno y el control sobre su vida y la de su hijo, además de que dependen económicamente de ellos.

Siguiendo con el **estado civil**, la mayor parte de las madres de este grupo de niños viven en unión libre o están casadas, un pequeño porcentaje son solteras. Este indicador social nos habla de la presencia/ausencia de soporte emocional y económico en las tareas relacionados con el cuidado y educación de los hijos por parte del padre/pareja; en la mayoría de los casos la ausencia del padre tiene consecuencias sobre el desarrollo socioemocional del niño y genera una sensación de vulnerabilidad y falta de apoyo en la madre; no obstante, este indicador no mostró influencia directa sobre el desarrollo.

En cuanto a la **escolaridad**, ambos padres en su mayoría cuentan con una educación media básica completa o media superior incompleta, sin embargo es mayor el número de madres que cuenta con una escolaridad media superior completa o más en comparación de los padres. La escolaridad de la madre se ha reconocido como una variable de gran importancia para el desarrollo infantil, una mayor escolaridad permite mayor acceso a la información así como a recursos intelectuales y económicos en pro de los hijos, a la par se relaciona con la autoestima y competencia materna. En esta investigación la **escolaridad materna** mostró diferencias en ambos ID teniendo un mayor impacto en comparación con la escolaridad paterna, efectivamente mayores ID se presentaron en los niños con madres de educación media superior completa o más, sin embargo también encontramos niños con madres con primaria incompleta (1% de la población) que también presentaron altos ID, esto nos puede hablar de la presencia de factores que amortiguan el efecto negativo de una baja escolaridad.

La escolaridad a su vez se relaciona con la ocupación de los padres y ambas variables nos hablan de la capacidad económica que tiene la familia para acceder a un mayor número de bienes y servicios que promuevan una mejor calidad de vida. En cuanto a la **posición en el trabajo** de las madres de la población estudiada pese a que cuentan con mayores grados de escolaridad en su mayoría se dedican al hogar (lo cual puede representar una limitante económica para la familia), sin embargo los niños que presentan mejores ID en ambas escalas tienen madres funcionarias o profesionistas, es probable que estas madres aunque no cuenten con tanto tiempo

para realizar tareas relacionadas con la crianza el tiempo que pasan con sus hijos es de calidad y no de cantidad. En cambio los padres son empelados, comerciantes y estudiantes o trabajadores, los hijos de estos padres son los que logran los mejores ID en ambas escalas, en cambio los hijos de padres que se dedican al trabajo manual asalariado son los que presentan los menores ID; del mismo modo que pasa con la escolaridad, la posición en el trabajo de la madre muestra mayores influencias sobre el desarrollo.

En cuanto al **ingreso familiar** casi la totalidad de estas familias recibe entre 1 y 3 salarios mínimos y destinan del 31-51% o más de su **salario a la alimentación**, de acuerdo a la Ley Federal del Trabajo (2012) el salario mínimo debería de ser “suficiente” para satisfacer las necesidades materiales, sociales y culturales “normales” de un jefe de familia. Estos resultados referentes al ingreso de las familias estudiadas nos hablan de un alto riesgo socioeconómico que limita o imposibilita en muchos casos la posibilidad de ahorro o de destinar un porcentaje importante de su salario a otros bienes y servicios relacionados a una mejor salud, educación, esparcimiento, cultura, etc. Sin embargo, también hay que recordar que para que se ocasione una perturbación en el desarrollo deben coexistir múltiples riesgos lo cual en nuestro estudio se plasma a través del **puntaje de riesgo socioeconómico** el cual tiene repercusiones tanto en la escala mental como en la motora; se encontró que a mayor número de riesgos socioeconómicos menores ID; también se observa un mayor declive en el ID o mayor vulnerabilidad en niños de mayor edad (rangos de 13-24 y 25-35 meses), esto posiblemente se pueda explicar ante el hecho de que el niño ha estado expuesto por mayor tiempo a un ambiente social y económico adverso influyendo negativamente, en algunos casos, en su desarrollo. Asimismo, la exposición a múltiples riesgos socioeconómicos en esta investigación afectó mayormente el área mental; estos resultados son congruentes con diversos estudios que analizan la relación entre la **condición socioeconómica** y el coeficiente intelectual que han encontrado relación entre vivir en situación de pobreza y el retraso en el desarrollo

cognitivo, éste siendo mayormente producto de los factores ambientales (Sameroff et al., 2001, Werner et al., 1967, Willerman et al., 1970).

Hasta ahora se han discutido los resultados referentes a características sociodemográficas de la familia y su relación con el desarrollo de este grupo de niños, aunque estas variables muestran una repercusión directa sobre el desarrollo su influencia va mucho más allá, como ya se mencionó, afectan las interacciones que el niño mantiene con sus distintos entornos, los cuales pueden representar entornos de riesgo a su vez. De manera global estos riesgos los podemos encontrar en los diversos sistemas con los cuales el niño interactúa principalmente en la interacción cuidador/madre-niño, en las características de la propia madre, en el ambiente familiar e incluso en el propio niño (Andraca et al., 1998, Balbernie, 2002; Bryan y Dix, 2009, Calkins, 2011, Soler et al., 2007). Para conocer el papel que juegan estos factores sobre el desarrollo del grupo estudiado se obtuvo la información de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo y del Inventario HOME para evaluar la estimulación y ambiente en el hogar, empezaré describiendo y discutiendo los resultados del primer instrumento.

En cuanto a la relación entre el **riesgo psicosocial** y el desarrollo, se encontraron diferencias significativas únicamente entre el ID mental y los niños expuestos y no expuestos a riesgos en los apartados de riesgo psicosocial global, riesgo en la interacción cuidador-niño, riesgo en el ambiente familiar y riesgo en el cuidador; en todos los apartados los niños expuestos a múltiples riesgos obtenían ID menores en comparación de los niños no expuestos. Estos resultados sugieren que una interacción madre-hijo disfuncional, poco sensible, un vínculo inseguro, la ausencia de redes de apoyo social, problemas de salud mental materna o altos niveles de estrés, hasta una dinámica familiar disfuncional, la ausencia de límites o la sobreprotección dentro del núcleo familiar tendrán repercusiones negativas en el desarrollo infantil. Estas diferencias en el desarrollo mental fueron mayormente significativas para el rango de 13-24 meses de edad, esto puede deberse a que el niño en esta etapa es más consciente al contexto que le rodea, se encuentra mayormente

expuesto a éste a comparación de edades pasadas (sale de casa, convive con vecinos, etc.), los avances en su desarrollo le permiten una mayor comprensión de su mundo y realidad así como una mayor participación en él, y por ende resulta más sensible y vulnerable a las influencias del medio; en los demás rangos de edad es clara la tendencia de obtener menores ID mentales al estar expuesto a múltiples riesgos, pese a que las diferencias no sean estadísticamente significativas.

El único apartado que no mostró diferencias entre los ID de los niños expuestos y no expuestos fue el de “riesgo en el niño”, posiblemente esto se debe a que la población estudiada representa un grupo sano aparentemente por lo que dificultades temperamentales no eran características de esta población. Asimismo, el único apartado que mostró diferencias en la escala motora fue el de “riesgo en el cuidador” pero sólo en el rango de 13-24 meses; la salud mental materna puede tener repercusiones en el desarrollo motor, el que la madre presente algún tipo de trastorno o desequilibrio mental, como la depresión, genera en ella estrategias y prácticas de crianza inadecuadas que se pueden reflejar en una hipoestimulación en el hogar (actitudes sobreprotectoras que limitan la exploración del ambiente por parte del niño, escasas vocalizaciones entre madre-hijo, pocos contactos físico-afectivos, etc.) afectando así el desarrollo motriz, haciendo del niño pasivo y poco curioso y explorador ante su entorno (no se desplaza de un lugar a otro por miedo, no le interesa tomar objetos y descubrir sus usos, etc.) (Osorio et al., 2010).

Dentro del ámbito familiar una problemática común que afecta directamente la integridad física, mental y psicológica del individuo y la sociedad general es la **violencia intrafamiliar**. En el caso de la población con la cual se realizó este proyecto, hay que recordar que representan una población de alto riesgo psicosocial donde al estar inmersas en contextos adversos las defensas psicoemocionales del individuo se ven atacadas provocando estrés en el cuidador y en la familia haciéndolas más propensas a presentar conductas violentas reiterativamente (Balbernie, 2002). En este proyecto no se utilizó ningún instrumento que midiera esta problemática en específico, sin embargo se recuperaron tanto del Inventario HOME como de la Cartilla de

Vigilancia del Desarrollo ítems que abordan aspectos relacionados. Al tratar estos temas es importante tener en cuenta que son cuestiones sensibles para las madres que generan miedo, estrés, pena, etc., impidiendo que la mujer pida ayuda; incluso a veces las situaciones de violencia no se reconocen, o son aceptadas y justificadas. De acuerdo a los ítems recuperados de ambos instrumentos encontramos que un porcentaje de la población recibe castigo físico como modo de disciplina, algunas de las madres de estos niños se muestran hostiles hacia ellos, otras reconocen que se sienten perturbadas al vivir dentro de una situación de pobreza, hacinamiento, alcoholismo, drogadicción y violencia en la familia lo que repercute en su estilo de crianza. Este tipo de situaciones nos hablan de un riesgo en el cuidador, de la presencia de grandes cantidades de estrés que ahogan a la madre/cuidador y la limitan a utilizar otros recursos para interactuar y disciplinar a su hijo, este estrés puede ser producto de una situación de pobreza crónica, de la ausencia de salud mental materna (p.ej. depresión), de la aceptación de pautas familiares permitidas como el utilizar el castigo físico como disciplina, entre otras. Independientemente si el niño es observador de la violencia o víctima directa de ésta, este tipo de conductas ponen en riesgo la salud física y atacan gravemente el desarrollo socioemocional de estos niños, es común observar en ellos comportamientos agresivos, depresión, problemas de conducta en casa y escuela, fobias, insomnio, baja autoestima, hasta una mayor proporción de morbilidad ambulatoria por negligencia o abuso físico (Hukkanen et al., 1999, Barceleta y Álvarez, 2005).

Como ya se mencionó también se quiso conocer las diferencias en el desarrollo a partir del tipo de **estimulación y calidad del hogar del niño**, ésta representa una variable de gran importancia para el desarrollo infantil influyendo sobre todo en el desarrollo psicomotor (Andraca et al., 1998). De manera general, esta población recibe una estimulación en el hogar “baja” y por subescalas muestran una tendencia a la estimulación “media” a excepción de la subescala responsividad que se caracteriza por ser baja y aceptación que es alta. Por rango de edad, se observa que a mayor edad se van obteniendo mejores calificaciones en el inventario (a excepción del grupo

de 25-35 meses de edad), esto puede explicarse por el tiempo de exposición al programa, las madres van adquiriendo herramientas en pro de la estimulación, lo cual es congruente con los resultados de otras investigaciones (Osorio et al., 2010).

En cuanto a la relación de la estimulación con el desarrollo se observó un mayor impacto de esta variable sobre el desarrollo motor, además se encontró que los mejores ID motores se presentaban ante una estimulación “media” en la mayoría de las subescalas y no ante una estimulación “alta” como se esperaría; así se encontraron diferencias significativas entre el desarrollo motor y la calificación total del Inventario HOME, y las subescalas organización y materiales; la escala mental sólo presentó diferencias significativas con la subescala de materiales. Por rangos de edad, en la escala mental se observan diferencias en los rangos de 7-12 meses (aceptación, materiales) y 13-24 meses (responsividad).

