

INFANTIA

Prácticas de cuidado
en la primera infancia

INFANTIA

Prácticas de cuidado en la primera infancia

INFANTIA

Prácticas de cuidado en la primera infancia

José Amar Amar
Jorge Palacio Sañudo
Camilo Madariaga Orozco
Raimundo Abello Llanos
Carlos José De los Reyes Aragón
Alberto De Castro Correa
Soraya Lewis Harb
Marina Martínez González
Leider Utria Utria
Lorenzo Zanello Riva
Juan Camilo Ferro Falquez
Daladier Jabba Molinares
José Luis Ramos Ruiz



**Gobernación
del Atlántico**

HUN

Hospital
Universidad
del Norte



**UNIVERSIDAD
DEL NORTE**

Área metropolitana de Barranquilla
(COLOMBIA)
2016

Infancia : prácticas de cuidado en la primera infancia / José Amar Amar ... [y otros doce]. —
Barranquilla : Editorial Universidad del Norte, 2016

vi, 141 p. : il. ; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas (p. 123-130).

ISBN 978-958-741-705-0 (impreso)

ISBN 978-958-741-706-7 (PDF)

ISBN 978-958-741-707-4 (ePub)

1. Desarrollo infantil—Atlántico (Colombia : Dept.). 2. Niños—Cuidado e higiene—Atlántico (Colombia : Dept.). 3. Atlántico (Colombia : Dept.)—Condiciones sociales. I. José Amar Amar, José. II. Palacio Sañudo, Jorge. III. Madariaga Orozco, Camilo. IV. Abello Llanos, Abello. V. De los Reyes Aragón, Carlos José. VI. De Castro Correa, Alberto. VII. Lewis Harb, Soraya. VIII. Martínez González, Marina. IX. Utria Utria, Leider. X. Zanello Riva, Lorenzo. XI. Ferro Falquez, Juan Camilo. XII. Jabba Molinares, Daladier. XIII. Ramos Ruiz, José Luis. XIV. Tít.

(155.4 I43 – Ed.23) (CO-BrUNB)



www.uninorte.edu.co

Km 5, vía a Puerto Colombia, A.A. 1569

Área metropolitana de Barranquilla (Colombia)

© Universidad del Norte, 2016

José Amar Amar, Jorge Palacio Sañudo, Camilo Madariaga Orozco, Raimundo Abello Llanos, Carlos José De los Reyes Aragón, Alberto De Castro Correa, Soraya Lewis Harb, Marina Martínez González, Leider Utria Utria, Lorenzo Zanello Riva, Juan Camilo Ferro Falquez, Daladier Jabba Molinares y José Luis Ramos Ruiz.

Coordinación editorial

Zoila Sotomayor O.

Diseño y diagramación

Álvaro Carrillo Barraza

Diseño de portada

Joaquín Camargo Valle

Corrección de textos

Henry Stein

Procesos técnicos

Munir Kharfan

Impreso y hecho en Colombia

Javegraf (Bogotá)

Printed and made in Colombia

© Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio reprográfico, fónico o informático, así como su transmisión por cualquier medio mecánico o electrónico, fotocopias, microfilm, *offset*, mimeográfico u otros sin autorización previa y escrita de los titulares del *copyright*. La violación de dichos derechos constituye un delito contra la propiedad intelectual.



Este libro es resultado del proyecto de investigación:
“Implementación de una estrategia de prácticas de cuidado que impulse el desarrollo integral de niños de 0-5 años como modelo de atención a la primera infancia en familias de zonas rurales del Departamento del Atlántico”, financiado por la Gobernación del Atlántico, a través de recursos del Sistema General de Regalías - Fondo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Convenio n.º 0103*2013*000013. Registro Colciencias n.º 2013000100027).

Contó con el apoyo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Hospital Universidad del Norte y la Fundación para el Desarrollo del Niño, la Familia y la Comunidad.

Este estudio obtuvo el Premio Marta Arango Montoya a la Investigación en Primera Infancia.

Contenido

Introducción	1
Capítulo 1	
Contexto y fundamentos teóricos	5
CONTEXTO GENERAL DEL ESTUDIO	5
LA PROBLEMÁTICA EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO	9
UN ENFOQUE INTEGRADOR DEL DESARROLLO INFANTIL Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO.	13
Un modelo para el desarrollo de la infancia	15
Procesos involucrados en el desarrollo infantil	15
Dimensiones del desarrollo.	18
Prácticas de cuidado y desarrollo humano desde una perspectiva de derechos.	24
MADURACIÓN CEREBRAL Y DESARROLLO DE LA MENTE	27
Desarrollo cerebral antes del nacimiento.	28
Maduración cerebral en la infancia	30
CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO.	33
Factores que inciden en el proceso de desarrollo físico y el crecimiento	34
Crecimiento, desarrollo físico y su interacción con factores sociales.	36
LA VIDA EMOCIONAL	38
LA FAMILIA SOCIALIZADORA Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO	39
PROGRAMAS DE CUIDADO A LA INFANCIA LIDERADOS POR LA FAMILIA	44
LA INFANCIA Y LA COMUNIDAD	49
El papel de la comunidad en el desarrollo infantil.	51

Capítulo 2

Fundamentos metodológicos	55
OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE LÍNEA BASE	55
DISEÑO E IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN	55
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS MUNICIPIOS	56
PROCEDIMIENTO DE MUESTREO	58
Instrumentos	60

Capítulo 3

Resultados	65
ANÁLISIS CUALITATIVO: OBSERVACIÓN Y GRUPOS FOCALES	65
Condiciones de infraestructura	66
Economía familiar	69
Prácticas de higiene	70
Alimentación	71
Estructura familiar	73
Cuidado de los niños	73
Problemas sociales	78
ANÁLISIS CUANTITATIVO	80
Evaluación del desarrollo infantil	80
Participantes por debajo del rango normal de desarrollo	81
Participantes por debajo del rango normal de desarrollo en cada grupo de edad	82
Nivel de desarrollo de los niños y las niñas por municipio	83
Participantes por debajo del rango normal de desarrollo según la edad y el municipio	84
Evaluación de las prácticas de cuidado	88
Conclusiones	113
Referencias	123
Apéndices	131
ENCUESTA DE PRÁCTICAS DE CUIDADO 0-6 MESES	131
ENCUESTA DE PRÁCTICAS DE CUIDADO 7-18 MESES	133
ENCUESTA DE PRÁCTICAS DE CUIDADO 19-60 MESES	136
ESCALA PARA EVALUAR LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD	139
FORMATO DE OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS DE CUIDADO	140
FORMATO DE CARACTERIZACIÓN DE LOS MUNICIPIOS	141

Introducción

Dicen los antropólogos que la especie humana tiene un nacimiento prematuro, porque necesita muchos años para que pueda llegar a tener las herramientas para lograr la independencia que le permita sobrevivir y desarrollarse.

De acuerdo con las cifras aportadas por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Profamilia, 2010), la situación de los niños y las niñas de la región caribe colombiana es alarmante, debido a que se encuentran los mayores niveles de mortalidad infantil, el mayor número de consultas a los servicios de salud por enfermedad, el mayor índice de desnutrición y donde más se presentan síntomas de infección respiratoria aguda infantil. Además, las poblaciones rurales presentan constantes factores de riesgo, como la falta de educación de los cuidadores y las creencias sobre lo que puede resultar favorable para el crecimiento de los infantes, así como el limitado acceso a servicios de salud.

Preocupados por la situación de la primera infancia en el departamento del Atlántico, se ha decidido unir los esfuerzos de varias instituciones, con el fin de generar conocimiento científico que sirva de base para el desarrollo y la implementación de políticas públicas para la protección de la infancia e integrar las estrategias tradicionales de intervención con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). La intención es buscar alternativas que permitan ampliar la cobertura de beneficiarios de programas de cuidado a la primera infancia. Frente a esto, se ha propuesto el proyecto Infancia,¹ que se articula en dos grandes ejes:

¹ Para más detalles de las actividades del proyecto consultar <http://www.proyectoinfancia.com/>

Por una parte, las TIC, como una posible respuesta, dada su cada vez mayor inserción en la vida cotidiana en todos los estratos socioeconómicos, en particular de las madres de familia y cuidadores de los niños y las niñas de 0 a 5 años. El *boom* de las TIC ya ha sido promotor de la aplicación de sus principios en diversas estrategias, en especial en la educación, la salud y la gestión del riesgo. En la educación, es cada vez más creciente la utilización de la virtualidad para brindar espacios alternativos para la formación. En la salud, la telemedicina y la telerrehabilitación pretenden mejorar las condiciones de los pacientes a través de la tecnología con actividades virtuales o dispositivos para realizar un seguimiento más cercano. En la gestión del riesgo, se han desarrollado estrategias como los sistemas de alerta temprana mediante telefonía móvil para la orientación de la comunidad y detección temprana de factores de riesgo.

Por otro lado, un enfoque integral que permite comprender la primera infancia desde un modelo teórico amplio, contextualizado en las prácticas de cuidado de las familias de la región. El Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano de la Universidad del Norte, en sus más de treinta años de estudio e intervención en comunidades vulnerables, ha generado una forma integral de comprender el desarrollo humano basado en el enfoque ecológico de Bronfenbrenner (2002), desde un abordaje multidimensional, en el cual el sujeto alcanza su máximo potencial mediante diversos procesos que se gestan en relación consigo mismo y con los sistemas que le rodean. Desde esta perspectiva, es necesario considerar las condiciones familiares, sociales, culturales, históricas, políticas y geográficas que condicionan, limitan y, a su vez, posibilitan las formas y los medios en que ocurre el desarrollo infantil.

El proyecto Infancia está focalizado en los municipios del sur del departamento del Atlántico, caracterizados por diversas situaciones que ubican en un mayor riesgo a los niños que allí habitan: Campo de la Cruz, Candelaria, Manatí, Ponedera, Repelón, Santa Lucía y Suán.

Según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística basadas en el censo de 2005, 12 % (12 648 personas) de esta

población se encuentra entre las edades de 0 a 4 años (que incluye las edades hasta antes de cumplir los 5 años).

El proyecto se desarrolla en tres fases:

1. La primera comprende el levantamiento de una línea base sobre las prácticas de cuidado para el desarrollo de la infancia, para lo cual se abordan 536 familias de los distintos municipios participantes.
2. En la segunda fase, se conforman dos grupos asignados según la voluntad de los participantes, uno conformado por 2000 personas y el otro por 5000. Los integrantes del primer grupo participaron de talleres vivenciales que incorporaron herramientas audiovisuales, cartillas pedagógicas, una teleconferencia con un especialista en desarrollo infantil y la recepción de mensajes de texto. El segundo grupo de personas recibió solo los mensajes de texto y seguimiento telefónico a la realización de las actividades sugeridas en los mensajes.
3. La tercera fase corresponde al proceso de evaluación de impacto en las familias atendidas con el modelo de atención basado en las TIC.

En esta obra se presentan los resultados de la primera fase o línea base, que corresponde a la indagación sobre las prácticas de cuidado de las familias del sur del departamento del Atlántico. Y se organiza en tres capítulos: en el primero, se describe el contexto sociodemográfico del estudio, y se hace énfasis en los enfoques teóricos que sustentan el modelo ecológico de desarrollo y la definición de las prácticas de cuidado infantil. En el segundo capítulo, se describen los fundamentos metodológicos, donde se exponen los procedimientos de muestreo y los instrumentos utilizados. En el tercer capítulo, se describen los resultados cualitativos y cuantitativos que agrupan, por un lado, la descripción de las prácticas de cuidado familiar, y por otro, los indicadores de desarrollo infantil.