Por rangos de edad, en la escala motora las diferencias fueron más notorias para los rangos de 7-12 meses (calificación total del Inventario HOME, aceptación, organización, materiales) y 25-35 meses (calificación total del Inventario HOME, responsividad). Respecto a la relación entre el ID mental y motor y la subescala aceptación en el rango de 7-12 meses sobresale el resultado de que una estimulación “baja” se asocia a mejores ID en ambas escalas; los ítems de esta subescala pretenden conocer si el cuidador permite y acepta el comportamiento “inmaduro” y exploratorio del niño, se relaciona con las prácticas disciplinarias que emplean los padres, las conductas que permiten en el niño y los límites que establecen. En este rango de edad, el lactante conoce su mundo y aprende principalmente a través de conductas exploratorias manifestadas a través de la actividad motriz (p.ej. se gira y luego se para para obtener un objeto o llegar a un lugar), es posible que este resultado se deba a una madre que no restringe y castiga sin motivo, que acepta las conductas exploratorias del niño estableciendo límites y claros, favoreciendo el desarrollo de habilidades cognitivas y motoras. Cuando las madres o cuidadores sobreprotegen y limitan la actividad física, la curiosidad y la exploración del entorno por parte del lactante limitan potencialmente su desarrollo.

Ya que se ha discutido la relación entre el desarrollo y las distintas variables socioeconómicas y de interacción, se analizarán las relaciones entre una serie de variables “moduladoras” o “medidoras” entre las variables socioeconómicas y el desarrollo. Estas variables medían la influencia o el efecto de un factor sobre otro, en esta investigación, se encontró como variables mediadoras a la estimulación y el ambiente en el hogar, y las interacción/riesgos que se dan en el ambiente sociofamiliar, en el cuidador, en el niño, y en la interacción cuidador-niño. Conocer cómo operan y se relacionan entre sí estas variables afectando el desarrollo resulta de gran importancia para los programas de intervención temprana pues es en éstas en las que es posible intervenir, son riesgos modificables.

Para comenzar, se intentó conocer la relación entre la **estimulación y ambiente en el hogar** y las **características sociodemográficas maternas**. Encontramos que las madres adolescentes muestran mejores puntuaciones en las áreas de aceptación, involucramiento y materiales y menores puntajes en responsividad y organización; en cambio las madres mayores de 36 años logran mejores puntuaciones en las subescalas de responsividad y organización y menores en materiales. En cuanto al estado civil, las madres sin cónyuge brindan una mejor estimulación en el hogar; en cambio las madres casadas son aquellas que obtienen menores calificaciones en el total general del Inventario HOME así como en las subescalas de responsividad, involucramiento, aceptación y materiales. De acuerdo a Kohen y colaboradores (2008) el estado conyugal opera sobre la estimulación del niño, cuando éste cuenta con los cuidados y apoyo de ambos padres se generan mayores oportunidades para el aprendizaje y la exploración, además de relacionarse con mejores habilidades cognitivas y verbales; sin embargo, también existen estudios que muestran como las jefas de hogar o madres sin cónyuge logran sobreponer las dificultades asociadas a la ausencia del padre/pareja y a la carga de trabajo que ello conlleva logrando funcionalidad en el seno familiar (García y Oliveira, 2005). En muchos casos la presencia del padre/pareja puede resultar disfuncional para la organización y el ambiente familiar; o, es posible que las madres solteras cuenten con

un mayor número de redes de apoyo social (tías, abuelos) que se encarguen del cuidado del niño promoviendo mayores experiencias de aprendizaje.

La escolaridad materna resultó ser una variable con gran peso, se encontró que las madres con preparatoria o más logran mejores puntajes en el total general del Inventario HOME en comparación con las madres con primaria incompleta, este resultado nos habla de la gran influencia de la escolaridad materna sobre el desarrollo infantil, mayores grados de escolaridad permiten un mayor acceso a la información y conocimiento relacionado al desarrollo infantil, haciendo que la manera en que la madre estimule al niño se caracterice por ser sensible a sus necesidades y posibilidades y lo rete a desarrollar nuevas habilidades; asimismo se ha visto que las madres con mejor nivel educativo se involucran más activamente en el juego del niño promoviendo el movimiento de éste y haciendo que explore su medio (Osorio, Torres, Hernández, López y Schnaas, 2010). Lo mismo ocurre en cuanto a la **ocupación materna**, las madres que son funcionarias o profesionistas obtienen mejores puntajes en el total general del inventario en comparación de las madres que se dedican al hogar o al trabajo independiente.

Por último al analizar qué efecto tenía la condición socioeconómica en general sobre la estimulación en el hogar se observa que mayores puntajes en el Inventario HOME se asocian a un menor número de riesgos socioeconómicos e inversamente. La asociación entre estimulación en el hogar y status socioeconómico se relaciona con la posibilidad de la madre y la familia para generar experiencias a manera de juego e integradas a la vida cotidiana que sean propias de la estimulación y el aprendizaje; cuando la madre no cuenta con el tiempo o con la capacidad educativa y monetaria para adquirir materiales de juego apropiados o para acceder a información relacionada a la infancia, la estimulación puede ser deficiente, además la limitante económica reduce la participación del niño y su familia en actividades culturales y comunitarias (Kohen et al, 2008).

Asimismo, se encontraron diferencias en la estimulación en el hogar a partir de la presencia de riesgo psicosocial en distintos contextos; se encuentra que cuando existe una interacción cuidador-niño disfuncional (sensible en las subescalas de responsividad, aceptación, materiales, involucramiento y variedad), un ambiente familiar adverso (sensible en las subescalas de organización, materiales e involucramiento), riesgos en el cuidador (sensible en las subescalas de aceptación, materiales y variedad) y riesgos en el niño (sensible en las subescalas de responsividad, materiales y organización), se obtienen menores puntajes en el Inventario HOME y sus subescalas.

Hasta ahora hemos hablado del efecto del riesgo psicosocial sobre el desarrollo motor y mental, sin embargo para el abordaje de la atención temprana no es suficiente partir únicamente de un enfoque de riesgo, es necesario reconocer aquéllos atributos individuales, familiares y comunitarios que hacen frente al riesgo y enriquecen, estos son los **factores protectores** y se ha documentado su influencia positiva sobre el desarrollo infantil en diversas investigaciones (Munsit et al., 2003, De Andraca et al., 1998, Schteingart et al., 1995 y Uriarte, 2005). Estos se refieren a condiciones, cualidades e incluso entornos que favorecen y promueven un mejor desarrollo, son situaciones que nos hacen generar respuestas más adaptativas a lo esperado, pueden ser representados por recursos ambientales así como por la capacidad psicológica, cognitiva y adaptativa del individuo. Hay que tener en claro que el poder lo de los factores protectores surge ante la presencia del riesgo, por ende de la interacción entre riesgo y protección dependerán los resultados adaptativos o desadaptativos para el desarrollo infantil.

A su vez, estos mecanismos protectores promueven el desarrollo de la **resiliencia**, la cual refiere procesos sociales e intrapsíquicos que permiten un desarrollo pleno pese a vivir en un medio insano; implica una combinación e interacción entre atributos temperamentales y de personalidad del niño (inherentes a éste) y las interacciones que establece con su ambiente sociofamiliar; dentro del ámbito de la intervención social, la resiliencia intenta promover procesos individuales

y comunitarios que tengan como fin superar riesgos y lograr una mejor calidad de vida. Para conocer qué tipo de factores protectores y competencias parentales se encontraban presentes en el grupo de niños estudiados, se realizó un análisis exploratorio de los ítems del Inventario HOME y de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo.

En el caso del primer instrumento encontramos presencia protectora en ítems pertenecientes a la subescala “**responsividad**” relacionados con las vocalizaciones por parte del cuidador y el tipo de interacciones que mantiene la diada; el que el niño cuente con una relación segura y afectuosa durante los primeros años de vida pronostica atributos propios de los niños resilientes, resulta una influencia parental altamente adaptativa. En cuanto a la subescala “**aceptación**” sobresale la importancia de la presencia de más de 10 libros en el hogar, relacionándose con la aceptación de la familia a la manipulación de los libros por parte del niño, la lectura es uno de los mejores medios para desarrollar el lenguaje y la lectoescritura en el niño, a la vez ello se relaciona con el desarrollo del pensamiento (Osorio et al., 2010). Del apartado “**organización**” resalta el ítem relacionado a las personas a cargo del cuidado del niño, el número de cuidadores y la estabilidad y predictibilidad del ambiente y cómo se organiza la familia para llevar a cabo las distintas tareas relacionadas con la crianza. Del apartado “**materiales**” destaca la importancia de contar con juguetes para empujar y jalar y facilitadores del aprendizaje. Por último del apartado “**involucramiento**” sobresale el que el cuidador mantenga en su rango de visión al niño sin llegar a la sobreprotección, es decir se relaciona con la seguridad del niño para explorar su ambiente y del contacto interpersonal entre éste y su cuidador principal. De manera general, la estimulación en el hogar representa una variable protectora cuando ésta existe en casa y es propia a la edad cronológica y madurativa del niño; implica actividades a manera de juego e integradas en la vida diaria que permitan un comportamiento exploratorio en el niño, materiales de juego que favorezcan el avance de distintas áreas del desarrollo, hasta la presencia de intercambios comunicativos, corporales y afectivos frecuentes y positivos entre madre e hijo. Al analizar esta

variable también se debe de tomar en cuenta la influencia positiva y protectora de la exposición por parte de la madre e hijo a los grupos de estimulación temprana y a las valoraciones del desarrollo, asistir a este tipo de programas representa una fuente de apoyo social para la madre/familia, mediante éste se accede a mayor información relacionada al desarrollo infantil y donde se generan redes de apoyo social (con otras madres, con los profesionales de salud).

Respecto a la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo al analizar la sensibilidad sobre el desarrollo de sus 50 ítems (ver página 103-105) se encuentra que en el apartado de “**interacción cuidador-niño**” los ítems 1, 13 y 17 muestran su efecto protector en ambas escalas de desarrollo; dentro de este mismo apartado, los ítems 4, 6, 15, 16, 18, 19, 20, 21 y 22 muestran un efecto protector únicamente en la escala mental. En general, los elementos que abarca este apartado se refieren a la competencia y capacidad materna para ser sensible tanto a las necesidades físicas y afectivas del niño; a la manera en que interactúa la madre/cuidador principal con el niño, el tipo de contactos e intercambio físicos así como de vocalizaciones entre ellos; la percepción que la madre tiene sobre su hijo así como sus expectativas; la libertad existente para que el niño explore su medio con seguridad e independencia; hasta la manera en la que los demás miembros de la familia promueven la autonomía en el niño y lo involucran en los distintos contextos sociales con los cuales la familia convive dentro y fuera del hogar, todas estas situaciones jugando a manera de protección para el desarrollo infantil.

En cuanto al apartado de **riesgo en el ambiente familiar**, los ítems 32 y 34 muestran sensibilidad en ambas escalas; mientras que los ítems 31, 33 y 35 sólo en la escala mental. Estos reactivos nos hablan de la influencia positiva de ciertos aspectos que el entorno familiar promueve, tales como la promoción de relaciones y fuentes de apoyo del niño y su familia con su comunidad; la estimulación en el hogar; el tipo de relaciones que los demás miembros de la familia mantienen con el niño y la manera en que promueven un mejor desarrollo.