Contexto y fundamentos teóricos

CONTEXTO GENERAL DEL ESTUDIO

Para que exista desarrollo humano, la sociedad debe crear condiciones en las cuales la persona, tanto individual como colectivamente, logre el abastecimiento de los elementos materiales vitales. De igual manera, ha de tener también acceso a bienes culturales dignos y a servicios que le garanticen la realización de su potencial dentro de un orden político y social con equidad de oportunidades y sostenibilidad, así como opciones claras para participar en las decisiones y en el disfrute del bienestar material y cultural (Amar, Abello y Tirado, 2004).

Los primeros años de vida del niño son cruciales para el desarrollo y la organización de las estructuras cerebrales, las cuales en el momento del nacimiento se encuentran aún en proceso de formación. No solo en el sentido intelectual, sino también en cuanto al desarrollo moral y el aprendizaje de normas, los primeros cinco años de vida constituyen un periodo crítico para el moldeamiento de las predisposiciones innatas. Está demostrado que los factores como el afecto, el acompañamiento, la nutrición, el sueño y la higiene ejercen un factor importante sobre este proceso de desarrollo, en especial durante la etapa comprendida desde el nacimiento hasta los 6 años. Sin embargo, la primera infancia es una de las poblaciones más vulnerables del país.

El Estado colombiano ha comenzado a crear e implementar algunas políticas de infancia a lo largo del territorio nacional. Ejemplo de ello es la estrategia nacional de atención integral a la primera infancia De Cero a Siempre, liderada desde la Presidencia, presentada como un conjunto de acciones planificadas de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo infantil de las niñas y los

niños de primera infancia, a través de un trabajo unificado e intersectorial, que, desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niña y cada niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición.

La primera infancia comprende el periodo de vida que va desde la gestación hasta antes de los 6 años. En este sentido, el ejemplo mencionado de la estrategia De Cero a Siempre, estaría dirigida a los 5 132 000 niños y las niñas de 0 a 5 años del país, sin dejar a nadie excluido. El propósito del actual Plan Nacional de Desarrollo es atender de forma integral y con calidad, como mínimo, a 1 200 000 niños y las niñas en todo el territorio nacional, empezando por quienes se encuentran en mayor condición de vulnerabilidad y pobreza, pero con el compromiso de avanzar progresivamente hacia la universalización de la atención.

Amparado en la ley, el Decreto 4875 de 2011 crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia inspirada en la Ley 1098 de 2006, en la prioridad que el Gobierno nacional le ha dado a la primera infancia y en la necesidad de fortalecer la estructura y las instituciones para el ejercicio y la garantía de los derechos de los niños y las niñas entre los 0 y los 5 años (Decreto 4875 de 2011). La labor de la Comisión es la de coordinar y armonizar las políticas, los planes, los programas y las acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, y esta es la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados.

Todas estas políticas y estrategias apuntan al mejoramiento y apoyo en la primera infancia, sin embargo, ¿cómo se encuentra Colombia en relación con ello? Según los datos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de 2010, se encuentra que:

- La desnutrición crónica en niños menores de 5 años o retraso en el crecimiento pasó de 15.9 % en 2005 a 13.2 % en 2010. Esto quiere decir que en Colombia hoy 1 de cada 8 niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica.

- Uno de cada 2 niños menores de 4 años presenta déficit de zinc, carencia que puede retrasar el crecimiento, debilitar el sistema inmunitario o disminuir la capacidad de aprendizaje.
- Uno de cada 4 niños menores de 4 años presenta anemia, una enfermedad que puede deteriorar la maduración del cerebro, afectar la concentración, la capacidad de aprendizaje, aumentar riesgo de retardo mental y el crecimiento físico.
- Las cifras de retraso en crecimiento en Colombia se encuentran por debajo de México (2006), Ecuador (2004) y Perú (2004-2008) y por encima de Brasil (1996), y se encuentra en el tercer lugar de las prevalencias más bajas entre doce países latinoamericanos de los que se dispone información.
- El porcentaje de desnutrición global es de 3.4 %, considerado en el ámbito internacional como una prevalencia baja. Colombia se encuentra a 0.8 puntos porcentuales de cumplir con la meta propuesta para 2015 por el país en el Objetivo de Desarrollo del Milenio de erradicar la pobreza extrema y el hambre (desnutrición global en niños menores de 5 años: 2.6 %).
- Por lugar de residencia, el área rural casi duplica la prevalencia frente a la urbana (4.7 % frente a 2.9 %). Al igual que en la desnutrición crónica, las regiones más afectadas son la costa Atlántica (4.9 %), la Amazonia y la Orinoquia (3.6 %).

El presente proyecto pretende unir esfuerzos con otras instituciones, con el fin de generar conocimiento científico que aporte herramientas y estrategias de impacto para la protección de la infancia. Cabe resaltar que los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo de la persona. En especial en el lapso de los 0 a 5 años se dan cambios a gran velocidad, que requieren toda la atención a cada uno de sus momentos, así como la disposición de todos los recursos posibles para lograr materializar el potencial en esta etapa de la vida. Es necesario fortalecer las intervenciones antes y durante el embarazo, así como generar la estimulación necesaria en la fase de lactancia y durante el

primer, segundo y tercer año de acuerdo con las necesidades según la edad.

¿Por qué la primera infancia? La respuesta es clave. Asegurar las condiciones que posibiliten el desarrollo infantil de las niñas y los niños en la primera infancia se ha convertido en una prioridad nacional gracias a los importantes esfuerzos que han realizado diversos actores públicos y privados por visibilizar las razones éticas, científicas, sociales y económicas para actuar con oportunidad y calidad durante este momento de la vida. Las evidencias científicas demuestran que, si bien el desarrollo humano es un proceso continuo que se da a lo largo de la vida, las bases sobre las cuales se irán complejizando las capacidades, habilidades y potencialidades humanas se sientan en los primeros años. El mayor número de conexiones cerebrales, el desarrollo de las habilidades básicas del lenguaje, la motricidad, el pensamiento simbólico, entre otras, así como los cimientos sobre los que se construyen las relaciones consigo mismo, con las demás personas y con el entorno, empiezan a generarse desde el periodo perinatal y tienen su más alto nivel antes de que las niñas y los niños ingresen en la educación formal.

De esta manera, generar políticas públicas de atención psicosocial a la población desde un enfoque como este facilitaría procesos de mayor participación comunitaria que ayuden a estas personas a superar las situaciones difíciles que enfrentan y, por tanto, menor dependencia institucional.

El trabajo que asegure el cuidado y desarrollo óptimos de los niños durante la primera infancia es importante desde el punto de vista científico, social, cultural, legal, político, institucional y ético, para cualquier sector de una población. Sin embargo, reviste una importancia aún mayor la realización de este tipo de proyectos en entornos rurales, donde los habitantes enfrentan un sinnúmero de situaciones amenazantes provenientes, en especial, del mesosistema y exosistema que los rodean, y que convierten el desarrollo de los sujetos en todo un reto.

Al determinar la eficacia de este proyecto respecto del mejoramiento de la generación de hábitos de vida saludables y el consecuente impul-

so que recibiría el desarrollo de los niños de zonas rurales del departamento del Atlántico, se podría generalizar su implementación en todos los rincones de la región caribe y en el resto del país.

LA PROBLEMÁTICA EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

El Caribe colombiano es una de las regiones del país que enfrenta mayores dificultades, las cuales repercuten desde muy temprano en la calidad de vida de sus habitantes. Desde el embarazo, muchos niños y las niñas comienzan a sufrir privaciones que limitan su vida, pues se encuentran con serias limitaciones económicas, sociales e incluso emocionales que los afectan. Este breve tiempo de existencia es una lucha desigual entre el niño y un ambiente adverso que lo ataca con el hambre, las enfermedades, el hacinamiento y la violencia cultural que lo margina a él y a su familia de los derechos fundamentales. Entre algunas problemáticas de la infancia en la región, se destacan la desnutrición, la explotación laboral infantil, la deserción escolar, las enfermedades, el abuso sexual, el abandono y maltrato infantil, incluso los bajos indicadores de desempeño en las pruebas de Estado Saber.

De acuerdo con las cifras de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Profamilia, 2010), 4 % de las niñas y los niños colombianos no ha sido registrado. Asimismo, 20 % de los niños y las niñas en Colombia no tiene el esquema completo de vacunación, y menos de la mitad de los menores de 3 años consume frutas o verduras. El porcentaje más alto de niños con síntomas de infección respiratoria aguda, una de las principales causas de mortalidad infantil en América Latina, se presenta en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Amazonas, Córdoba y Chocó, y afetca en especial a los niños entre 6 y 36 meses.

Los mayores niveles de mortalidad infantil se observan en la región caribe (Profamilia, 2010). De igual forma, los niños de la región son los que más consultan los servicios de salud por enfermedad. Los problemas por diarrea infantil para 2010 alcanzaron un porcentaje de 13 %. El retraso en talla es de mayor prevalencia que en el resto del país, igual que los índices de desnutrición. En el caso de los niños y las niñas del departamento del Atlántico, 3 % padece desnutrición global, es decir,

bajo peso para la edad, y este es el porcentaje más alto del país (Profamilia, 2010). Por otra parte, 17 % de las adolescentes del Atlántico (entre 15 y 19 años) ya es madre o está embarazada de su primer hijo. En este departamento, el embarazo adolescente subió 4 puntos porcentuales con respecto a 2005. Solo 52 % de los embarazos y nacimientos ocurridos en los últimos cinco años ha sido deseado (Profamilia, 2010).

Esto supone considerar las condiciones familiares, sociales, culturales, históricas, políticas y geográficas que condicionan, limitan y, a su vez, posibilitan las formas y los medios en que ocurre el desarrollo infantil. Pensar el desarrollo integral de la primera infancia, en especial en estas condiciones, implica estudiar la relación que existe entre el desarrollo humano y la forma cómo se llevan a cabo los procesos que lo determinan, de ahí que todo proceso de desarrollo está inserto en una cultura, cuyos símbolos, valores y experiencias definirán su sentido.

Los riesgos que enfrentan los niños y las niñas, en especial aquellos que residen en las zonas rurales, van desde las carencias que afectan sus procesos biológicos, con un gran impacto en los primeros años, hasta la relación entre el ambiente y el desarrollo infantil, que implica la ubicación de este dentro de un contexto multisistémico. En este contexto el niño, quien constituye un microsistema, se mueve dentro de un conjunto de entornos y correspondencias que constituyen su mesosistema, exosistema y macrosistema (Bronfenbrenner, 2002), los cuales retroalimentan y determinan la individuación y socialización del sujeto.

Desde esta perspectiva, el desarrollo humano es la realización del potencial biológico, social y cultural de la persona (Amar, 2003), de manera que no solo alude a cambios físicos, sino al logro de una serie de funciones, adaptaciones, habilidades, destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y de socialización (Calva, 2005), en las que el ser humano se contempla como el principal actor de su desarrollo, que se produce en la interacción de su microsistema, con los demás sistemas que lo contienen.

En este proceso, las condiciones en las que ocurra el desarrollo serán resultado de las prácticas de cuidado en su familia y entorno, emprendidas desde sus saberes y experiencias cotidianas, pero que pueden ser potencializadas en la búsqueda de mejores opciones de crecimiento de los niños y las niñas. Estas condiciones van desde la seguridad alimentaria hasta la garantía de un entorno seguro, afectuoso, donde la convivencia no sea una utopía sino un compromiso de todos los actores sociales.

Se entiende por *cuidado* aquel conjunto de prácticas que, realizadas en el contexto de crianza y crecimiento de los niños, influye de manera directa sobre el desarrollo de su potencial en las diversas dimensiones que componen al ser humano (Amar y Madariaga, 2008). Estas prácticas no son responsabilidad exclusiva de los padres, ya que el niño en sus primeros años de vida se encuentra en constante interacción con otros actores, como la comunidad, la familia extendida, los agentes de salud, entre otros (Amar y Martínez, 2011); sin embargo, al ser la familia el núcleo de sustento económico, agente socializador, de intercambio y equilibrio emocional y foco de los primeros aprendizajes (Amar, Abello y Tirado, 2004), sus miembros desempeñan un papel crucial en el desarrollo de los niños.

El desarrollo infantil, por su parte, es el resultado de procesos bio-psico-sociales, en los que el niño resuelve situaciones cada vez más complejas. La interacción del niño con el medio físico y social determina, en gran medida, el desarrollo de las capacidades biológicas que posee en el momento de su nacimiento (Caballero y Contini, 2008). Las alteraciones en este proceso, ya sea en la etapa prenatal, ya sea posnatal, pueden ocasionar el desenlace de patologías psiquiátricas y psicológicas en el niño, las cuales seguirían su curso durante la etapa de la adolescencia y la adultez (Gaviria, 2006). En este aspecto, el cuidador asume un papel sumamente importante, ya que es el actor que favorece la creación de conciencia social en el niño, quien en su proceso de desarrollo pasa por momentos críticos para el aprendizaje de normas y la adaptación a ellas; estos momentos críticos se pueden identificar a los 3 años, un segundo momento hacia los 6 años y finalmente en el comienzo de la adolescencia hacia los 13 años (Ostrosky-Solís, 2011).

Está demostrado que el rol de los padres es de fundamental importancia para la adquisición de las habilidades cognitivas, motoras y sociales de los hijos (Bradley, Corwyn y Whiteside-Mansell, 1996; Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, 1996). Sin embargo, la estimulación que suelen recibir los niños en poblaciones vulnerables de sus padres es precaria o nula, lo cual produce como consecuencia un nivel de neurodesarrollo inferior al esperado para la edad (Bradley, Corwyn y Whiteside-Mansell, 2002; Coronel, Lacunza y Contini, 2006; Scerif y Karmiloff-Smith, 2005). Los padres y cuidadores deben esforzarse por proveer a los niños y las niñas de estos cuidados desde el momento de su nacimiento, con el fin de asegurar el cumplimiento de su derecho a desarrollarse hasta su máxima potencialidad, y a tener un nivel de vida que facilite dicho proceso de desarrollo y crecimiento físico mental, espiritual, moral y social.

Así, “garantizar una atención integral en la primera infancia es una oportunidad única para impulsar el desarrollo humano de un país [...] y [es] el primer paso para lograr la educación primaria universal y para la reducción de la pobreza” (Consejo Nacional de Política Económica Social, 2007, p. 3); por tanto, la mejor decisión de un país es invertir en la primera infancia, dados sus beneficios tanto económicos (ahorros en salud, criminalidad, formación de capital humano) como en la generación y el fortalecimiento del capital social (Consejo Nacional de Política Económica Social, 2007).

En la actualidad, no existen investigaciones realizadas en Colombia o América Latina que permitan determinar de manera precisa cuáles son las prácticas de cuidado de poblaciones desplazadas ni el impacto que tienen sobre aspectos específicos del desarrollo infantil, como las habilidades cognitivas, motoras y sociales, entre otras. Igualmente, no existen estudios que, a partir de esta información, diseñen y evalúen programas de intervención para mejorar las prácticas de cuidado en esta población y de esta manera favorecer el desarrollo sus niños.

Por esto es válido preguntarse ¿cuáles son las prácticas de cuidado infantil de 0 a 5 años en familias radicadas en zonas rurales del departamento del Atlántico?

UN ENFOQUE INTEGRADOR DEL DESARROLLO INFANTIL Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO

Los estudios científicos sobre el desarrollo infantil muestran una proliferación de enfoques, constructos teóricos e incluso líneas de pensamiento que han ido siendo asumidos por muchos científicos, sin una verdadera constatación de la validez universal que sobre el niño se pregona. Este hecho está atravesado, porque casi todas las teorías que conocemos que tratan de explicar el desarrollo infantil están planteadas en torno a antiguas y famosas dicotomías: naturaleza/crianza, innato/adquirido, instinto/aprendizaje, mente/cuerpo, endógeno/exógeno, etc., que nos presenta un campo muy variado en el que coexisten ideas, teorías y esfuerzos investigativos muy diferentes, aunque todos tengan el mismo objetivo intelectual: el estudio del niño y su desarrollo.

No podemos negar que el desarrollo impresionante de la biología ha permitido que en los últimos veinte años se genere una gran cantidad de descubrimientos, en especial en el campo de la salud, educación y psicología infantil, y es cada vez más generalizada la aceptación por el mundo científico de la teoría evolucionista de Darwin, lo cual le ha dado una gran relevancia al papel de la biología para explicar el crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas.

Sin negar la importancia del determinismo biológico en el desarrollo, no se puede desconocer la realidad de más de mil millones de niños que viven en diversas regiones del mundo y que padecen todo tipo de carencias que frustran toda posibilidad de un desarrollo integral.

Quizá los niños estudiados por Piaget o los descritos por Freud se criaron en ambientes donde no tenían grandes privaciones y donde casi todo estaba dado para el desarrollo pleno de sus potencialidades. Esta no es la realidad que hemos estudiado durante más de treinta años en el Caribe colombiano. En esta región del mundo, la relación entre la vida y la muerte es relativamente estrecha, pues, desde el embarazo, muchos niños y niñas empiezan a sufrir un conjunto de privaciones que van limitando su tiempo de vida; y este breve tiempo de existencia es una lucha desigual entre el niño y un ambiente adverso que lo ataca

con el hambre, las enfermedades, el hacinamiento y la violencia cultural que lo margina a él y a su familia de los derechos fundamentales para una existencia digna.

Por esto, aunque es sorprendente todo lo que la biología ha aportado sobre el conocimiento del niño, de poco nos sirve saber los procesos biológicos tan impactantes en el desarrollo de los primeros años si no nos damos cuenta de que a 1000 millones de niños y niñas en el mundo no les llega el alimento a su boca, no tienen acceso a las vacunas necesarias para prevenir las enfermedades, tampoco tienen un servicio médico eficiente y viven en un ambiente precario caracterizado por el hacinamiento de la vivienda, carentes de agua potable, con pésimas condiciones de higiene que los limitarán física y mentalmente desde el mismo momento de su concepción. Por esto, la gran tarea de la sociedad es brindar un comienzo justo para todos los niños y las niñas. Los descubrimientos de la biología son fundamentales, pero también es fundamental la existencia de un ambiente enriquecedor a todos los niños y las niñas.

Por otro lado, estudiar la relación entre ambiente y desarrollo infantil implica ubicar el desarrollo dentro de un contexto sociocultural. Saber, cuando se habla del niño, de qué niño estamos hablando. Esto supone considerar variables espacio-temporales. Las condiciones históricas y geográficas condicionan, limitan y, a su vez, posibilitan las formas y los medios en que ocurre el desarrollo infantil.

Pensar en el desarrollo infantil implica, entonces, estudiar la relación que existe entre el sentido del desarrollo humano y la forma cómo se llevan a cabo los procesos que lo determinan. Todo proceso de desarrollo está inserto en una cultura, cuyos símbolos, valores y experiencias definirán su sentido. Así, el concepto de desarrollo infantil lo entendemos como una propuesta abierta, inacabada, en un continuo movimiento hacia su propia realización. Se refiere a unas cualidades que están siempre en construcción. Por esto, sin negar la realidad biológica, el desarrollo infantil es un concepto social e históricamente determinado. Es la síntesis resultante de las condiciones biopsicológicas del niño inmersas en la dinámica de los procesos culturales y sociales que lo enmarcan.

UN MODELO PARA EL DESARROLLO DE LA INFANCIA

Dentro de la gran diversidad de enfoques sobre el desarrollo infantil, el Grupo de Investigación en Desarrollo Humano que coordino ha elaborado un abordaje holístico del desarrollo, producto de más de treinta años de investigación con niños que viven en situación de pobreza. Aunque la infinitud del ser humano hace imposible tener una comprensión de su totalidad, el conocimiento científico nos ha permitido tener una mayor asimilación de nosotros mismos y de los elementos necesarios para que nuestra existencia sea cada día más digna.

Siguiendo las ideas de Myers (1993), el desarrollo humano es *multidimensional*, porque incluye el mejoramiento de un conjunto interrelacionado de dimensiones; es *potencialidad*, pues implica siempre llegar a ser más; es *continuo*, ya que comienza antes del nacimiento y se prolonga a lo largo de la vida; es *integral*, dado que los diferentes elementos del desarrollo humano deben ser considerados como un todo; por último, es *adaptativo*, porque implica preservar el sentido histórico del individuo potencializando su capacidad de cambio. Así, el desarrollo asumido en su multidimensionalidad y en la indivisibilidad de los procesos biológicos, psíquicos y sociales resume un todo que se constituye en el niño (Gilardon et al., 2004).

En su proceso de desarrollo, el niño establece una triple relación: consigo mismo, con los otros y con su ambiente. El desarrollo humano es, entonces, el bienestar del hombre en función de estas tres relaciones. Para propiciar un ambiente de cuidado en el desarrollo del niño, es necesario centrarnos en cómo cambian y cómo permanecen algunos aspectos en el transcurrir del tiempo (Amar y Madariaga, 2008).

PROCESOS INVOLUCRADOS EN EL DESARROLLO INFANTIL

El desarrollo infantil está compuesto por tres elementos básicos: la especiación, la individualización y la socialización. Todos los organismos se desarrollan de acuerdo con un código o plan genético, que consiste en una serie de cambios programados, no solo en la forma del organismo, sino también en su complejidad, integración, organización

y función (Craig y Woolfolk, 1998). Pero para que este plan genético llegue a plenitud, también se consideran las consecuencias de las experiencias tempranas y las primeras interacciones, que hacen de cada miembro de la especie humana un ser único, y lo definen como individuo. Visto así, el desarrollo es movilizado tanto por las actividades de la sociedad, como por el mismo individuo con sus propias actividades.

La especiación

La especie humana está sometida a las leyes de la naturaleza y de la vida, como son la nutrición, el crecimiento y la reproducción. La especiación hace referencia a las relaciones de carácter biológico estrechamente vinculadas con el mundo físico, así como a los procesos de supervivencia, crecimiento y desarrollo. La especiación guía los cambios físicos, la organización, la función y el control, que el niño va logrando sobre el ambiente que lo rodea. A lo largo de un periodo de evolución que ha durado millones de años para llegar a la especie que somos hoy, el ser humano ha ido seleccionando conductas adecuadas y necesarias para su supervivencia (Amar y Martínez, 2011, p. 5).

Delval (2004) plantea que una de las características que diferencian al hombre del resto de los animales, y que merece destacar, es la existencia de una infancia prolongada asociada a un periodo de inmadurez y plasticidad en el que las posibilidades de aprendizaje son muy grandes. Esto le permite al hombre tener tan numerosas y variadas habilidades, y la construcción de una inteligencia tan flexible.