Respecto al apartado de **riesgo en el cuidador**, los ítems 40, 43 y 44 muestran influencia sólo en la escala mental. Estos reactivos se refieren al efecto positivo de una disciplina adecuada y el establecimiento de límites claros por parte de la madre, así como de una percepción acorde a la realidad sobre el comportamiento del niño, es decir esta percepción no se ve nublada por algún tipo de problema de salud mental materna o por la presencia de estrés, por ejemplo.

Por último, del apartado de **riesgo en el niño** se encuentra que el ítem 46 influye positivamente sobre el desarrollo mental, mientras que los ítems 47 y 48 sobre la escala motora. Como se ha mencionado anteriormente, la población estudiada representa un grupo de bajo riesgo biológico, por lo que los problemas temperamentales no los caracterizan principalmente, en su mayoría estos niños presentan un temperamento fácil, activo y con buena adecuación emocional.

A lo largo del trabajo y la experiencia en el CST1LSL se observó y detectó la presencia de niños que lograban puntajes de desarrollo normales pese a estar expuestos a múltiples riesgos psicosociales e incluso biológicos, por lo que se decidió realizar un análisis más profundo de la base de datos para detectar aquéllos “**niños resilientes**” y conocer ante qué tipo de riesgos se encontraban expuestos y que características tenían en común. Para formar parte de este constructo se tuvo como criterio principal el haber obtenido un ID mental y/o motor >85 (normal) pese a estar expuestos a distintos riesgos. Hay que recordar que la resiliencia implica no sólo la capacidad de hacer frente o resistir al riesgo sino también enriquecerse o salir favorecido ante una experiencia adversa (de Andraca et al., 1998, Munsit et al., 2003). La lactancia representa una etapa donde comienza la emergencia de características resilientes que van moldeando la autonomía y determinadas competencias sociales y cognitivas (Houck, 1999); aunque estas características temperamentales protectoras tienen una base genética son moldeadas principalmente por las experiencias ambientales sobre todo las que ocurren dentro de la familia. A partir de otro significativo (madre sensible y competente, redes sociales, etc.) se pone en marcha el proceso de construcción de la resiliencia, por lo tanto no podemos afirmar que se trata de niños

resilientes como tal sino más bien que reflejan los primeros esbozos del proceso de construcción de resiliencia, es decir, estos niños cuentan con determinados mecanismo protectores que fomentan actitudes resilientes.

Así, de estos niños detectados como “resilientes” se observa una tendencia a mantener o aumentar el ID (mental y/o motor) a lo largo de las valoraciones, la mayor parte de los niños se muestran principalmente resilientes ante una condición socioeconómica desfavorable, es decir pese a presentar un alto puntaje de riesgos socioeconómicos obtienen ID mentales y motores normales. Aunque se sabe del efecto adverso de un status socioeconómico bajo sobre el desarrollo y la calidad de vida en general, estos resultados concuerdan con otras investigaciones donde se ha observado que los niños logran un desarrollo mejor a lo esperado pese a vivir en condiciones desfavorables (De Andraca et al., 1998, Mengel y Linares, 2007, Peña et al., 2000, García y Domínguez, 2013). Seguida de la condición socioeconómica, estos 20 niños se muestran resilientes pese a recibir una estimulación en el hogar baja, esto se ve reflejado en ambas escalas; por último, respecto a los riesgos que propone la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo, este grupo se muestra resiliente pese a experimentar múltiples riesgos en el ambiente familiar.

Al analizar de manera más cuidadosa todas las valoraciones e instrumentos aplicados en este grupo representativo de la resiliencia fue posible observar condiciones que caracterizan a este grupo. En cuanto al **sexo** encontramos que en su mayoría se trata de mujeres (12), lo cual concuerda con los resultados de otros estudios donde las mujeres cuentan con mayores factores protectores internos y externos en comparación a los hombres, asimismo se muestran más empáticas (sensibilidad emocional, tendencia al cuidado y al apoyo, capacidad para detectar sentimientos, etc.) lo cual a su vez se relaciona con estereotipos de género en los cuales este tipo de comportamientos se aceptan y promueven más en la mujer que en el hombre (González-Arriata y Valdez, 2013). En otro estudio realizado por González y Valdez (2007), se encuentra que las niñas pueden llegar a ser más resilientes que los hombres al contar con una red de apoyo social más rica. Por rango de edad, se

observa que la presencia o fuerza de la resiliencia es más notoria en el grupo de 13-24 meses, en esta **edad** se muestran más vulnerables a las experiencias del medio pero también más sensibles a la estimulación potencial de éste. La mayor parte de estos niños (10) no presentó **riesgos perinatales**, 5 un riesgo y otros 5 más de tres riesgos biológicos a los cuales sin embargo se mostraron resilientes ya que presentaron un ID mental y/o motor normal pese a su condición. En los casos de “niños resilientes” que presentaron más de tres riesgos perinatales es necesario reconocer la presencia de otros factores que jugaron amortiguando los efectos negativos de los riesgos perinatales sobre el desarrollo, por ejemplo la presencia de una madre sensible y empática a las necesidades del niño, redes de apoyo social, etc.

Respecto a las **características maternas** resalta el hecho de que 16 de las madres de estos niños tienen entre 20-35 años de **edad**, el resto menos de 19 años; aunque la literatura habla del riesgo de ser madre adolescente (Balbernie, 2002, Villalón, 2000, Moreno et al., 2008, Díaz et al., 2006) en el caso de estas cuatro madres deben de estar presente factores protectores que hagan frente a las distintas dificultades que implica ser madre a edad temprana (mayor número de fuentes de apoyo, escolaridad, ambiente familiar funcional y organizado, etc.). Siguiendo con el **estado civil**, 10 viven en unión libre, 8 son casadas y 2 solteras, es decir, resalta la importancia de la presencia del padre o la pareja como factor protector para la crianza; de acuerdo a Vera y colaboradores (2010) la presencia y apoyo del padre influye de manera positiva durante el proceso de embarazo, parto y durante la crianza tanto emocional como económicamente, además para la madre el sentirse apoyada por su pareja repercute en su competencia y autoestima materna al desempeñar su labor. Respecto a la **ocupación materna**, 16 de las madres se dedican al hogar y 3 son estudiantes, en el primer caso nos podría hablar sobre la posibilidad de tiempo que puede tener la madre para llevar a cabo juegos y actividades que favorezcan un mejor desarrollo, en el caso de las madres estudiantes resulta favorecedor el buscar esa superación académica, implica un mayor acceso a la información relacionada al desarrollo infantil y una mayor oportunidad para acceder a un trabajo que permita la

manutención de su familia, además de repercutir positivamente sobre la autoestima materna y por ende en la crianza. En cuanto a la **escolaridad** de ambos padres, 10 de las madres cuentan con preparatoria o más y 10 de los padres con secundaria o preparatoria incompleta, aunque en ambos casos también existen madres/padres con primaria incompleta (2 y 1 respectivamente), ello nos habla de la gran importancia de la escolaridad sobre el desarrollo (Osorio et al., 2010) pero también de la presencia de otros factores que pueden llegar a amortiguar o compensar el efecto de una baja escolaridad.

Esta serie de factores o condiciones mencionadas jugaron a manera de protección para el desarrollo de este grupo de 20 niños, se podría decir que la principal fortaleza de estos fue su capacidad cognitiva, el hecho de que su desarrollo mental (y motor en otros casos) se viera enriquecido pese a estar expuesto a múltiples situaciones de riesgo. Asimismo se observó como otros factores presentes o configuradores del contexto sociofamiliar del niño ejercieron una influencia positiva sobre el desarrollo.

Aunque los resultados encontrados en relación a los factores protectores y niños resilientes no son determinantes sino más bien un ejercicio exploratorio, estos hallazgos generan nuevas preguntas y posibles líneas de investigación (qué características de personalidad maternas y paternas son promotoras de un desarrollo integral, sobre qué aptitudes parentales es posible trabajar y potencializar, etc.). Asimismo nos hablan de la pertinencia de partir de un enfoque en donde se considere la multicausalidad del desarrollo en donde se tome en cuenta la presencia e influencia tanto de riesgos biológicos como psicosociales pero también donde se parta de las posibilidades y aptitudes del niño, la familia y la comunidad para brindar así una visión optimista y positiva del desarrollo.

10. Conclusiones

El objetivo principal de esta investigación fue conocer la asociación entre el desarrollo de un grupo de niños de 0 a 35 meses de edad con los factores de riesgo psicosocial y los factores protectores. En el presente apartado se hablará primeramente sobre los principales hallazgos obtenidos en esta investigación, seguido de las limitaciones encontradas y por último de las propuestas que se pueden llevar a cabo tanto en futuras investigaciones como en la práctica diaria en pro de un desarrollo integral que considere tanto los riesgos como las posibilidades individuales y comunitarias, así como las características y necesidades socioculturales de cada escenario.

Respuesta a los objetivos/Resultados encontrados.

*El grupo de niños estudiados y sus familias representan una población de alto riesgo psicosocial principalmente debido a su desfavorable condición socioeconómica, lo cual repercute en su desarrollo caracterizándose éste por presentar retrasos que van de ligeros a significativos; de manera general, el desarrollo motor se ve mayormente impactado. Estos retrasos pueden tener una etiología de tipo social lo cual habla de la importancia y necesidad de la intervención y atención temprana en este tipo de poblaciones donde se reconozca la influencia de los distintos entornos o fuentes de interacción del ambiente psicosocial en los que se ve inmerso el niño y su familia.

*Por rangos de edad se encuentran los ID más bajos en el grupo de 25-35 meses, pues son aquéllos niños que desde un inicio mostraron evidentes retrasos en su desarrollo por lo que necesitaron un mayor seguimiento y una atención más cercana, lo que lleva a preguntarnos ¿Cuál es la causa(s) de estos retrasos? ¿Por qué el estar insertos en los grupos de estimulación y asistir a las valoraciones no tiene el efecto deseado sobre el desarrollo? En cambio el grupo de 13-24 meses es el que presenta los mejores ID, esto puede ser explicado por un mayor tiempo de exposición al programa tanto del niño como de su familia quien a lo largo de su participación va aprendiendo e introyectando conocimiento e información en pro al desarrollo infantil.

*De acuerdo a la clasificación de riesgo que propone la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo, el riesgo psicosocial tiene un mayor impacto sobre el desarrollo mental, sobre todo el riesgo presente en la interacción cuidador-niño, en el ambiente familiar y en el cuidador. Estos datos nos hablan de la importancia de la madre (por lo general la cuidadora principal) sobre el desarrollo infantil, características sociodemográficas y de personalidad influirán en la manera en que interactúe con su hijo, asimismo la presencia de redes de apoyo social, su estado de salud mental. Del mismo modo, lo hará el ambiente familiar en el que viva el niño, las relaciones que establece con los demás miembros de la familia así como con su vecindario, la manera en que la familia se organiza para las distintas tareas relacionadas a la crianza y desarrollo, etc.

→ Las diferencias presentadas en el desarrollo mental de acuerdo al riesgo psicosocial fueron más notables y significativas para el grupo de 13-24 meses, esto puede deberse a que existe un mayor tiempo de exposición por parte del niño y su familia a los elementos de riesgo presentes en su contexto; además, en esta etapa, los avances en el desarrollo infantil hacen del niño más consciente de su mundo, ello le permite una mayor comprensión de su realidad y por lo tanto una mayor participación en su medio.

*Respecto a la estimulación y ambiente en el hogar este grupo de niños en general reciben una estimulación baja, teniendo un impacto principal sobre su desarrollo motor; sin embargo, a medida que el niño va creciendo va recibiendo una mejor estimulación en casa, pues la madre al estar expuesta a los grupos de estimulación temprana y a las valoraciones del desarrollo va enriqueciendo su conocimiento sobre el desarrollo infantil repercutiendo positivamente sobre la manera en que estimula a su hijo.

→ Siguiendo con la estimulación en el hogar, se encontró que determinadas características maternas ejercen un efecto positivo sobre esta variable:

- Las madres mayores de 36 años obtienen mejores puntajes en la subescala de responsividad y organización, esto puede deberse a que posiblemente al

no ser madres primerizas (en la mayoría de los casos) cuentan con mayor experiencia y conocimiento sobre temas relacionados con la crianza, haciéndolas más sensibles y competentes ante las necesidades físicas y afectivas de su hijo, es posible que cuenten con herramientas adecuadas que les permitan organizar mejor su ambiente en pro del desarrollo.

- Las madres sin cónyuge obtienen mejores puntajes en el Inventario HOME; estas madres solteras logran una funcionalidad familiar compensando las dificultades tanto de apoyo como económicas que implica la ausencia del padre; además es posible que cuenten con un mayor número de redes de apoyo social que ayuden en la crianza y generen situaciones variadas propias de la estimulación y el aprendizaje.
- En cuanto a la ocupación materna, la mayor parte de las madres se dedican al hogar, no obstante, las que brindan una mejor estimulación son funcionarias o profesionistas, es probable que ellas cuenten con un mayor conocimiento sobre la infancia lo que las hace más competentes y proactivas para la estimulación brindando un tiempo de calidad y no de cantidad.
- La escolaridad materna representó una variable de gran peso para el desarrollo infantil y para la estimulación en el hogar; una mayor escolaridad provee a la madre de un mayor acceso al conocimiento relacionado a la infancia lo que la hace más competente y hábil para movilizar recursos a favor de ella y sus hijos así como para enfrentar situaciones de adversidad.

*Una mayor frecuencia de riesgos socioeconómicos se asoció a un peor desarrollo mental y motor en la mayoría de los casos, afectando mayormente la escala mental; este resultado nos habla que es más la coexistencia de múltiples riesgos que la presencia de uno solo lo que tiene repercusiones sobre el desarrollo. También se encontró una asociación entre una condición socioeconómica desfavorable y una estimulación en el hogar baja, cuando los padres no cuentan con los recursos intelectuales y económicos necesarios su acceso a la información así como a materiales de juego apropiados se ve reducido; esta situación también limita la

posibilidad de la familia para acceder a actividades culturales y de entretenimiento que generan un sinnúmero de experiencias y aprendizajes.

*La presencia de riesgos perinatales en esta población tiene consecuencias en el desarrollo mental y motor, sin embargo éste último se ve mayormente afectado. Los primeros dos años de vida se reconocen como un periodo sensoriomotor donde el niño explora su ambiente principalmente mediante conductas motoras, cuando existen riesgos perinatales el desarrollo de las habilidades psicomotrices se puede ver limitado o afectado.

*Identificar y reconocer aquéllos atributos individuales, familiares y comunitarios que permiten enfrentar exitosamente el riesgo (factores protectores) y que promueven actitudes y comportamientos resilientes resulta un elemento importante durante la intervención y atención temprana brindando una mirada más positiva sobre el desarrollo. Los factores protectores no son unitarios o lineales, dependen de características individuales y contextuales. Medir un factor protector resulta una tarea difícil, sobretodo en niños de 0-35 meses de edad, en este proyecto no se utilizó una prueba en específico dirigida a identificar dichos factores pero se aprovechó la presencia de ciertos ítems para identificar atributos que estuvieran fungiendo a manera de protección o aptitudes parentales presentes en esta población que se relacionarán a mejores ID. Al respecto, la influencia de un factor sobre otro depende de la presencia de “variables moduladoras”, en este caso se consideró como tales a la estimulación y ambiente en el hogar, y a los apartados de interacción en el ambiente familiar, interacción entre madre e hijo y el riesgo en el cuidador. Estas variables median el efecto del riesgo socioeconómico y de características sociodemográficas propias de entornos empobrecidos sobre el desarrollo mental y motor. Para los programas de atención temprana del desarrollo infantil esto resulta de importancia pues nos habla sobre los posibles ámbitos donde es posible y necesario intervenir desde la perspectiva y situación del profesional de salud.

→Se encontró que la competencia y la sensibilidad materna promueven una mejor interacción y la formación y establecimiento de un vínculo seguro (elemento promotor de resiliencia), ello a su vez repercute en un mejor desarrollo mental y motor. Estas habilidades maternas pueden ser fruto de la propia personalidad o historia de la madre, pero también producto del conocimiento y aprendizaje adquirido de la exposición a los grupos de estimulación y valoraciones del desarrollo los cuales representan a su vez una fuente de apoyo social que brinda acceso a la información.

- La presencia de materiales de juego apropiados a la edad y posibilidades del niño, así como la promoción de la lectura resultaron promotores del desarrollo.
- El que la familia se organice adecuadamente para llevar a cabo las tareas relacionadas con la crianza genera estabilidad y predictibilidad del ambiente. Asimismo, el que los demás miembros de la familia promuevan la autonomía en el niño y lo involucren en las distintas tareas del hogar así como en contextos externos resultan promotores de un mejor desarrollo.

*Aunque no formó parte de los objetivos, a lo largo del trabajo se reconoció la presencia de “niños resilientes” y surgió el interés de conocer ante que riesgos presentaban esta cualidad y qué características tenían en común. La resiliencia no es una capacidad con la que se nazca, es necesaria su promoción desde los primeros años de vida, la lactancia representa una excelente etapa para ir forjando la autonomía e independencia en el niño, así como la formación de competencias sociales y cognitivas propias de la resiliencia.

- Para esta población la condición socioeconómica representa uno de los principales riesgos, sin embargo aunque muchos de los niños se ven afectados por ello también encontramos aquéllos que se sobreponen a esta condición adversa logrando un desarrollo normal.
- El grupo de niños resilientes cuenta con una característica protectora principal, su capacidad intelectual o cognitiva, pese a estar expuesto a uno o múltiples riesgos psicosociales logran ID mentales y/o motores normales los cuales mantienen o aumentan a lo largo de las valoraciones.

- Las mujeres resultaron ser más resilientes, lo cual es congruente con resultados de otras investigaciones.
- El rango de edad de 13-24 meses fue aquél donde se encontraron la mayor parte de las valoraciones donde los niños resultaban resilientes.
- La presencia del padre/pareja resulta un factor en común dentro de la muestra de niños resilientes, el apoyo emocional y económico por parte del padre resulta un elemento protector para el desarrollo infantil.
- La mayor parte de las madres de los niños resilientes contaban con una escolaridad de preparatoria o más, lo que resalta de nuevo la importancia de la escolaridad materna sobre el desarrollo infantil.

*El estar expuesto y participar en los grupos de estimulación y en las valoraciones representa un factor protector para el desarrollo de estos niños y sus familias. Además de tener beneficios directos sobre el desarrollo, el formar parte de un programa representa una fuente de apoyo social que provee conocimiento e información en pro del desarrollo y favorece la formación de lazos y/o redes sociales entre la comunidad.

*Podemos confirmar la hipótesis de que a mayor número de riesgos psicosociales y menor presencia de factores protectores la frecuencia de retrasos en el desarrollo será mayor y viceversa; del balance entre los procesos de riesgos y protección dependerá el porvenir del individuo; al analizar la influencia de los factores de riesgo psicosocial sobre el desarrollo se observa en los resultados que para que exista una perturbación clara en el desarrollo deben coexistir múltiples riesgos.

Limitaciones.

*Variables como la de apoyo social y violencia intrafamiliar fue imposible describirlas, al no contar con un instrumento que las midiera en específico.

*Los resultados pudieron haber sido más completos y generalizables si todos los expedientes hubieran contado con todos los instrumentos utilizados; por ejemplo, en el caso del Inventario HOME debido a la falta de tiempo y recursos humanos fue

imposible su aplicación a todos los niños que asistían al CST1LSL. Asimismo, hubiera sido interesante aplicar al menos cada 6 meses el formato socioeconómico y el Inventario HOME para conocer posibles cambios en determinadas variables (p.ej. escolaridad de la madre/padre, estado civil, ingreso familiar, estimulación, etc.); la vida de las personas cambia de un momento a otro, es necesario detectar estos cambios para conocer de qué manera operan sobre el desarrollo.

Propuestas de investigación e intervención práctica.

*Dentro de los factores de riesgo psicosociales estudiados encontramos factores modificables (susceptibles de cambio mediante prevención o intervención temprana para evitarlos, minimizarlos o eliminarlos) y no modificables (relacionados con la individualidad como el sexo o edad, o que salen de las posibilidades de intervención o prevención como la condición socioeconómica de la familia). Por lo tanto las intervenciones y programas dirigidos a la promoción del desarrollo infantil deben estar enfocados a contrarrestar aquéllos riesgos modificables mediante talleres teórico-prácticos dirigidos a los padres y madres así como a familiares (además del trabajo e intervención directa con el niño), en los que se aborden temas tales como los estilos parentales y de crianza positivos, salud mental del cuidador primario, estimulación en el hogar, prevención de la violencia, donde se promueva la formación de redes de apoyo social y principios de resiliencia familiar. Además de promover el desarrollo de nuevas habilidades en los padres de familia, es importante reconocer aquéllas existentes y reforzarlas; cuando los padres adquieren nuevos conocimientos y se reconocen los previos se sienten más comprometidos con el desarrollo de sus hijos. La intervención debe ser llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, guiada por enfoques teóricos y de intervención claros.

*Se debe considerar y partir de los resultados de las investigaciones realizadas con esta población en específico con la finalidad de abrir nuevas líneas de investigación que tengan como objetivo trabajar o intervenir en aquéllas condiciones/situaciones que afectan el desarrollo de este grupo.

*El estudio de los factores protectores y la resiliencia debe ser abordado desde una perspectiva más cualitativa para conocer de manera más clara cómo juegan estos factores a lo largo del tiempo, cómo ocurre el cambio de factor de riesgo a factor protector repercutiendo positivamente en el desarrollo. Un estudio longitudinal podría ayudar a conocer el rol de estos factores a través del tiempo así como a determinar qué mecanismos están incidiendo de manera positiva y/o negativa sobre el desarrollo en determinado momento de la vida del niño.

*El Modelo de la Resiliencia puede ser un punto de partida para los profesionales dedicados a la infancia y a la familia que los invita a centrar las intervenciones en las posibilidades y cualidades de la persona, familia y la comunidad; cambiar el enfoque de riesgo a protección, de víctima a capacidad, brindándole al individuo una mirada más optimista sobre su futuro, en la que el riesgo no represente una barrera sino una posibilidad de crecimiento y aprendizaje

11.- Referencias.