Partiendo de estas evidencias, se afirma que la biología es solo uno de los principales elementos del desarrollo humano, por tanto, este no está exclusivamente determinado por dichos mecanismos biológicos. Al contrario de otras especies cuya conducta está determinada por mecanismos biológicos, los seres humanos basan su experiencia en el aprendizaje de la cultura en la que van a vivir inmersos. Esta tarea dura toda la vida y exige estar en contacto permanente con distintas personas.

La individuación

Es el proceso en el que el niño adquiere un carácter de irrepetibilidad que implica darle un significado particular a la manera de construir, experimentar, valorar y proyectar la propia existencia. “Los humanos no venimos programados genéticamente. Naturaleza-medioambiente, o biología-cultura se inter-activan mutuamente aún para poder llevar a cabo el primer gesto humano” (De Nicolás, s. f.). Aquí, además de la herencia biológica, son importantes las experiencias tempranas y las interacciones que le dan continuidad al desarrollo, que aportan ala transformación permanente tanto cuantitativa (estatura, peso) como cualitativamente (inteligencia, lenguaje, pensamiento).

Se puede entender por individuación el proceso de “humanización” del hombre que tiene lugar después del nacimiento (Delval, 2004). El hombre necesita hacerse humano en un medio social favorable, con la intervención de los adultos y de los coetáneos, para que pueda alcanzar sus potencialidades. La autonomía del sujeto le exige el reconocimiento del otro y, por consiguiente, no se despliega efectivamente sino en ese vínculo social. De esta manera, no se puede asumir la individuación y la autonomía personal sin preguntarnos por su complemento necesario: lo colectivo. Esto se debe a que gracias a otro generalizado y a una experiencia de sociedad, la persona afirma su autonomía individual (Lechner, 2000).

La socialización

La socialización hace referencia a la persona humana y sus posibilidades de desarrollo social. Gaitán (1997) afirma que esta se produce dentro del ámbito de la cultura de una sociedad y contiene los sistemas de representación, normativa y expresión en los que crece el niño. Así, la socialización ocurre en una cultura que caracteriza a una comunidad y da cuenta de su forma de vivir transmitida de generación en generación. El desarrollo del niño se va construyendo así por la interiorización que hace de su realidad y que se manifiesta en su forma de actuar frente a las relaciones sociales, frente al mundo físico y frente a sí mismo. Constituye el espacio en el cual el desarrollo del sujeto toma su carácter de historicidad y de construcción colectiva, articulado

a una red de significados elaborados en la interacción interindividual e intergrupala.

Como se señaló, los determinantes del desarrollo humano deben entenderse de manera complementaria. Puede decirse que la individuación es una meta que se alcanza a través de los procesos de socialización. La vida social de las personas son las circunstancias, oportunidades y posibilidades de realización de la vida con los otros como garantía de la propia realización. Tiene que ver con el sentido, las formas y los mecanismos de la interacción de las personas con los demás, en la perspectiva de construir nuevas y mejores manifestaciones de la sociedad.

De igual manera, tiene que ver con la persona humana y sus posibilidades de trascendencia cultural. Es el mundo cultural del ser social de las personas: la comprensión del conjunto de imaginarios mentales y simbólicos mediante los cuales las personas se interpretan a sí mismas, la relación con los otros y el mundo que los rodea, en el contexto de la relación social.

DIMENSIONES DEL DESARROLLO

A partir de los procesos de especiación, individuación y socialización, el niño se desarrolla de manera concomitante en cada una de las dimensiones de lo humano. El desarrollo infantil es un sistema en el que conocemos todas las actividades que le son disponibles al niño, pero que reciben su función y significado a partir de un todo (Wallon, 1980). Una perspectiva comprensiva trata la evolución del niño como el desarrollo sucesivo de elementos cada vez más complejos e interconectados entre sí. El estudio científico del desarrollo se centra en conocer cómo cambian y cómo permanecen aspectos con el paso del tiempo, en las siguientes dimensiones, caracterizadas por sus inagotables capacidades de llegar a ser cada día mejor, es decir, más humano.

Dimensión corpórea

La dimensión corpórea implica, según Gaitán (1997), reconocer el propio cuerpo como base de la identidad y de las posibilidades de relación con el mundo natural y sociocultural. El desarrollo del niño en relación

con esta dimensión inicia con el desarrollo de las habilidades sensoriales y psicomotrices primarias, y continúa con la identificación de género y demás procesos de maduración corporal que son consustanciales a la formación infantil de acuerdo con el contexto cultural.

El crecimiento y el desarrollo físico son fenómenos simultáneos e interdependientes. Ambos inician en el momento de la concepción y culminan cuando se alcanza la madurez física, psicosocial y reproductiva. El crecimiento corresponde al incremento del tamaño y la masa corporal, producto de la multiplicación celular, mientras que los cambios en la organización y diferenciación funcional de los sistemas son resultado del desarrollo o maduración (Cattani, s. f.).

La supervisión de estos procesos es una de las actividades esenciales de los padres, los cuidadores y de todas las personas que interactúan con el niño a lo largo de su vida. “El desarrollo se inscribe como parte integral de la salud del niño dentro del concepto de crianza y sustentado en la construcción social de la salud” (Gilardon et al., 2004, p. 312). Por esta razón, es necesario identificar, promocionar y garantizar factores protectores del desarrollo y el crecimiento, así como detectar, evitar y controlar aquellos que constituyan una amenaza para estos procesos.

Dimensión socioemocional

Mediante esta dimensión del desarrollo humano adquirimos capacidades para tener un cierto manejo sobre las emociones, como la ira, el miedo, la felicidad, el disgusto, la tristeza y, al mismo tiempo, conocer lo profundo de nuestra intimidad y regular la calidad de nuestras relaciones interpersonales. Para su comprensión, se requiere el conocimiento del diseño emocional del cerebro, es decir, la comprensión del interjuego de las estructuras cerebrales que determinan el momento y la forma como irrumpen las distintas emociones en nuestra vida y la relación de esta con las dimensiones corpórea, cognitiva y comunicativa en la construcción de estructuras relacionales y de desarrollo de la afiliación y del sentimiento humano.

El desarrollo socioemocional del individuo está muy ligado a la realidad biológica de nuestras emociones y a la forma como la cultura permite sus representaciones y sus formas de expresión. Con el desarrollo afectivo, el niño construye su identidad, su autoestima, su seguridad y confianza en sí mismo y en el mundo, a través de las interacciones que establece con sus pares significativos, y se identifica a sí mismo como una persona única y distinta (Haeussler, 2000). El mayor logro de este proceso consiste en que el niño distinga sus emociones, sea capaz de expresarlas y controlarlas, de manera que pueda incorporarse adaptativamente a la sociedad. Los procesos de maduración y socialización le ayudan a formar vínculos afectivos, adquirir valores morales e interiorizar las normas sociales de la cultura donde crecerá.

El afecto que el niño recibe de sus principales cuidadores y las experiencias de formación de vínculos de apego en los vulnerables primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo de la capacidad para formar relaciones cercanas y saludables. La empatía, el afecto, desear compartir, inhibirse de agredir, la capacidad de amar y demás características emocionales de una persona feliz están asociadas a las capacidades medulares de apego formadas en la infancia y niñez temprana (Perry, 1999).

Dimensión sociocognoscitiva

Esta dimensión, quizá sobrevalorada en la sociedad occidental moderna, apunta al proceso global de construcción de conocimientos por parte del ser humano. La dimensión cognoscitiva puede entenderse como una actividad representativa o simbólica sobre el mundo sensible (representación de primer orden) y sobre los sistemas de representaciones ya elaboradas (representaciones de segundo orden), cuya finalidad básica es darle forma material o simbólica a algo real-ausente (Gaitán, 1997).

Gracias al avance científico-tecnológico, que ha favorecido la aparición de nuevos descubrimientos sobre el funcionamiento neurológico, se ha podido evidenciar cómo el cerebro cambia a lo largo de la vida y cómo desde la concepción hasta los 6 años se marca la pauta para el desarrollo de las habilidades y aptitudes (Eming y Fujimoto-Gómez,

2003; Roselli, 2003). El momento de mayor velocidad en el desarrollo cerebral ocurre entre el nacimiento y los 3 años (Vegas y Santibáñez, 2010). Sin embargo, el desarrollo cerebral en su máxima expresión no se genera de manera espontánea, sino a partir de las experiencias con los diferentes elementos del medio que van dando forma a las conexiones del cerebro. Así, el desarrollo del cerebro es el resultado de la interacción de la naturaleza (herencia biológica o genética) y la crianza (experiencias) (Vegas y Santibáñez, 2010; Sastre, 2006; Roselli, 2003; De Nicolás, s. f.).

Así, el desarrollo cognitivo se entiende como la transformación permanente y diferencial de estructuras y funciones cognitivas a lo largo de la vida, a partir de unas conductas preformadas y en interacción con el medio, donde la mente emerge a partir de un cerebro en desarrollo. Para que esto ocurra, es necesaria tanto la acción individual como la interacción social (Sastre, 2006).

Dimensión lingüístico-comunicativa

El desarrollo en este campo alude al proceso de intercambio de significaciones que implica el uso de signos y códigos compartidos culturalmente y construidos históricamente, que apuntan a la generación de competencias comunicativas y argumentativas, elemento básico en todo proceso de interacción humana. Su núcleo fundamental es el lenguaje, que, en cuanto mecanismo antropológico fundamental, constituye un proceso de construcción de signos y códigos que cumple una función representativa del mundo simbólico y material (Gaitán, 1997).

Las primeras experiencias establecidas con los cuidadores son vitales tanto para el desarrollo de la capacidad para autorregulación de las emociones, la salud mental y física, el desarrollo de destrezas perceptivas y cognitivas, así como de las habilidades comunicativas (Vegas y Santibáñez, 2010).

En el estudio de esta dimensión, es donde ha sido más difícil la interacción teórica de biología y ambiente, debido a que las posturas con respecto al desarrollo del lenguaje se ubican en polos opuestos, que

van desde la pura capacidad de aprendizaje (Skinner) hasta los que sostienen que el desarrollo del lenguaje es innato (Chomsky).

Dimensión ético-moral

No existe desarrollo humano que valga la pena sin un orden moral que cohesione el orden colectivo y les dé sentido a los actores individuales. Los procesos de construcción de un orden social implican una eticidad, entendida como sistemas de principios, y una moralidad, que hace referencia a un sistema de normas que fijan la orientación de las acciones interactivas humanas. Esta dimensión fomenta y nutre las capacidades de ser y actuar libremente y, al mismo tiempo, respeta los ordenamientos que hacen posible una vida ciudadana que beneficie a todos (Gaitán, 1997).

La psicología evolutiva ha estudiado, desde distintas perspectivas, el desarrollo de las capacidades humanas para percibir y vivir derechos y deberes. Asimismo, la forma en que el colectivo social puede enseñar a las personas, desde los primeros años de su vida, a vivir con valores que les ayuden a la formación de su identidad y, al mismo tiempo, a tratar con valores, es decir, conocer y respetar los valores del otro, que les permita el encuentro con la diversidad.

Köhlberg sostiene que los niños no logran emitir juicios morales sólidos sino hasta alcanzar la madurez cognoscitiva, que les permite ver las cosas como lo haría otra persona, esto es, ponerse en el lugar de los demás (Manzi y Rosas, 1997). Sin embargo, el ámbito de lo ético y lo moral está contenido en los sistemas normativos de la vida sociocultural. De esta manera, así como la cultura les ayuda a las personas en su desarrollo sociocognoscitivo, también brinda los patrones de la conducta moral (Papalia y Wendkos, 1992).