1. Ainsworth, S, Mary. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025. Recuperado de http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/attach_depend.pdf
2. Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). Test psicológicos. Pruebas para poblaciones especiales. México: Ed. Prentice Hall, pp.234-247. Recuperado de <http://books.google.com.mx>
3. Andraca de, I., Pino, P., de La Parra, A., Rivera, F., y Castillo, M. (1998). Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas. *Revista de Saúde Pública*, 32(2), 138-147. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/24358>
4. Arcos G, Estela, Uarac U, Myrna, y Molina V, Irma. (2003). Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Revista médica de Chile*, 131(12), 1454-

1462. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0034-98872003001200014yIng=esytIng=es. DOI: 10.4067/S0034-98872003001200014.
5. Balbernie, R. (2002). An infant in context: Multiple risks, and a relationship. *Infant Mental Health Journal*, 23(3), 329-341. DOI: 10.1002/imhj.10019
 6. Barceleta E, B.E. y Álvarez A, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología* 13, 35-45. Recuperado de <http://201.234.78.173:8084/publindex/docs/articulos/0123-9155/1/2.pdf>
 7. Barón, J. G. P., Castellanos, P. M. J., Molina, J. J. P., Moore, E. G. P., Martínez, D. P., y Figueroa, N. A. Q. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecol Obstet Mex*, 80(11), 694-704. Recuperado de <http://www.medigraphic.com>
 8. Bayley N. et al. (1993). Escala de Desarrollo Infantil de Bayley II. Traducción y adaptación por el departamento de Neurobiología del Desarrollo del Instituto Nacional de Perinatología.
 9. Booth, J., Ayers, S. L., y Marsiglia, F. F. (2012). Perceived Neighborhood Safety and Psychological Distress: Exploring Protective Factors. *J. Soc. y Soc. Welfare*, 39(4), 137. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com>
 10. Bryan, A. E., y Dix, T. (2009). Mothers' emotions and behavioral support during interactions with toddlers: The role of child temperament. *Social Development*, 18(3), 647-670. DOI: 10.1111/j.1467-9507.2008.00502.x
 11. Burt, S., Klahr, A. M., Neale, M. C., y Klump, K. L. (2013). Maternal warmth and directiveness jointly moderate the etiology of childhood conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(10), 1030-1037. DOI: 10.1111/jcpp.12095
 12. Caldwell y Bradley (1992) Home Observation for Measurement of the Environment, Inventario para evaluar el ambiente familiar. Adaptada por Joaquín Cravioto Muñoz.

13. Campero, L., Walker, D., Hernández, B., Espinoza, H., Reynoso, S., y Langer, A. (2006). La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud Pública de México*, 48, s297-s306. Recuperado de <http://scielo.unam.mx>
14. Calkins, S.D. (2011). El temperamento y su impacto en el desarrollo infantil: comentarios sobre Rothbart, Kagan y Eisenberg. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia*. Recuperado de: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/CalkinsESPxp1.pdf>
15. Choe, D. E., Olson, S. L., y Sameroff, A. J. (2013). Effects of early maternal distress and parenting on the development of children's self-regulation and externalizing behavior. *Development and Psychopathology*, 25(02), 437-453. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579412001162>
16. Collado, S. P. P., y Villanueva, L. A. E. (2007). Relación entre la violencia familiar durante el embarazo y el riesgo de bajo peso en el recién nacido. *Ginecol Obstet Mex*, 75, 259-67. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom075e.pdf>
17. Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI) (2014). Salarios mínimos generales por áreas geográficas 1992-2014. Recuperado de http://www.conasami.gob.mx/pdf/salario_minimo/sal_min_gral_area_geo.pdf
18. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (2013). Pobreza en México. Resultados de pobreza en México 2012 a nivel nacional y por entidades federativas. Recuperado de <http://www.coneval.gob.mx>
19. Consejo Nacional de Población, CONAPO (2012). Situaciones de violencia intrafamiliar. Recuperado de : http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Tipos_de_violencia 26/2/14
20. Correa, C.B., Herrera, M. O., y Mathiesen, M. E. (2001). Calidad del ambiente del hogar: inventario HOME como un instrumento de medición. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, (27), 7-22. Recuperado de <http://www.scielo.cl/>

21. Crittenden, P. M. (1985). Social networks, quality of child rearing, and child development. *Child Development*, 1299-1313. Recuperado de <http://www.jstor.org>
22. Crnic, K. A., Greenberg, M. T., y Sloug, M. (1986). Early Stress and Social Support Influences on Mother's and High-Risk Infants' Functioning in Late Infancy. *Infant Mental Health Journal*, 7(1). Recuperado de <http://researchgate.net>
23. Cuevas, P. G., Trapero, M. V., y Sáenz-rico de Santiago, B. (1993). Proyecto de intervención temprana para niños de alto riesgo biológico, ambiental y con alteraciones o minusvalías documentadas. *Revista Complutense de Educación*, 4(2), 113-129. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/18771>
24. Cumsille, P., y Ramírez, V. (2011). Evaluación de un programa comunitario destinado a favorecer el desarrollo psicosocial de madres adolescentes y sus hijos. *Psykhé*, 8(2). Recuperado de <http://www.psykhe.cl/>
25. Cyrulnik, B. (2008). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. España: Gedisa
26. Díaz H, Á., Pérez L, J., y Sánchez M, J. (1999). Relaciones entre irritabilidad neonatal y reacciones temperamentales hacia objetos físicos. *Anu. Psicol*, 30(3), 59-70. Recuperado de <http://researchgate.net>
27. Díaz F., E. C., Rodríguez P., M. L., Mota G., C., Espíndola H., J. G., Meza R., P., y Zárate-T., T. A. (2006). Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. *Perinatología y Reproducción humana*, 20(4), 80-90. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx>
28. Dunst, C. J. (2002). Family-centered practices birth through high school. *The Journal of Special Education*, 36(3), 141-149. doi: 10.1177/00224669020360030401
29. Dunst, C. J., 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. Recuperado de <http://tec.sagepub.com>

30. Dunst, C. J., Trivette, C. M., y Cross, A. H. (1986). Mediating influences of social support: Personal, family, and child outcomes. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 403-417. Recuperado de <http://psycnet.apa.org>
31. Fish, M. (2001). Attachment in low-SES rural Appalachian infants: Contextual, infant, and maternal interaction risk and protective factors. *Infant Mental Health Journal*, 22(6), 641-664. DOI: 10.1002/imhj.1024
32. Fuente de la Galea, B. (2008). Un enfoque preventivo en trastornos del desarrollo: trabajo clínico con lactantes. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, (12), 51-60. Recuperado de <http://www.fundacioorienta.com>
33. García-Vesga, M. C., y Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(1). Recuperado de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/>
34. García, B., y De Oliveira, O. (2005). Mujeres jefas de hogar y su dinámica familiar. Universidad Autónoma del Estado de México, *Papeles de Población*, (12), 29-51. Recuperado de: <http://www.cimac.org.mx>
35. González S. C., Hidalgo M. M. D., Carranza C. J. A., y Ato G. M. (2000). Elaboración de una adaptación a población española del cuestionario Infant Behavior Questionnaire para la medida del temperamento en la infancia. *Psicothema*, 12(4), 513-519. Recuperado de: <http://www.psicothema.com>
36. González, N. I., y Valdez, J. L. (2007). Resiliencia en niños. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 38-50. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx>
37. González-Arratia L. F. N. I., y Valdez M. J. L. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 941-955. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx>
38. Gracia, E., y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista*

- Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org>
39. Herrera, M. I. R., De Gregori, M. E. M., y Garbarini, M. O. H. (2005). Relaciones entre algunas características de la familia del preescolar y su desempeño escolar posterior. *Revista Enfoques Educativos*, 7(1), 105-123. Recuperado de <http://www.oei.es>
40. Houck, G. M. (1999). The measurement of child characteristics from infancy to toddlerhood: Temperament, developmental competence, self-concept, and social competence. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 22(2-3), 101-127. doi:10.1080/014608699265329
41. Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L., y Piha, J. (1999). Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 8(4), 268-275. DOI 10.1007/s00787005010
42. Hwang, A. W., Soong, W. T., y Liao, H. F. (2009). Influences of biological risk at birth and temperament on development at toddler and preschool ages. *Child: Care, Health and Development*, 35(6), 817-825. DOI: 10.1111/j.1365-2212
43. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de Relaciones en los Hogares 2006. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>
44. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo de Población y Vivienda 2010. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx>
45. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2003). Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres. México, D.F. recuperado de <http://www.mujerysalud.gob.mx/>
46. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2013). Estadísticas a propósito del día internacional para la erradicación de la pobreza.
47. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2013). Estadísticas a propósito del día de la madre. Datos nacionales. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/>

48. Jasso, I. M., y Becerra, P. A. V. (2003). La alimentación en México: un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. *Notas: Revista de Información y Análisis*, (21), 26-37. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/667/>
49. Kohen, D.E., Leventhal, T., Dahinten, V.S., y McIntosh, C.N. (2008). Neighborhood disadvantage: Pathways of effects for young children. *Child Development*, 79(1), 156-169. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2007.01117.x
50. Kotliarenko, M. A., Cáceres, I., y Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.uai.edu.ar>
51. Ley Federal del Trabajo. Cámara de diputados del H. Congreso de la unión. Secretaría general. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Última reforma DOF 30-11-12 22 de 235. <https://www.personal.unam.mx/dgpe/docs/leyFedTrabajo.pdf>
52. Maldonado-Durán, J. M., Saucedo, J. M., Lartigue, T., y Karacostas, V. (2002). La salud mental del bebé. Nuevas evidencias. *Salud Mental*, 25(6), 59. Recuperado de <http://www.medigraphic.com>
53. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado, DSM-IV-TR. (2005). España: Masson.
54. Martínez T., MA, Guerrero, C.A., Gutiérrez T., X.F., Bandera T., G.L., Olivo T., R.O., y Castrellon D., P.G. (2001). Cédula socioeconómica comparada con estudio social. Análisis en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediátrica de México*, 22(2), 118-121. Recuperado de <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx>
55. Mazzoni, C. C., Stelzer, F., Cervigni, M. A., y Martino, P. (2014). Impacto de la pobreza en el desarrollo cognitivo: un análisis teórico de dos factores mediadores. *Liberabit*, 20(1), 93-100. Recuperado de <http://www.scielo.org>
56. Mengel, M. R. S., y Linhares, M. B. M. (2007). Risk factors for infant developmental problems. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(SPE), 837-842. Recuperado de <http://www.scielo.br>

57. Miser, T. M., y Hupp, J. M. (2012). The influence of socioeconomic status, home environment, and childcare on child language abilities. *Current Psychology*, 31(2), 144-159. DOI 10.1007/s12144-012-9139-0
58. Moreno Mora, R., Blas Aedo, L. L., y Pérez Díaz, C. B. (2013). Caracterización biopsicosocial de niños menores de 5 años con retardo en el neurodesarrollo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(4), 0-0. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>
59. Moreno M, R., Pérez D, C., Hernández M, N., y Álvarez T, I. (2008). Impacto de un proyecto comunitario de estimulación temprana en el neurodesarrollo en niños de la Habana vieja. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(4), 0-0. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>
60. Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez, E. N., Infante, F., y Grotberg, E. (2003). Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.[Sitio en Internet] Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www2.paho.org>
61. Osorio, E., Torres-Sánchez, L., Hernández, M. D. C., López-Carrillo, L., y Schnaas, L. (2010). Estimulación en el hogar y desarrollo motor en niños mexicanos de 36 meses. *Salud pública de México*, 52(1), 14-22. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx>
62. Peña, R., Wall, S., y Persson, L. A. (2000). The effect of poverty, social inequity, and maternal education on infant mortality in Nicaragua, 1988-1993. *American Journal of Public Health*, 90(1), 64. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
63. Pérez L., J., Brito, A. G., Martínez F., M. T., Díaz H., Á., Sánchez C., J., Fernández R., F. J., y Casbas G., I. (2012). Las escalas Bayley BSID-I frente a BSID-II como instrumento de evaluación en Atención Temprana. *Anales de Psicología*, 28(2), 484-489. Recuperado de <http://www.redalyc.org>
64. Pizur-Barnekow, K. (2006). Maternal attitudes and self-definition as related to perceptions of infant temperament. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 494-499. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es>

65. Repetur, K., y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: La importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 2-15. Recuperado de <http://www.revista.unam.mx/>
66. Rivera, R., y Sánchez, C. (2009). Vigilancia del desarrollo integral del niño. México: Editores de textos mexicanos S.A. de C.V.
67. Rodríguez S., R.S. (2009). Hacia una nueva generación de mexicanos. Secretaría de Salud. <http://www.docstoc.com/docs/96137071/PROYECTO-HACIA-UNA-NUEVA-GENERACION-DE-MEXICANOS>
68. Rojas, O. L. (2013). *Relación entre la participación en un programa de vigilancia y promoción, el desarrollo infantil y la calidad de vida del cuidador* (Tesis de maestría). Maestría en Rehabilitación Neurológica, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, ciudad de México.
69. Rutter M., Giller H., y Hagell A. (2000). La conducta antisocial de los jóvenes. *Universidad de Cambridge*. Cambridge (Inglaterra). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es>
70. Sameroff J. A, Seifer, R., Barocas, R., Zax, M., y Greenspan, S. (2001). Intelligence Quotient Scores of 4-Year-Old Children: Social-Environment Risk Factors. *Pediatrics* 79(3), 343-350. Recuperado de <http://pediatrics.aappublications.org>
71. Sánchez, F. A. G. (2003). Objetivos de futuro de la atención temprana. *Revista de Atención Temprana*, 6(1), 32-37. Recuperado de <https://webs.um.es/fags/docs/>
72. Sánchez P. M.C., Mandujano V. M, Rivera G., R. Soto V. F., Martínez, I., Figueroa O. M., y Muñoz-Ledo R., P. (2008). El desarrollo integral del niño en el ciclo de vida y su cuidado. Laboratorio de Seguimiento del Neurodesarrollo. *Revista Ciencias Clínicas*, 9(2), 43-51. Recuperado de <http://www.imbiomed.com>
73. Schapira, I., Roy, E., Coritgiani, N., Aspres, N., Benítez, A., Galindo, A., y Acosta, L. (1998). Estudio prospectivo de recién nacidos prematuros hasta los 2 años:

- evaluación de un método de medición del neurodesarrollo. *Rev Hosp Matern Infant Ramòn Sardá*, 17(2), 52-8. Recuperado de <http://www.sarda.org.ar>
74. Schteingart, J. S., Molnar, J., Klein, T. P., Lowe, C. B., y Hartmann, A. E. (1995). Homelessness and child functioning in the context of risk and protective factors moderating child outcomes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(3), 320-331. DOI:10.1207/s15374424jccp2403_9
75. Soler L., K. M., Rivera G., I. R., Figueroa O., M., Sánchez P., L., y Sánchez P., M. D. (2007). Relación entre las características del ambiente psicosocial en el hogar y el desarrollo psicomotor en el niño menor a 36 meses de edad. *Boletín Médico Hospital Infantil México*, 64, 273-287. Recuperado de <http://www.medigraphic.com>
76. Suárez O., E. N. (1999). Desarrollo integral del niño. In *OPS Series HCT/AIEPI* (Vol. 4, pp. 55-74). OPS. Recuperado de <http://bases.bireme.br>
77. Tracy, R. L., y Ainsworth, M. D. S. (1981). Maternal affectionate behavior and infant-mother attachment patterns. *Child Development*, 1341-1343. Recuperado de <http://www.jstor.org>
78. Trapero, M. V. (2010). Evaluación del niño pequeño que se desvía de la normalidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. (50) 101-107. Recuperado de <http://www.sepypna.com>
79. Uriarte Arciniega, J. D. D. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 19, 61-80. Recuperado de <http://www.addima.org>
80. Vargas R. J. y Arán F. V. (2014). Importancia de la Parentalidad para el Desarrollo Cognitivo Infantil: una Revisión Teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12 (1), 171-186. Recuperado de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/>
81. Vera N., J. Á., Torres Á., M. Á., Rodríguez C., C. K., y Siqueiros A., J. P. (2010). Prácticas de estimulación y promoción del desarrollo infantil en la etnia Mayo. *Psico USF*, 15(3), 365-377. Recuperado de <http://www.scielo.br>

82. Villalón, P. S. R. (2000) Factores de riesgo del desarrollo en la primera infancia. Recuperado de <http://www.sepeap.org>
83. Willerman, L., Broman, S. H., y Fiedler, M. (1970). Infant development, preschool IQ, and social class. *Child Development*, 41(1), 69-77. Recuperado de <http://www.jstor.org>
84. Zañabúa S., M., Márquez C., M. E., Pérez M., A., y Méndez R., I. (2007). Consistencia interna a lo largo de un año del Inventario HOME-Infantes en un grupo de niños de la Ciudad de México y zona metropolitana. *Salud Mental*, 30(2), 67-73. Recuperado de <http://www.medigraphic.com>
85. Página web de la Delegación Iztapalapa. www.iztapalapa.gob.mx.
86. Manual Cartillas de Vigilancia del Desarrollo (2009) Sistema de Vigilancia y Promoción del Desarrollo Infantil del Niño” (SIVIPRODIN), Laboratorio de Seguimiento de Neurodesarrollo (LSND) del Instituto Nacional de Pediatría (INP). Instrumento no publicado.

12.- Anexos.

12.1- Análisis de 20 casos por rangos de edad y número de valoración, de los puntajes de *ID Mental y/o Motor >85* y los *Riesgos Psicosociales* presentes.

Expediente	N° valoración y rango de edad	Riesgo psicosocial global	Riesgo en la interacción cuidador-niño	Riesgo en el ambiente familiar	Riesgo en el cuidador	Puntaje de riesgo socioeconómico	Inventario HOME	Madres menores de 19 años de edad	Madres con baja escolaridad	Riesgo perinatal
27005	1 0-6 m					ID mental 85 ID motor 98	ID mental 85 ID motor 98			
	2 7-12 m					ID mental 85 ID motor 97	ID mental 85 ID motor 97			
	3-4									
	5 13-24 m					ID mental 89	ID mental 89			
	6									
	7 13-24m					ID mental 85	ID mental 85			
	8 13-24 m					ID motor 85				
37114	1-2									
	3 13-24 m							ID mental 90		
	4									
	5 13-24 m						ID mental 114 ID motor 86	ID mental 114		
	6									
	7 13-24 m						ID motor 90			

Expediente	N° valoración y rango de edad	Riesgo psicológico global	Riesgo en la interacción cuidador-niño	Riesgo en el ambiente familiar	Riesgo en el cuidador	Puntaje de riesgo socioeconómico	Inventario HOME	Madres menores de 19 años de edad	Madres con baja escolaridad	Riesgo perinatal
42558	1-2-3									
	4 7-12 m					ID mental 88	ID mental 88			
	5 13-24m					ID mental 93	ID mental 93			
	6 13-24m					ID mental 90	ID mental 90			
	7									
	8 13-24m					ID motor 87	ID motor 87			
43885	1									
	2 13-24m					ID mental 89				ID mental 89
	3 13-24m					ID mental 95 ID motor 101				ID mental 95 ID motor 101
	4 13-24m					ID motor 86				ID motor 86
461	1-2									
	3 7-12m	ID mental 85		ID mental 85		ID mental 85 ID motor 94				
	4 7-12m					ID mental 94 ID motor 85				
	5 7-12m			ID mental 85		ID mental 85 ID motor 87				

Expediente	N° valoración y rango de edad	Riesgo psicológico global	Riesgo en la interacción cuidador-niño	Riesgo en el ambiente familiar	Riesgo en el cuidador	Puntaje de riesgo socioeconómico	Inventario HOME	Madres menores de 19 años de edad	Madres con baja escolaridad	Riesgo perinatal
99909	1-2									
	3 0-6m								ID motor 90	
	4 7-12m								ID motor 93	
	5 13-24m	ID mental 92		ID mental 92					ID mental 92 ID motor 102	
	6 13-24m								ID mental 87 ID motor 86	
99907	1									
	2 13-24m					ID mental 101		ID mental 101		
	3 13-24m					ID mental 87 ID motor 85		ID mental 87		
	4 13-24m					ID mental 87		ID mental 87		
42441	1									
	2 7-12m					ID motor 88				
	3 7-12m					ID mental 88 ID motor 95				
	4 13-24m		ID mental 89			ID mental 89 ID motor 98				

Expediente	N° valoración y rango de edad	Riesgo psicosocial global	Riesgo en la interacción cuidador-niño	Riesgo en el ambiente familiar	Riesgo en el cuidador	Puntaje de riesgo socioeconómico	Inventario HOME	Madres menores de 19 años de edad	Madres con baja escolaridad	Riesgo perinatal
486	1 0-6m					ID mental 95 ID motor 95				
	2									
	3 7-12m			ID mental 89		ID mental 89 ID motor 88				
	4									
35920	1									
	2 0-6m						ID mental 93	ID mental 93		
	3 7-12 m						ID mental 107 ID motor 97	ID mental 107		
391	1 0-6m					ID mental 85				
	2 0-6m					ID mental 87				
	3 7-12m					ID mental 87				
	4									
	5 13-24m					ID mental 103				
	6 13-24m					ID mental 95				
	7-8									
313	1									
	2 0-6m		ID mental 85	ID mental 85						
	3									
	4 7-12m			ID mental 88						
	5 7-12m		ID mental 107		ID mental 107					

Expediente	N° valoración y rango de edad	Riesgo psicosocial global	Riesgo en la interacción cuidador-niño	Riesgo en el ambiente familiar	Riesgo en el cuidador	Puntaje de riesgo socioeconómico	Inventario HOME	Madres menores de 19 años de edad	Madres con baja escolaridad	Riesgo perinatal
43177	1-2-3-4-5									
	6 13-24m					ID mental 97				
	7 13-24m					ID mental 88				
	8 13-24m					ID mental 89 ID motor 90				
47511	1									
	2 0-6m			ID mental 89		ID mental 89				
	3 7-12m					ID mental 85				
	4 7-12m					ID motor 85				
44343	1-2									
	3 7-12m			ID mental 90		ID mental 90				
	4 13-24m					ID mental 94				
39851	1-2-3									
	4 7-12m					ID mental 93				
	5 13-24m					ID mental 97				
	6 13-24m		ID mental 107			ID mental 107				
	7-8									

Expediente	N° valoración y rango de edad	Riesgo psicosocial global	Riesgo en la interacción cuidador-niño	Riesgo en el ambiente familiar	Riesgo en el cuidador	Puntaje de riesgo socioeconómico	Inventario HOME	Madres menores de 19 años de edad	Madres con baja escolaridad	Riesgo perinatal
42211	1-2									
	3 7-12m					ID mental 96 ID motor 89				
	4 13-24m					ID mental 99 ID motor 92				
46192	1-2-3									
	4 13-24m									ID mental 101
	5 13-24m									ID mental 97 ID motor 85
2731	1 7-12m					ID mental 88				
	2									
	3 13-24m					ID mental 89				