Dimensión estética

De acuerdo con Gaitán (1997), esta dimensión se refiere al ámbito de la satisfacción y el goce como experiencias humanas fundamentales. Su desarrollo permite la capacidad de creación de lo bello y de valores estéticos como núcleos básicos de los sistemas expresivos de la

cultura. El cultivo de la dimensión estética produce disfrute, así como seguridad psicológica para la exploración y no requiere recompensas externas para mantenerse.

Dimensión de trascendencia

El concepto de *desarrollo* implica potencialidades o capacidades para llegar a ser cada vez más. Por esto, el simple desarrollo físico o económico en sí no puede ser sinónimo de desarrollo humano. El hombre mantiene una permanente búsqueda de la perfección, orienta su vida basado en valores, a tratar de ser cada vez mejor, y tiene una vida íntima que le permite evaluarse permanentemente, y poner todo el esfuerzo del conjunto de dimensiones para desarrollar su potencial emancipatorio y de búsqueda del bienestar común, en la que la racionalidad crítica es la actitud básica para el logro de la autorrealización (Gaitán, 1997).

Estas dimensiones no son compartimientos separados; son parte de un todo y, a su vez, poseen una gran cantidad de componentes que sientan las bases para atender al cuidado de la infancia. Se reconocen así tres subsistemas en que se dan los procesos de desarrollo infantil, a saber: 1) lo que le ocurre al niño internamente, 2) lo que le ocurre en su interacción con los otros y 3) la influencia del ambiente en el cual el niño se relaciona. Así, la realidad biológica y la realidad social interactúan y se relacionan para permitir que desde la fecundación se vaya construyendo la vida humana.

Para poder abordar el desarrollo del niño en cada uno de esos niveles de interacción y en su interrelación, se requiere la transdisciplinariedad que genere conocimientos más comprensivos. Por esta razón, los autores de este texto proponemos un enfoque holístico del desarrollo infantil, en los que confluyen y se integran todos los elementos mencionados hasta el momento. En la figura 1, se presenta el modelo de desarrollo diseñado dentro del Proyecto Costa Atlántica.

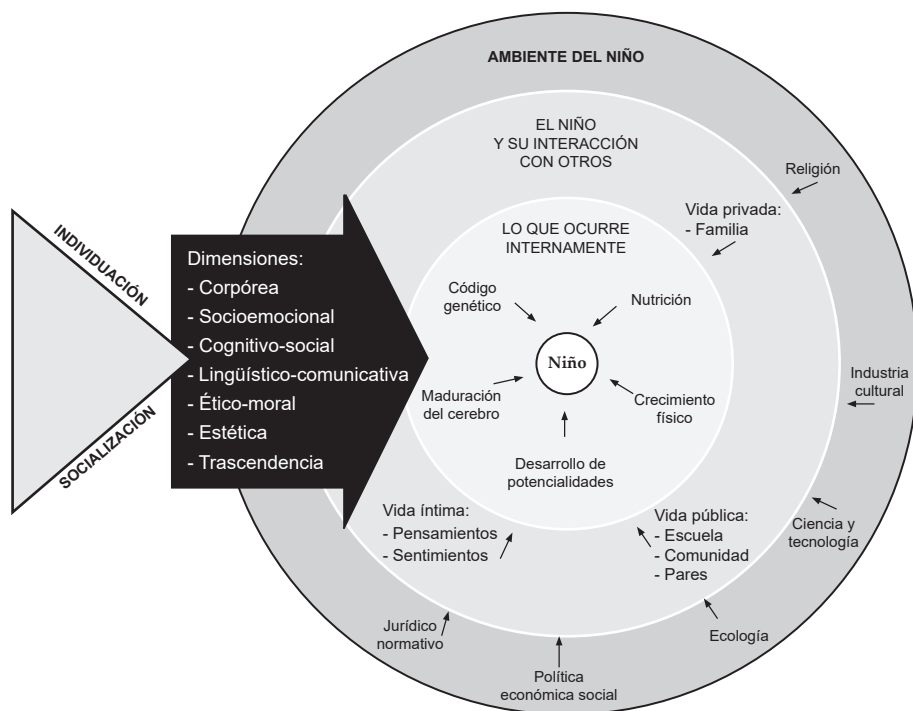


Figura 1. Modelo de desarrollo diseñado en el Proyecto Costa Atlántica

PRÁCTICAS DE CUIDADO Y DESARROLLO HUMANO
DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS

Los trabajos desarrollados por el Grupo de Investigación en Desarrollo Humano han permitido proponer un modelo teórico para entender el desarrollo humano integralmente aunado a la perspectiva de derechos. Poder intervenir para mejorar las prácticas de cuidado en relación con el desarrollo infantil es, sin duda, una cuestión de derechos de la infancia. Así, se contempla cómo cada uno de los derechos de los niños y las niñas corresponden al cuidado y la protección de las distintas dimensiones del desarrollo desde el enfoque ecológico:

Los derechos de los niños, las niñas y los jóvenes relacionados con sus posibilidades de una vida larga, saludable y digna. Este grupo de derechos se relacionan con la dimensión corpórea respecto de la supervivencia, el

crecimiento y el desarrollo vinculados con el mundo físico y el carácter biológico. Incluye aquellos que reconocen y amplían las oportunidades que los niños y las niñas tienen para crecer, desarrollarse y sobrevivir en su dimensión vital, base y consustancial. Son estos: derecho a la vida y a la crianza digna (art. 6), a la vida plena del niño independiente de sus capacidades (art. 23), al más alto nivel de vida de salud y nutrición (art. 24), a exámenes periódicos para su salud (art. 25), a la seguridad social (art. 26) y derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo (art. 27).

Los derechos de los niños, las niñas y los jóvenes relacionados con sus posibilidades de realizarse como persona humana. Se relacionan con los dos elementos del proceso de desarrollo humano: la individuación y la socialización. La personalización implica la *dimensión socioemocional y la cognoscitiva*. En este segundo grupo de derechos, se incluyen los que reconocen y amplían las opciones que los niños y las niñas tienen para realizarse como personas, sintiendo, entendiendo y asumiendo comportamientos acordes con su identidad personal. Son estos: derecho a no ser discriminado (art. 2); a ejercer los derechos reconocidos en la Convención de Derechos del Niño (art. 5); a tener un nombre, una nacionalidad, al registro y a conocer a sus padres (art. 7); a una identidad, nacionalidad y relaciones familiares (art. 8); a permanecer en su país (art. 11); a expresar su opinión en los asuntos que lo afectan y a que se le escuche y tenga en cuenta (art. 12); a la libertad de expresión y buscar, recibir y difundir información (art. 13); a la libertad del pensamiento, conciencia y religión (art. 14); a la libertad de asociación y a celebrar reuniones pacíficas (art. 15); a su vida privada (art. 16); al descanso y la recreación para su desarrollo (art. 31); a la libertad de oficio y labor sin ser explotado económicamente o con trabajos peligrosos (art. 32); a la libertad de experimentación y a la protección contra el uso ilícito de drogas (art. 33); a la libre formación de su sexualidad (art. 34); a la libertad de movimiento sin ser sometido a secuestro, trata o venta de niños (art. 35); a la libertad de acción sin ser explotado de ninguna forma (art. 36); a no ser sometido a torturas, pena capital, prisión perpetua y a no ser privado de la libertad ilegalmente (art. 37); a ser reconocido como persona en situación de conflictos armados (art. 38); y por último, derecho a la recuperación de todas sus facultades y po-

tencialidades cuando ha sido víctima de abandono, explotación o abuso (art. 39).

Los derechos de los niños, las niñas y los jóvenes relacionados con sus posibilidades de desarrollo social. Se relacionan con la *dimensión lingüístico-comunicativa y la dimensión ético-moral*. En este tercer grupo de derechos, se encuentran los que reconocen y amplían las oportunidades para realizarse como ser social, condicionado y a la vez determinante, en interacción con otros. Incluye también los derechos que establecen las obligaciones y los compromisos del Estado, la sociedad y la familia con el bienestar de la infancia. Estos son: derecho a que el interés del niño sea primero en todas las medidas que les afecten (art. 3); a que se hagan efectivos todos los derechos reconocidos en la Convención (art. 4); a tener contacto con sus padres (art. 10); a tener acceso a la información y material que promueva el bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental (art. 17); a que ambos padres asuman la responsabilidad de su crianza y desarrollo (art. 18); a la protección contra cualquier abuso, descuido, maltrato o explotación (art. 19); a que en caso de adopción el interés superior del niño sea la consideración primordial (art. 21); a recibir estatus de refugiado (art. 22); a recibir tratamiento y garantías especiales si ha infringido la ley (art. 40); y a la aplicación de disposiciones nacionales e internacionales más favorables a las de la Convención (art. 41).

Los derechos de los niños, las niñas y los jóvenes relacionados con sus posibilidades de trascendencia cultural. Se asocian al desarrollo cultural de los niños y las niñas que se expresan en la *dimensión estética y la dimensión de trascendencia*. Este cuarto grupo de derechos reconoce y amplía las oportunidades para crear y recrear el conjunto de significados con los cuales se interpreta a sí mismo, a la vez que es interpretado por la sociedad en la que se desarrolla. Incluye: el derecho a la educación primaria gratuita y facilidades de acceso a la educación secundaria (art. 28), a la educación que desarrolle sus potencialidades (art. 29) y derecho a tener su propia vida cultural, religiosa o idioma, en especial para la niñez de grupos étnicos, religiosos o lingüísticos (art. 30).

Según la Unicef (s. f.), para garantizar el desarrollo de la primera infancia, las políticas públicas departamentales deben garantizar y, en caso de ser necesario, restablecer los derechos básicos para la existencia; esto se traduce en la erradicación de las muertes maternas y de los infantes antes de los 4 años, la atención y prevención de la salud física y mental, así como garantizar afiliación y acceso a servicios de salud y sanitarios, propiciar cuidados en el interior de una familia, promover seguridad alimentaria, la lactancia materna y monitorear el crecimiento de peso y talla. Asimismo, orientar y apoyar a las familias para la estimulación y el desarrollo infantil, que logren ingresar en el preescolar, garantizar espacios para que los infantes jueguen y garantizar que no se presenten maltratos, abusos ni explotación hacia los niños (Vicepresidencia de la República de Colombia, 2007). Estos programas de intervención dirigidos a mejorar las condiciones de la primera infancia no pueden desarrollarse ignorando el contexto, por el contrario, “deberán estar enraizados en las familias, en las comunidades y en los valores culturales” (Evans, 2000, p. 4).

MADURACIÓN CEREBRAL Y DESARROLLO DE LA MENTE

Las investigaciones sobre el desarrollo humano han estado avanzando hacia la interdisciplinaria, y las tendencias actuales reclaman, incluso, el abordaje transdisciplinar para la elaboración de teorías explicativas que integren la información sobre el desarrollo estructural (neuroanatómico) del cerebro con los conocimientos sobre la cognición y sus cambios a lo largo de la vida (Sastre, 2006).

“Los humanos no venimos programados genéticamente. Naturaleza-medio ambiente, o biología-cultura se inter-activan mutuamente aun para poder llevar a cabo el primer gesto humano” (De Nicolás, s. f.). De esta forma, se comprende que el desarrollo integral del ser humano y, por tanto, su estructuración neurológica, implica la interacción de múltiples factores.