12.2 Formato de índice de riesgo por condición socioeconómica



INDICE DE RIESGO POR CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA LABORATORIO DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO



Nombre del Niño:	_____
	F. Nac. _____
	F. E. _____
Escolaridad del padre	_____
Edad	_____
Escolaridad de la madre	_____
Edad	_____
Ocupación del padre	_____
Ocupación de la madre	_____
Ingreso familiar	_____
Ing. Fam. destinado a la alimentación	_____
# de cuartos de la vivienda	_____
# de dormitorios	_____
# de camas por dormitorio	_____
# de personas por cama, edad y sexo	_____
# de miembros de la familia	_____
estado civil	_____
Religión	_____
tipo de vivienda	_____
material de construcción	_____
Servicios médicos	_____

**INDICE DE RIESGO POR CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA
LABORATORIO DE SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO**



INDICADOR	PUNTAJE				
	1	2	3	4	5
Escolaridad del padre	Media superior completa o más	Media básica completa y media superior incompleto	Primaria completa y media básica incompleta	Primaria incompleta	Analfabeto
Grado					
Escolaridad de la madre	Media superior completa o más	Media básica completa y media superior incompleto	Primaria completa y media básica incompleta	Primaria incompleta	Analfabeta
Grado					
Posición en el trabajo	Funcionario o profesionista	Empleado (incluye profesional a nivel técnico), comerciante establecido o estudiante	Trabajador manual asalariado (obrero, intendencia o limpieza)	Trabajo manual independiente u hogar (mecánico, carpintero)	Subempleado o desempleado (vendedor ambulante)
Ocupación del padre, Posición en el trabajo	Funcionaria o profesionista	Empleada, comerciante establecido o estudiante	Trabajadora manual asalariado (obrero, intendencia o limpieza)	Trabajo manual independiente u hogar (mecánica, carpintería)	Subempleada o desempleada (vendedora ambulante)
Ocupación de la madre,					
# salarios mínimos del ingreso familiar	> 6		4 - 6		1 - 3
Salario					
% ingreso familiar destinado a la alimentación	< 30%		31 - 50 %		> 51 %
Gasto en alimentación					
# miembros de la familia	3 a 4	5	6	7	8 ó más
Número de familiares					
# personas / dormitorio	2 ó menos	3 - 4	5	6	7 o más
Número de dormitorios					
# personas / cama	2 ó menos		3 - 5		> 5 o suelo
Número de camas					
Condiciones generales de la vivienda* (descripción anexa)	Muy buenas condiciones	Buenas condiciones	Medianas condiciones	Malas condiciones	Muy malas condiciones
Disponibilidad de servicios en la comunidad* (descripción anexa)	Muy buena	Buena	Regular		Mala
TOTAL POR COLUMNA					
TOTAL DE LAS COLUMNAS					

CONDICIONES GENERALES DE LA VIVIENDA:

SERVICIO	1	3	4	5
Agua	Agua potable del grifo	Hidrante o pipa		Pozo
Sanitario	WC con drenaje	Fosa séptica	Hoyo de gato	Tierra
Disponibilidad sanitaria	Dentro de casa	Fuera de casa		Colectivo

CALIFICACION	CARACTERÍSTICAS
Muy buenas condiciones	Cuenta con todos los servicios en categoría 1
Buenas condiciones	Baño fuera de casa, resto en categoría 1
Medianas condiciones	Baño fuera de casa o colectivo; fosa séptica; hidrante o pipa
Malas condiciones	Hidrante, pipa o pozo; baño fuera de casa o colectivo; fosa séptica u hoyo de gato
Muy malas condiciones	Hidrante, pipa o pozo; hoyo de gato o tierra; baño fuera de casa o colectivo

SERVICIOS DE LA COMUNIDAD:

SERVICIO	DESCRIPCIÓN						
Básicos	Agua potable	Drenaje	Alcantarillado	Recolección de basura			
De apoyo	Alumbrado público	Transporte	Comunicación	Centros educativos	Centros de salud	Centros comerciales	Centros recreativos

CALIFICACION	CARACTERÍSTICAS
Muy buena	Cuenta con todos los servicios básicos y los de apoyo
Buena	Cuenta con servicios básicos y de apoyo, falta sólo centros comerciales, recreativos, transporte y comunicación
Regular	Sólo cuenta con agua potable y drenaje (servicios básicos) y escuelas y/o centros de salud (servicios de apoyo)
Mala	No tiene servicios básicos, ni de apoyo

Redinmex M. y Sánchez M.C. Tesis: Neurodesarrollo en los 2 primeros años de vida en niños con Hincapiamiento Cognitivo detectados por tamiz

12.3.- Apartados de riesgo de la Cartilla de Vigilancia del Desarrollo.

Apartado	Ítem
Riesgo en la interacción cuidador-niño	2.2.7 Organiza horarios en el cuidado del niño para la comida, sueño, juego, etc.
	3.1.0 Identifica los tipos de llanto o gestos que expresan las necesidades del niño
	4.0.0 Responde a las vocalizaciones o movimientos del niño.
	5.0.0 Muestra capacidad para consolar o tranquilizar al niño cuando llora, se inquieta o irrita.
	6.0.0 Al cargar al niño lo posiciona adecuadamente, proporcionándole comodidad.
	7.10.2 Muestra afecto hacia el niño durante la consulta: besos, abrazos, caricias, miradas
	8.0.0 Habla con ternura al niño de forma clara y audible.
	10.0.0 Se muestra hábil para vestirlo, cambiarle de pañal, tranquilizarlo, consolarlo, alimentarlo o bañarlo.
	11.11.0 Al pedirle al cuidador que logre llamar la atención del niño, muestra seguridad y habilidad para hacerlo.
	0.4.6 Entiende los deseos y demandas del niño y responde a ellas adecuadamente, durante la visita o consulta.
	0.6.0 El cuidador y el niño sonríen cuando se miran.
	0.7.0 La atención y movimientos del niño se dirigen principalmente al cuidador.
	0.8.0 Permite al niño libertad para moverse mientras no haya riesgo
	0.12.4 Hace comentarios agradables acerca del niño, de sus logros, habilidades y responde con entusiasmo cuando se le hacen halagos al niño.
	0.0.1 Explica de forma clara al niño las acciones y hechos que le pueden causar duda o interés.
	0.0.3 Muestra seguridad respecto a actividades en las que hace participar al niño como pasar los brazos por la camiseta o camisa cuando se le viste.
	0.0.8 Los miembros de la familia muestran interés en el desarrollo del niño, favoreciendo una mayor independencia en actividades como comer, caminar, juego, etc.
	0.0.9 Involucran al niño en las actividades familiares, como los quehaceres domésticos, reuniones/fiestas, comidas, paseos, etc.
	0.0.10 Se preocupan por que el niño conviva frecuentemente con otros familiares y niños de su edad, tanto en su casa como en otros sitios.
Riesgo en el ambiente familiar	1.0.3 Situaciones de pobreza, hacinamiento o violencia en la familia que generen deficiencias en el cuidado del niño (higiene, alimentación, seguridad física o emocional).
	2.1.4 Un solo cuidador sin otro que lo pueda ayudar, o más de 4 que se improvisan o alternan de forma desorganizada.
	3.0.0 Varias personas opinan o deciden sobre la forma de cuidar al niño originando confusiones o contradicciones en la toma de decisiones.
	4.2.0 Prácticas de crianza sobreprotectoras, que restringen la actividad y experiencias necesarias para la edad del niño.
	5.0.0 Algunos miembros de la familia muestran actitudes poco tolerantes, exigentes u hostiles hacia el niño o la madre.
	6.0.0 Los miembros de la familia no muestran interés en el desarrollo del niño, no destacan o preguntan sobre sus logros.
	0.6.0 El niño no tiene relaciones de juego, atención o manifestaciones de afecto frecuentes con otros niños o familiares.
	0.0.5 Al niño se le deja solo o sin supervisión de un adulto por algunos momentos durante el día.

Riesgo en el cuidador	7.7.6 No conoce personas a las que se pueda dirigir para solicitar orientación sobre el cuidado del niño (familiares, instituciones, profesionales).
	8.10.9 Muestra estados de ánimo que repercuten en la relación con el niño (depresión, rechazo, ansiedad).
	9.11.10 Refiere sentirse perturbada por situaciones que afectan el bienestar familiar (violencia doméstica, alcoholismo o drogadicción del padre o miembro cercano con los que cohabitan).
	10.0.7 Sus interacciones se dirigen únicamente a los cuidados generales del niño.
	0.8.8 No establece límites claros durante las actividades del niño, es muy permisible, incluso aun cuando la seguridad del niño pueda verse afectada.
	0.9.0 Regaña con frecuencia al niño, aplica castigo físico para que entienda u obedezca.
	0.12.0 Refiere dificultades para atender al niño, entenderlo o disfrutar momentos juntos.
	0.13.0 El cuidador no presta atención a las actividades del niño.
	0.0.11 Se muestra molesto respecto a algún o algunos comportamientos del niño (se queja de él, o responde a sus comportamientos con regaños o gritos).
Riesgo en el niño	12.0.0 No regula o Desorganización en los ritmos de sueño/vigilia.
	0.14.0 Muestra hiperactividad lo cual desespera a la madre (tira agua al bañarlo, no se deja cambiar el pañal, ponerse los zapatos).
	0.15.0 Rechaza la comida en sus horas de alimentación lo cual hace que el cuidador lo obligue usando movimientos bruscos o gritos.
	0.0.12 Se niega a cooperar en actividades cotidianas como vestirlo, bañarlo, alimentarlo desesperando a la madre.
	0.0.13 Se torna irritable y hace berrinche fácilmente ante las órdenes de la madre o de algún familiar.

12.4.- Inventario HOME.

Nombre: _____

Nivel de escolaridad formal: _____

Relación con el niño: _____

Observaciones: _____

			5	4	3	2	1
	HOME MODIF	DESCRIPCIÓN 2003	SI CONTUNDENTE	SI REGULAR	SI APENAS	NO PERO SE ACERCA	NO
I. RESPONSABILIDAD	1	1. El cuidador permite al niño jugar y ensuciarse. E	Sin problema	De forma leve y ocasional	Apenas con la comida o en el juego	Prefiere evitarlo pero admite	No y si sucede le molesta
	2	2. El cuidador vocaliza al niño espontáneamente por lo menos dos veces. O - durante la visita. (No se cuentan los regaños)	Vocaliza varias veces	Vocalización espontánea 2 veces	Vocalización en respuesta 2 veces	Vocalización 1 vez	No hay respuesta
	3	3. El cuidador responde verbalmente a las vocalizaciones o verbalizaciones del niño. O - (Anótese si el niño no habla durante la entrevista).	Se excede	Frases completas	Sonidos diferenciados	Ignora al niño	El niño no vocaliza
	4	4. El cuidador le dice al niño el nombre de los objetos o de las personas durante la visita. O - o dice el nombre de una persona u objeto en forma de maestro	Enfatiza con claridad y lo hace en tres o más ocasiones	Enfatiza con claridad aunque lo haga pocas veces	En una o dos ocasiones, apenas enfatiza	Dice los nombres pero sin enfatizar	No dice el nombre de las cosas o personas
	5	5. El lenguaje del cuidador es claro y audible. O	Claro y audible, con ejemplos y gestos	Claro y audible pero monótono	Claro pero en tono bajo	Audible pero no claro	No claro ni audible
	6	6. El cuidador inicia intercambios verbales con el visitador. O - es decir hace preguntas, hace comentarios espontáneos	Predominan las formas espontáneas	Espontánea en algunos temas o al menos en tres oportunidades	Iniciativa mínima se registra en dos oportunidades	Solo se extiende cuando se le pregunta 1 sola vez espontánea	No hay iniciativa es pasiva y de respuestas cortas
	7	7. El cuidador conversa fácil y libremente. O - usa frases de longitud apropiada para la conversación (es decir da respuestas largas).	Se extiende a otras cosas relacionadas	Responde con detalles y ejemplos	De manera suficiente al menos dos veces	Respuestas breves	Son breves y no guardan relación
	8	8. El cuidador alaba espontáneamente al niño al menos dos veces. O - elogia el comportamiento o cualidades durante la visita.	Varias veces y denota seguridad	2 veces	Lo hace una sola vez	Indiferencia	Lo rechaza
	9	9. La voz del cuidador demuestra sentimientos positivos hacia el niño. O	Predominante- mente o acompañada de exp faciales	En varios momentos pero sin exp faciales	En 2 o 3 ocasiones	Indiferente	Agresivo
	10	10. El cuidador acaricia o besa al niño al menos una vez. O durante la visita	Variedad de formas 2 a 3 modalidades	Más de cinco veces	2 a 5 veces	1 vez	No
	11	11. El cuidador responde positivamente a las alabanzas del visitador hacia el niño. O	Siempre y con entusiasmo	Con entusiasmo pero no en todas las ocasiones	Expresión breve al menos en dos ocasiones	Poco expresiva	Ningún tipo de respuesta
II. ACEPTACIÓN II. ACEPTACIÓN	12	12. No más de un castigo físico hacia el niño durante la semana pasada. E	Nunca lo han castigado físicamente	Se le llama la atención pero no hay castigo físico	Un castigo físico a la semana	Lo castiga 2 veces por semana	Lo castiga más de 2 veces a la semana
	13	13. La familia tiene una mascota. OE	El niño se integra al cuidado de la mascota	Contacto frecuente	El niño tiene contacto eventual	Que el niño tenga sólo contacto visual	No hay mascota
	14	14. El cuidador no grita al niño. O - durante la visita.	No grita ni eleva la voz	Muestra tolerancia cuando habla	Habla fuerte	Tono agresivo	Grita

III. ORGANIZACIÓN	15	15. El cuidador no expresa por ningún motivo hostilidad hacia el niño. O - es decir, no se queja de él, ni describe al niño como "malo", "latoso" nos dice que no hace caso.	Nunca se enoja ni muestra indicios de hostilidad	Corrige constantemente pero sin hostilidad	Hay una expresión de la madre de que el niño es difícil pero sin evidente hostilidad	Se muestra molesta pero lo transmite de manera sutil al niño	Tiene más de 2 expresiones de molestia u hostilidad
	16	16. El cuidador no abofetea o nalguea al niño durante la visita. O	Ningún tipo de agresión física		Hay un juego rudo percibido como juego por el niño		Agresión física (le pega)
	17	17. El cuidador no regaña o critica al niño durante la visita. O	No regaña ni critica		Lo regaña o critica en forma de juego	1 vez lo regaña o critica	Regaños y críticas continuas
	18	18. El cuidador no interfiere o restringe al niño más de tres veces en la visita. O - (a menos que su seguridad del niño se vea amenazada).	No interfiere ni restringe en ningún momento	Lo restringe en 1 ó 2 ocasiones	Lo restringe 3 veces	Lo restringe en más de 3 ocasiones en forma cuidadosa, persuasiva	En más de 3 ocasiones en forma enérgica
	19	19. Por lo menos 10 libros están presentes y visibles. OE	Más de 15 libros	10-15 libros	5 a 9 libros	1 a 3 libros	Ningún libro
	20	20. El cuidado del niño, es proporcionado por uno de 3 sustitutos regulares. E	Un solo cuidador sustituto ó no es necesario	Dos cuidadores sustitutos	No más de 3 cuidadores sustitutos	Más de 3 cuidadores	Varios cuidadores e improvisados
	21	21. Al niño lo llevan a la tienda de abarrotes por lo menos una vez a la semana. E	Lo llevan más de tres veces ó diario	2 a 3 veces por semana	1 vez a la semana	Lo llevan al menos 2 veces por mes (cada 15 días)	No lo llevan ni ocasionalmente
	22	22. El niño sale de casa al menos 4 veces a la semana. E	Más de 3 veces o diario	2 a 3 veces por semana	1 vez por semana	Algunas veces al mes (cada 15 días)	Una vez al mes o ----- -no lo llevan (0)
	23	23. Al niño lo llevan regularmente al consultorio o clínica del doctor. E	Cada 1 o 2 meses lo necesite o no	Cada 3 ó 5 meses lo necesite o no	Cada 6 meses lo necesite o no	Solo cuando se enferma	Aún estando enfermo no lo llevan
	24	24. El niño tiene un lugar especial para sus juguetes y tesoros. OE	Espacio específico para los juguetes con decorado de tal.	Son bolsas, cajas, botes o repisa comunes y sin decoración	Es un lugar poco accesible	Son varios lugares	No hay lugar para ese efecto
	25	25. El ambiente donde juega el niño es seguro. O	Sin condiciones de riesgo mayores ni menores, se ve que se tomaron precauciones	Hay riesgos que se han atendido con soluciones temporales o parciales	Aparentemente seguro pero existen algunas condiciones poco evidentes de riesgo menor	***	Riesgo evidente para la salud e integridad del niño
IV. MATERIAL DE APRENDIZAJE	26	26. Juguetes o equipo para actividad muscular. OE - (La mayoría de ellos incluye la posición prona): La madre hace que el niño se ejercite.	Presentes, al alcance y apropiados en el uso.	Presentes y al alcance, pero escasos (sólo dos para este propósito)	Sólo uno para este propósito	Existe pero su uso no es claro	No existe, o no está al alcance
	27	27. Juguetes para empujar o jalar. OE	Presentes, al alcance y apropiados en el uso.	Presentes y al alcance, pero escasos	Sólo uno para éste propósito	Existe pero su uso no es claro	No existe, o no está al alcance
	28	28. Andadera o caminadora, carrito, patín del diablo o triciclo. OE (triciclo con desplazamiento)	Presentes, al alcance y apropiados en el uso.	Presentes y al alcance, pero escasos	Sólo uno para éste propósito	Existe pero su uso no es claro	No existe, o no está al alcance
	29	29. Juguetes para abrazar o disfraz. la textura, el juego simbólico. OE	Disfraz, peluche o muñeca	Muñeco de trapo	Juguete de textura dura	Muñecos bélicos	No tiene
	30	30. Facilitadores del aprendizaje—móvil, mesa y silla, silla grande. OE	Estan presentes y su uso es adecuado	Presentes y al alcance pero escasos	Sólo uno para éste propósito	Presentes pero su uso no esta enfocado a el aprendizaje	No se proporciona ----- ----- No tiene (0)-----
			5	4	3	2	1
	31	31. Juguetes para coordinación ojo-mano simple. OE	Presentes, al alcance y apropiados en el uso.	Presentes y al alcance, pero escasos	Sólo uno para éste propósito	Existe pero su uso no es claro	No existe, o no está al alcance
	32	32. Juguetes para coordinación ojo-mano compleja. OE	Presentes, al alcance y apropiados en el uso.	Presentes y al alcance, pero escasos	Sólo uno para éste propósito	Existe pero su uso no es claro	No existe, o no está al alcance

	33	33. Juguetes que fomenten literatura y música. OE	Presentes, al alcance y apropiados en el uso.	Presentes y al alcance, pero escasos	Al menos uno de música y literatura	Solo música o literatura pero no ambos	Ninguno
	34	34. Durante la visita, el cuidador provee al niño juguetes para que juegue con ellos. O - (Es decir, cuando la atención de la madre va a estar en otro lado)	Anticipa la situación dándole algo que lo entretenga	Lo hace en respuesta inmediata	Lo hace en respuesta con un poco de demora	En una ocasión pero no es permanente	No
V. INVOLUCRAMIENTO	35	35. El cuidador le habla al niño mientras realiza el quehacer. E	Lo anima y lo integra a sus acciones con la plática	Le habla con frecuencia	Lo hace pocas veces	Solo para regañarlo o corregirlo	No lo hace
	36	36. El cuidador motiva el avance del desarrollo. E -es decir lo hace rodar, le enseña a decir adiós con la mano y a decir su nombre.	Consciente en tres o más aspectos (len, mot, cog)	En uno o dos aspectos concientemente	Escasamente para entretenerla	Dudoso	No lo tiene
	37	37. El cuidador invierte en juguetes que favorezcan la maduración del niño en una atención personal. E	Varios usados adecuadamente (más de tres)	Algunos usados parcialmente	Al menos uno	Sonajas ó movil	No tiene
	38	38. El cuidador estructura períodos de juego al niño. E - Es decir guarda los juguetes durante una temporada y los vuelve a sacar cuando ella lo considera adecuado,	Si contundente	Lo hace 2 a 3 veces por semana	Lo hace ocasionalmente	De forma fortuita	No
	39	39. El cuidador provee juguetes que reten al niño a desarrollar nuevas habilidades. E	Los provee con anticipaciones oportunas	Los provee con oportunidad a las adquisiciones inmediatas	Los provee pero no muy claro de su carácter de reto	No los provee pero fortuitamente se encuentran	No
	40	40. El cuidador mantiene en su rango de visión al niño, lo mira frecuentemente. O	De manera constante verificando su estado	Frecuentemente 1 a 3 veces	Voltea a verlo	En caso de oír llanto u otra necesidad	Nunca
VI. VARIEDAD	41	41. El padre proporciona al niño algún tipo de cuidado diariamente. Marcar padre () o sustituto ()..... E	Varios con interacciones de 1 hora	Uno con interacciones mayores a 30 minutos	Muy breve	No diariamente	Ninguno
	42	42. El cuidador lee historias al niño por lo menos 3 veces a la semana. E - o hace comentarios sobre los grabados de las revistas.	6 a 7 por semana	4 a 5 por semana	3 veces a la semana	De 1 A 2 veces a la semana	No lo hace
	43	43. El niño realiza una comida en la mesa con sus padres. E	Varias e integrado	Una e integrado	Una poco integrado	En ocasiones	No
	44	44. La familia visita o recibe visitas una vez al mes o más. E	Varias por semana, se interrumpen las actividades regulares	Una vez cada 7 o 15 días	Una vez al mes	Entre 1 a 3 meses puede haber una visita	No se registran visitas hasta por más de 3 meses
			5	4	3	2	1
	45	45. El niño tiene 3 o más libros de su propiedad. OE	6 o más perfectamente accesibles	3 a 5 accesibles	3 o más pero parcialmente accesibles	2 libros	1 libro=1 ninguno = 0

12.5.- Plano de la las delegaciones del Distrito Federal y de la colonia Lomas de San Lorenzo, Iztapalapa.