Gracias al avance científico-tecnológico que ha favorecido la aparición de nuevos descubrimientos sobre el funcionamiento cerebral, se ha podido evidenciar cómo el cerebro cambia a lo largo de la vida y cómo

desde la concepción hasta los 6 años se marca la pauta para el desarrollo de las habilidades y aptitudes (Eming y Fujimoto-Gómez, 2003; Roselli, 2003).

El momento de mayor velocidad en el desarrollo cerebral ocurre entre el nacimiento y los 3 años (Vegas y Santibáñez, 2010). Sin embargo, el desarrollo cerebral en su máxima expresión no se genera de manera espontánea, sino a partir de las experiencias con los diferentes elementos del medio que van dando forma a las conexiones del cerebro.

DESARROLLO CEREBRAL ANTES DEL NACIMIENTO

Mientras el corazón y todos los demás sistemas vegetativos están preparados para funcionar una vez se corta el cordón umbilical, no ocurre lo mismo con el cerebro. Este se desarrolla gracias a dos fuertes determinantes: las órdenes escritas en el código genético y los impulsos que le proporciona el medio ambiente. Gracias a estos dos factores, las funciones cerebrales se desarrollan y la riqueza emocional e intelectual aumenta (Terré, 2010).

Las observaciones intra- y extrauterinas (con abortos de menos de 28 semanas que sobrevivieron unas horas) han podido demostrar que el feto tiene a las 16 semanas de gestación un nivel notable de recepción sensorial (Perinat, 2007). Estas percepciones afinan el desarrollo de sus órganos sensoriales y el cerebro del feto, que percibe diversos tipos de información a través de todos sus sentidos, reacciona ante ellos y los memoriza (Terré, 2010). De todos los hallazgos sobre la percepción intrauterina, quizá el más sorprendente sea el referente a la audición. Los fetos captan en especial los sonidos del cuerpo de la madre (la respiración, los latidos del corazón, los gastrointestinales, etc), pero reaccionan de forma especial ante la voz materna y la prefieren en lugar de otras voces (De Casper y Fifer, 1980).

Al desarrollar las vías neuronales, el feto comienza a percibir las partes de su cuerpo y los elementos de su entorno y aparece así el sentido de la propiocepción que facilita a los seres humanos adaptarse a los cambios en el entorno. Los estudios desarrollados con gemelos homoci-

góticos demuestran cómo los fetos desarrollan este sentido con ayuda de su hermano, al reaccionar ante los estímulos que generan entre sí (movimientos, patadas, roces, etc.) (Piontelli, 2002). Pero ¿qué pueden hacer los padres para estimular el desarrollo cerebral de su bebé desde el vientre materno?

Se ha encontrado que las emociones maternas son capaces de aumentar la frecuencia cardíaca fetal y afectar su patrón y variabilidad (Sjöström et al., 2002). De igual forma, el incremento de la frecuencia cardíaca del feto se ha interpretado como signo de interés y atención en la voz materna (Zimmer et al., 1993). Los padres pueden aprovechar esto para hablarle y cantarle a su bebé. De esta forma, además de ayudar a la estructuración sensorial, se fortalece el lazo afectivo entre el infante y sus padres.

Se ha comprobado que en el momento del nacimiento el cerebro infantil ya muestra una especialización hemisférica en el procesamiento de la música aun a pocas horas de haber nacido. La arquitectura neuronal que subyace al procesamiento de música en los recién nacidos es sensible a los cambios de tono y a las diferencias de consonancia y disonancia (Perani et al., 2010).

Respecto de la estimulación visual, los estudios afirman que los bebés en el útero reaccionan ante estímulos luminosos, como la luz de una linterna. Al parecer, la respuesta fetal a la estimulación luminosa está estrechamente relacionada con el comportamiento del feto y puede reflejar algunas etapas del ciclo de sueño-vigilia (Kiuchi et al., 2000).

Por su parte, el gusto y el olfato, se desarrollan hacia los últimos dos trimestres. El feto puede deglutir el líquido amniótico y siente los olores y sabores de las sustancias que se concentran en el torrente sanguíneo de la madre que a través de la placenta llegan hasta los capilares sanguíneos de su mucosa nasal. Así, todo lo ingerido o inhalado por la madre será experimentado por el bebé en su vientre (Forestell y Menella, 2008).

Ahora bien, las elecciones de alimentos durante el embarazo y la lactancia son influenciadas por una variedad de factores que pueden ser internos (ansiedad y aversiones, en especial durante el primer trimestre del embarazo) y externos o ambientales (prácticas culturales y creencias sobre los alimentos). Estas prácticas alimentarias tradicionales sirven para predisponer a los bebés a los sabores que son característicos de la cultura de su madre y región geográfica. Estas exposiciones al sabor pre- y posnatal tempranas pueden servir para facilitar el paso de la vida del feto a través de la lactancia a la iniciación de una dieta de alimentos sólidos variados (Forestell y Mennella, 2008).

Es conocido el impacto que tiene el estado nutricional de la madre antes, durante y después del nacimiento de su hijo, pero existen otros factores de riesgo de gran incidencia en la aparición de trastornos congénitos o problemas de desarrollo en los infantes. Se ha comprobado que el consumo de alcohol durante el embarazo aumenta las complicaciones obstétricas, la probabilidad de que el bebé nazca con bajo peso, diversas anomalías congénitas y afecta el desarrollo conductual y del aprendizaje (Berenzon et al., 2007).

No se ha establecido ninguna cantidad de alcohol ni momento del embarazo en el que la madre pudiera ingerir bebidas alcohólicas sin correr riesgo (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2005). Cuando una mujer embarazada ingiere alcohol, su bebé también lo hace. Los trastornos del espectro alcohólico fetal (FASD '*fetal alcohol spectrum disorders*') incluyen problemas de crecimiento, defectos congénitos del corazón, el cerebro y otros órganos principales y el síndrome alcohólico fetal. Estos daños pueden ocurrir incluso antes de que la mujer sepa que está embarazada (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2005).

MADURACIÓN CEREBRAL EN LA INFANCIA

El cerebro de un recién nacido pesa aproximadamente 350 gramos y presenta unas áreas corticales primarias tanto motoras como sensoriales bien desarrolladas. Después del nacimiento, el cerebro crece como consecuencia del desarrollo de procesos dendríticos y de mielinización

de las vías nerviosas. Poco a poco, la corteza se va haciendo más compleja, transformación que es acompañada por el desarrollo de conductas progresivamente más elaboradas (Roselli, 2003).

Para que el cerebro pueda activar los componentes de su potencial genético, se requieren los estímulos (experiencias) que tendrán un efecto sobre la formación de las conexiones neurales y el desarrollo de las trayectorias sensoriales que a su vez son fundamentales e interactúan para desarrollar las funciones cerebrales más elevadas, como las emociones, el lenguaje, el pensamiento y el comportamiento (Vegas y Santibáñez, 2010).

Así, el desarrollo del cerebro es el resultado de la interacción de la naturaleza (herencia biológica o genética) y la crianza (experiencias) (Vegas y Santibáñez, 2010; Sastre, 2006; Roselli, 2003; De Nicolás, s. f.). Por una parte, la genética establece el esquema básico necesario para desarrollar el cerebro y las experiencias determinan las conexiones sinápticas que ocurren dentro del cerebro con consecuencias de largo alcance (Vegas y Santibáñez, 2010).

El desarrollo cognitivo se entiende como la transformación permanente y diferencial de estructuras y funciones cognitivas a lo largo de la vida, a partir de unas conductas preformadas y en interacción con el medio, donde la mente emerge a partir de un cerebro en desarrollo. Para que esto ocurra, es necesaria tanto la acción individual como la interacción social (Sastre, 2006).

Después de la separación producto del parto, madre hijo se necesitan mutuamente. Si bien se encuentran en un estado diferenciado físicamente tras el corte del cordón umbilical, todavía no se da un estado diferenciado psicológicamente (Terré, 2010). Antes del desarrollo del lenguaje e incluso después, el contacto táctil es la mejor manera para que una madre comunique el afecto a su hijo (Terré, 2010).

Asimismo, las experiencias sensoriales tempranas, enriquecidas con estímulos adecuados, mejoran el rendimiento en el aprendizaje (Mustard, 2010; Van-Praag, Kempermann y Gage, 2000; Rosenzweig y Ben-

nett, 1996). Al parecer, la respuesta del cerebro en un ambiente enriquecido es similar a los resultados de un entrenamiento formal.

Durante los primeros años de vida, la plasticidad del cerebro está en su máxima expresión. Por esta razón, las experiencias en especial en este periodo dan forma a la estructura del cerebro del infante (Vegas y Santibáñez, 2010). Sin embargo, esta extrema plasticidad es una moneda de dos caras que va de la adaptación a la vulnerabilidad.

Una nutrición deficiente desde el nacimiento hasta los primeros dos años de vida, por ejemplo, puede perjudicar el desarrollo del cerebro (Black et al., 2008). Cuando las necesidades básicas de los niños no se encuentran satisfechas, su desarrollo se detiene. Así, la pobreza puede tener efectos nocivos sobre su desarrollo físico, cognitivo y emocional (Vegas y Santibáñez, 2010).

Cuando se encuentran satisfechas las necesidades básicas del infante, este avanzará más rápido en el dominio de las competencias cognitivas básicas y desarrollará una mayor confianza en sí mismo, pero necesitará de un entorno facilitador de estimulación para su adecuado desarrollo. Las experiencias normales o enriquecedoras fortalecen el desarrollo normal del cerebro, mientras que las experiencias anormales pueden causar un desarrollo anormal (Black et al., 2008). Esto se ha evidenciado en países donde los niños tienen una nutrición adecuada, pero los que no tuvieron oportunidades de estimulación cognitiva y social temprana presentan una disminución en su desarrollo cognitivo y social, que los dirige en una trayectoria hacia el bajo nivel educativo, la deserción escolar y el limitado potencial económico (Black et al., 2008).

La familia y la comunidad afectan o favorecen el desarrollo de los niños a través del ambiente físico y social, las experiencias, la socialización y los hábitos de salud (Vegas y Santibáñez, 2010). La principal fuente de estímulos cerebrales en los primeros años de vida es el cuidador primario. Las primeras experiencias establecidas con él son vitales para el desarrollo de la capacidad para autorregulación de las emociones,

gozar de salud mental y física y desarrollar destrezas perceptivas, cognitivas y comunicativas (Vegas y Santibáñez, 2010).

Se puede hacer mucho para la superación de las desventajas socioeconómicas y el subdesarrollo, y facilitar la vivencia de experiencias positivas que ayuden al desarrollo cerebral en la primera infancia (Vegas y Santibáñez, 2010). Esta etapa de la vida representa una oportunidad para que las intervenciones puedan influir más efectivamente en el desarrollo de los niños y jóvenes y sus contextos.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO

Tal como se ha mencionado, el crecimiento y el desarrollo físico son fenómenos simultáneos e interdependientes, producto continuo de múltiples procesos de interacción y transformación en los que el niño resuelve situaciones que van incrementando su complejidad y le ayudarán a desarrollar las estructuras que servirán de base para las siguientes situaciones que se le presentarán en la vida.

El desarrollo asumido en su multidimensionalidad y en la indivisibilidad de estos procesos resume un todo que se constituye en el niño (Gilardon et al., 2004), de manera que los cambios que se producen en el cuerpo y en la mente de quien crece en un sentido integral solo pueden ser interpretados de forma adecuada si se parte de una perspectiva holística de lo que en ese proceso se está dando.

La supervisión del crecimiento y del desarrollo físico han sido una de las actividades esenciales de los padres, familiares, cuidadores, docentes, pediatras y todas aquellas personas que interactúan con el niño a lo largo de su vida.

Los índices más utilizados para evaluar el crecimiento y el desarrollo físico de los niños son el peso, la talla y el perímetro craneano, aunque también se recomienda utilizar índices, como el de circunferencia torácica y braquial, el grosor de pliegues cutáneos y los segmentos corporales (Cattani, s. f.; Galbe, 2003), que permiten realizar una evaluación más completa.

Respecto del proceso de desarrollo físico, es necesario destacar que no todos los niños logran obtener las destrezas a una edad exacta. Por tal razón, se explora en general el porcentaje de niños que la adquieren en un rango de tiempo, que constituyen el grupo normativo, lo cual sirve de guía para evaluar la “normalidad” del proceso.

Todos estos procesos de evaluación son cruciales en especial en los primeros cuatro años de vida, pues la velocidad de crecimiento es mayor en este momento que durante el resto de la vida. Es prioritario el cuidado que se les brinda a los niños, y el seguimiento cada pocos meses, que permita diagnosticar el estancamiento del desarrollo físico y el crecimiento, así como las medidas necesarias por tomar para favorecer el transcurso del proceso de manera normal.

En edades posteriores, la evaluación debe hacerse en un periodo mínimo de seis meses a un año (Cattani, s. f.), pero los padres y cuidadores deben estar siempre atentos a los cambios que se puedan presentar de manera abrupta y que puedan generar malestar en el infante. Asimismo, es necesario educar al niño en el conocimiento sobre sus propios cambios evolutivos para que él mismo sea un evaluador y dueño de su desarrollo físico.

FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROCESO DE DESARROLLO FÍSICO Y EL CRECIMIENTO

Hace más de cien años, el hambre, la desnutrición y las infecciones eran las principales causas de la mortalidad infantil y los problemas de crecimiento y desarrollo físico. Sin embargo, hoy, cuando los avances en atención de la salud muestran logros sustantivos en la reducción de las tasas de mortalidad, toma más fuerza la preocupación por la calidad de vida de aquellos que sobreviven (Gilardon et al., 2004).

Aunque se encuentra todavía que las mencionadas situaciones constituyen las causas principales de alteración del desarrollo físico, en países en vías de desarrollo también se identifica que en las sociedades desarrolladas aparecen nuevas situaciones, no menos preocupantes (Galbe, 2003).

Los factores ambientales que pueden afectar el crecimiento del niño actúan a través de la dieta de la madre durante la gestación y la lactancia y, posteriormente, por la dieta del niño en la primera infancia. Así, el medio ambiente puede incidir en el desarrollo fetal e infantil, por dos vías: ingesta de alimentos y agua como portadores de tóxicos y dieta como mecanismo de acción de los agentes protectores, como ocurre en el caso de los nutrientes antioxidantes (Ramón et al., 2005).

La exposición a sustancias externas que afectan las funciones del sistema endocrino causa efectos adversos sobre la salud de un organismo o sus descendientes. Este proceso se conoce como disrupción hormonal (Ramón et al., 2005; Lang et al., 2008).

Otros contaminantes ambientales, como los compuestos orgánicos persistentes, y algunos metales (plomo, metilmercurio), se ingieren por el consumo de alimentos, como el pescado y la carne (Ramón et al., 2005). Estos compuestos se han relacionado con retardo del crecimiento intrauterino y ritmo de crecimiento posnatal, prematuridad y alteraciones menores del desarrollo neuroconductual (Ramón, 2005; Ribas-Fito et al., 2001).

Los niños son en especial vulnerables a la incidencia negativa de los contaminantes ambientales, ya que sus mecanismos de desintoxicación no están completamente desarrollados y sus órganos están en proceso de formación y consolidación de sus funciones (Ramón et al., 2005). La dieta y la nutrición durante la etapa fetal y primera infancia son fundamentales para el correcto desarrollo infantil, así como para la salud posterior. La exposición a contaminantes ambientales tiene efectos tanto en el momento del nacimiento (retardo de crecimiento intrauterino, prematuridad, alteraciones neurológicas) como sobre la salud en otras etapas de la vida, que incluye cáncer, asma y alergias, enfermedades cardiovasculares, alteraciones cognitivas, etc. (Ramón et al., 2005).

Es importante destacar que las transformaciones de las prácticas de cuidado propias de la globalización no siempre sugieren las mejores acciones (suelen estar mediadas por el interés de fomentar el consumo: reemplazar la lactancia por leches de fórmula, reemplazar la compañía

de los padres por la televisión o juguetes, etc). Muchos de estos productos están contaminados o contienen elementos químicos que, como se ha expresado, pueden afectar la salud de los infantes.

Sin embargo, las prácticas de cuidado tradicionales favorecen el sano crecimiento y desarrollo de la infancia, por ejemplo al privilegiar la lactancia materna sobre la leche de fórmula, favorecer la construcción de juguetes por los padres y sus hijos utilizando productos naturales característicos de la localidad, retomar juegos infantiles tradicionales, que implican mayor movimiento y acción del niño en relación con su espacio y ambiente circundante, etc.

CRECIMIENTO, DESARROLLO FÍSICO Y SU INTERACCIÓN CON FACTORES SOCIALES

Las metas del desarrollo infantil son el logro de una adecuada autoestima, autonomía, creatividad, solidaridad, felicidad, salud y resiliencia, que se pueden alcanzar en el ciclo vital del niño y constituyen la máxima expresión del potencial individual en permanente transformación, apoyado en la crianza humanizada.

Estas metas del desarrollo infantil, en gran parte, están determinadas por la influencia ambiental, en la que aparecen factores del entorno físico, psicosocial y sociocultural de los individuos, donde se resaltan la importancia del nivel educativo de los padres, el ingreso familiar, la composición y estabilidad de la familia, entre otros (Cattani, s. f.). Ejemplo de esto se refleja en las diferencias de estados de salud en adultos provenientes de niveles socioeconómicos bajos, en relación con los de estratos más altos, donde el nivel educativo tiene una gran incidencia en las conductas individuales de riesgo para la salud (Lantz et al., 2001), al igual que las diferencias de estatura, peso y desarrollo de la pubertad que se presentan en ambos grupos (Cattani, s. f.; Jansen y Hazebroek-Kampschreur, 1996).

El niño es un sujeto activo de su desarrollo, y lo suscita a partir de sus características de personalidad, temperamento, actividad e interacción con sus ambientes inmediatos y de los escenarios sociales que lo afectan. Cuando se comprende el desarrollo del niño desde esta perspecti-

va, se logran identificar “los factores de riesgo individuales (bajo peso, desnutrición, crisis familiares, etc.) y comunitarios (saneamiento ambiental, violencia, pobreza, etc.) que pueden estar presentes y afectar al desarrollo” (Gilardon et al., 2004, p. 313).

Los factores socioambientales que inciden sobre el desarrollo se manifiestan en la familia, a partir del sostén y el acompañamiento de las relaciones vinculares del niño, en especial con la madre, pero no limitado a ella (Gilardon et al., 2004). Pero si el niño vive en una familia donde el maltrato y los conflictos son frecuentes, su desarrollo en la regulación fisiológica puede verse afectado (Moore, 2010). Siendo así, resulta de particular importancia para el desarrollo del infante el cuidado ofrecido no solo por la madre, sino por su padre, hermanos, familiares y adultos próximos, los pares, el equipo de salud encargado del seguimiento pediátrico, el jardín-escuela y la comunidad (Gilardon et al., 2004).

En el sistema de salud, los factores protectores del desarrollo físico aparecen mediante la prevención y detección de las situaciones de riesgo, y generan acciones interdisciplinarias para resolver los problemas que se presenten y fortalecen los factores positivos existentes (Gilardon et al., 2004).

En las distintas instituciones del sistema educativo, a partir de la promoción de un trabajo interdisciplinario que implemente acciones orientadas al desarrollo del niño (Gilardon et al., 2004).

En la comunidad, mediante el mejoramiento del ambiente, tanto desde el punto de vista social, como, por ejemplo, reduciendo la violencia, como en el saneamiento ambiental y en la promoción de espacios favorables para el desarrollo de los niños (Gilardon et al., 2004).

Tomando en cuenta todos estos elementos del entorno del niño, se pueden plantear el diseño y la ejecución de programas, que, a partir de enfoques complementarios, ayuden al adecuado proceso de crecimiento y desarrollo integral de los niños.

Es necesario reconocer el potencial de la comunidad en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños. Las redes sociales pueden ser sistemas de apoyo social que promueven la salud y que constituyen un elemento indispensable para amortiguar el estatus psicosocial (Abello y Madariaga, 1999). De esta manera, no se pueden desconocer los altos índices terapéuticos de la familia y de la red social, teniendo en cuenta que es a través de ellos que el individuo logra expresar sus habilidades, sentimientos y facultades, y crear vínculos sociales estables que le permiten mantener el apoyo social y la aceptación de sí mismo.

LA VIDA EMOCIONAL

Las emociones se hallan en todos los procesos evolutivos del ser humano en la realización del ser social que somos. El desarrollo emocional es el proceso por el cual el niño construye su identidad, su autoestima, su seguridad y confianza en sí mismo y en el mundo, a través de las interacciones que establece con sus pares significativos, identificándose a sí mismo como una persona única y distinta (Haeussler, 2000).

El mayor logro de este proceso será que el niño distinga las emociones y sea capaz de expresarlas y controlarlas. La propiedad más importante del ser humano es su capacidad de formar y mantener relaciones, las cuales son absolutamente necesarias para que cualquiera pueda sobrevivir, aprender, trabajar, amar y procrearse (Perry, 1999). La vida afectiva aparece como el motor que logra que el desarrollo del niño en sus primeros años sea satisfactorio, de manera que un ambiente cálido y de cuidado, que cubra sus necesidades afectivas básicas, ayudará al normal equilibrio de la personalidad.

El afecto que el niño recibe de sus principales cuidadores y las experiencias de formación de vínculos de apego en los primeros años de vida son fundamentales en el desarrollo de la capacidad para formar relaciones cercanas y emocionalmente saludables. La empatía, el afecto, desear compartir, inhibirse de agredir, la capacidad de amar y demás características emocionales de una persona feliz y productiva están asociadas a las capacidades medulares de apego formadas en la infancia y niñez temprana (Perry, 1999).

La interacción del niño con adultos significativos es fundamental para su desarrollo. Los adultos son el apoyo para el aprendizaje del niño, lo proveen con oportunidades de estimulación a través de objetos, posibilidades de tomar decisiones, explorar, experimentar y descubrir. Los niños necesitan oportunidades para interactuar con pares y adultos en ambientes seguros que los provean de seguridad y aceptación.

El vínculo entre un niño pequeño y sus cuidadores provee el mayor vehículo para su desarrollo físico, emocional y cognoscitivo. Es en este contexto primario que el niño aprende el lenguaje, las conductas sociales y un sinnúmero de otras conductas clave necesarias para un desarrollo saludable (Amar y Alcalá, 2001).

LA FAMILIA SOCIALIZADORA Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO

La familia es un regulador básico para la armonía de la sociedad en general. En ella se regula el comportamiento de las personas y es un factor socializador no solo del niño, sino de todos sus miembros. El hombre aprende a ser humano en el interior de la familia. En ella recibe el acervo cultural existente (Amar, 1994).

La socialización es el proceso mediante el cual se transmite de generación en generación la cultura, los valores y los comportamientos sociales a los miembros de la sociedad que aprenden conocimientos específicos, desarrollan sus potencialidades y habilidades necesarias para participar en la vida social y adaptarse a las formas de comportamiento organizado, característico de una sociedad determinada (Andréu, 2003). Gracias a la socialización, las familias logran “introducir al individuo en la sociedad —y la sociedad en el individuo— haciendo de él un miembro activo del grupo” (Iglesias, 1988, citado en Andréu, 2003, p. 244).

Históricamente, la familia ha sido el principal agente de socialización en la vida de las personas. Aunque los cambios sociales producto de los procesos de industrialización y modernización han causado una pérdida relativa de su relevancia ante la aparición de nuevas agencias socializadoras, como el sistema educativo, los grupos de amigos, los

medios masivos de comunicación (Andréu, 2003), con el creciente uso de las redes sociales la familia sigue siendo fundamental, en especial para los niños y adolescentes.

La familia es el primer agente en el tiempo. Durante un lapso más o menos prolongado tiene prácticamente el monopolio de la socialización y, además, en especial durante la infancia, muchas veces selecciona o filtra de manera directa o indirecta las otras agencias, escoge la escuela a la que van los niños, procura seleccionar los amigos con los cuales se relacionan, controla su acceso a la televisión, etc. En este sentido, la familia es un nexo muy importante entre el individuo y la sociedad (Andréu, 2003). Siendo el principal agente socializador, la familia influye en el desarrollo socioemocional del infante tanto de manera positiva cuando se le aportan los elementos necesarios para insertarse a las normas de la sociedad, como de manera negativa cuando los padres no lideran este proceso de la forma más adaptativa para el niño.

Todo el potencial con el que el niño nace es posible de ser desarrollado gracias a su familia, pues en ella desarrollan en armonía todas sus dimensiones íntimas, privadas y públicas. La socialización ocurre a lo largo de la vida y permite a los individuos, desde la infancia hasta la vejez, adaptarse a las nuevas circunstancias del entorno, y lograr en cada etapa de la vida una integración adecuada en el medio social (Aguirre, 2000).

En las acciones diarias de los individuos, se destacan algunos rasgos estables resultado de su particular proceso de socialización, aunque gran parte de su comportamiento se transforma por los cambios ocasionados en el trabajo, la educación, los espacios que habitan, las costumbres y demás campos de la vida diaria (Aguirre, 2000). Sin embargo, gran parte de este aprendizaje básico ocurre en los primeros años de vida. Los métodos naturales de enseñanza que utilizan los padres tienen un impacto mayor a largo plazo, que lo enseñado a los niños en el colegio bajo una intencionalidad pedagógica (Amar, 1994).

La influencia entre individuo y sociedad ocurre de manera bidireccional. Según Aguirre (2000), los individuos no asumen pasivamente las

exigencias de su entorno social, sino que participan de forma activa en el proceso y aportan tanto a su propia socialización como a la reconstrucción del sistema social donde se desenvuelven. Esta relación que se establece entre individuo y sociedad se manifiesta en la forma como los individuos integran a su forma de ser, pensar y actuar las normas del grupo social al que pertenecen (Aguirre, 2000).

Belsky, Steinberg y Draper (1991) sostienen que la influencia del ambiente en los primeros años es muy importante sobre el desarrollo interpersonal posterior. Asimismo, señalan que el ambiente genera experiencias que favorecen u obstaculizan el desarrollo de los individuos, de tal forma que las condiciones desfavorables reproducen comportamientos con desajustes, mientras que circunstancias favorables producen un mayor equilibrio y dominio por parte del individuo, tanto de su entorno social como de sí mismos. Los modelos, los valores, las normas, los roles y las habilidades que se aprenden durante la infancia se relacionan con el aprendizaje del manejo y la resolución de conflictos, las habilidades sociales adaptativas, las conductas prosociales, la regulación emocional, entre otras (Cuervo, 2010). Por esta razón, la función social básica de la familia es establecer las normas adaptativas de comportamiento y la personalidad básica del sujeto para que este pueda convivir sanamente en su entorno social.

La supervisión de estos procesos es una de las actividades esenciales de los cuidadores. “El desarrollo se inscribe como parte integral de la salud del niño dentro del concepto de crianza y sustentado en la construcción social de la salud” (Gilardon et al., 2004, p. 312). Por esta razón, es necesario identificar, promocionar y garantizar factores protectores del desarrollo y el crecimiento como la nutrición, así como detectar, evitar y controlar aquellos que constituyan una amenaza para estos procesos. Para la dimensión corpórea, resulta fundamental tener en cuenta factores de cuidado, tales como alimentación, sueño, higiene, recreación, salud física y neurodesarrollo. Ahora bien, aunque el cuidado y acompañamiento del proceso desarrollo desde la infancia deben ser liderados fundamentalmente por los padres, muchas veces estos requieren de apoyo para poder cumplir con esta función, debido a la vulnerabilidad que presentan.

La socialización durante la infancia se produce mediante las prácticas implementadas por los padres (y en general la estructura familiar) para orientar el desarrollo del niño y transmitirle los valores y normas que faciliten su incorporación al grupo social (Cuervo, 2010). Las prácticas cuidadoras son las acciones llevadas a cabo por los padres y las personas responsables del cuidado de los niños para dar respuesta a sus necesidades (Aguirre, 2002).

En las relaciones familiares y las estrategias de socialización emprendidas por los padres, es necesario destacar el cuidado como base del proceso del desarrollo socioemocional del niño. Cuidar implica desde el grado de control que manejan los padres en la relación con sus hijos (un control entendido como seguimiento, orientación y evaluación de su proceso de desarrollo) la comunicación entre los integrantes del hogar y el afecto que se refleja en el contexto familiar (Amar y Martínez, 2011). Al hablar de “cuidado” consideramos “todo valor latente o manifiesto, que en forma de comportamiento o actividad contribuye, como posibilidad o como realidad dentro de la vida cotidiana, al enriquecimiento de las dimensiones individual, social y universal de los seres humanos” (Camacho y Rojano, 1990, p. 14).

Se considera que cada familia plasma estas características en su dinámica relacional, lo cual posibilita el desarrollo de los infantes y los prepara para insertarse adecuadamente en la sociedad (Henaó, Ramírez y Ramírez, 2007). La interrelación de múltiples variables en la vida familiar produce distintas estrategias de socialización, caracterizadas por la singularidad de ser exclusivas de cada familia, pero, a su vez, semejantes a las que utilizan otras familias del mismo grupo social (Henaó, Ramírez y Ramírez, 2007).

El proceso de socialización que la familia emprende con sus hijos no se limita a una serie de acciones y reacciones estáticas, enmarcadas en formas de comportamientos repetitivos. Por el contrario, las prácticas de cuidado familiar se transforman permanentemente como resultado del desarrollo de los niños y por los cambios suscitados en el medio social (Aguirre, 2002). Así, la socialización se sitúa en el campo de la interacción humana, caracterizada por la existencia de relaciones de

poder e influencia mutua. En las prácticas familiares, el conflicto de poder se evidencia en la tensión existente entre los padres que están convencidos de cumplir una función orientadora y los hijos que son capaces de ejercer control sobre la conducta de sus padres y reorientar las acciones de estos (Aguirre, 2002). En esta interacción, Aguirre (2000 y 2002) distingue tres procesos psicosociales, muy relacionados entre sí: las prácticas, las pautas culturales y las creencias.

Las *prácticas* se conciben como los comportamientos que ejecutan los adultos para garantizar la supervivencia del infante, favorecer su crecimiento y desarrollo psicosocial y facilitar el aprendizaje de conocimientos que le permitan al niño interpretar el entorno que le rodea (Aguirre, 2000). De acuerdo con la Fundación Bernard Van Leer (1986), para que el aprendizaje de los niños sea efectivo, el proceso debe estar en sintonía con el conjunto de sus experiencias cotidianas, de manera que, si se espera que los niños se desarrollen como adultos creativos y aptos para abordar los problemas de la vida, deben ser criados en una atmósfera de afecto y cuidado, con adultos que les brinden relaciones cálidas y seguras. De las interacciones que tengan con los adultos significativos a través de las prácticas que estos emprendan dependerá que los niños desarrollen un concepto positivo de sí mismos.

Las *pautas sociales y culturales* se relacionan con las costumbres culturales sobre el cuidado de los hijos, que sirven de referencia a los padres, es decir, el orden normativo formal o no, que le indica al adulto qué se debe hacer frente al comportamiento de los niños (Aguirre, 2000).

En las pautas prima una representación social de niño, que condiciona la interpretación de los diferentes órdenes normativos, que pueden asumir formas bastante restrictivas o muy tolerantes, dándose entre estas una variedad, que depende de los rasgos culturales del grupo (Aguirre, 2002, p. 6).

La coexistencia de normas sociales que le exigen al individuo un acatamiento no reflexivo a la autoridad, con otras que centran la atención en la autonomía de los niños, hace que en la cotidianidad los padres de familia entren en contradicciones cuando intentan controlar y orientar el comportamiento de sus hijos (Aguirre, 2002).

Por último, las *creencias* son las explicaciones que para los padres justifican la manera como orientan las acciones de sus hijos. Corresponden a un conocimiento básico sobre el modo en que se debe criar a los niños, y que son legitimadas por la sociedad (Aguirre, 2000, 2002).

Así, las prácticas, pautas culturales y creencias sobre los hijos son altamente sensibles a las determinaciones socioculturales y al modo como cada padre o madre de familia los interpreta y utiliza (Aguirre, 2002).

Muchas investigaciones se han inspirado en el impacto que causa la utilización de distintas prácticas sobre aspectos, como la autoestima, la aparición de conductas antisociales, el uso de sustancias tóxicas, el rendimiento académico, la depresión (Vallejo et al., 2008) e incluso la repetición futura de dichas prácticas por quienes las han recibido en sus hogares (Rodríguez, 2007). De acuerdo con la Fundación Bernard Van Leer (1986), desafortunadamente los padres de los niños más vulnerables y marginados son los que tienen menores posibilidades de reconocer su valor en la socialización de los hijos, debido a que ellos mismos carecieron de una experiencia exitosa en su infancia.

PROGRAMAS DE CUIDADO A LA INFANCIA LIDERADOS POR LA FAMILIA

De acuerdo con Peñaranda (2003), al planear y ejecutar un programa dirigido a potencializar el desarrollo de la primera infancia, resulta indispensable involucrar a los padres, teniendo en cuenta que

Se requieren también acciones encaminadas a fortalecer el desarrollo de los adultos significativos, para lo cual se precisan concepciones de educación fundadas en la formación y ancladas a la consolidación de oportunidades para la participación de estos en la planeación, ejecución y evaluación de acciones concertadas con las instituciones, tendientes a resolver las graves dificultades que deben abordarse en la crianza de los niños. (p. 11)

El autor añade que, “además de reconocer al niño como sujeto, el papel del adulto como educador o mejor dicho como puericultor, debe estar fundado en el afecto” (p. 11).

Diversas aproximaciones a lo largo de los años se han venido realizando para potencializar el desarrollo de la primera infancia, en especial desde los sectores de salud y educación. Durante la década de 1980, la mayoría de los países no invertían muchos esfuerzos en programas de atención a la infancia, por un lado, debido al escepticismo en torno a la efectividad de dicha intervención, y por otro, por la creencia de que la vida de la primera infancia era un tema estrictamente familiar, y no tenía por qué ser de interés gubernamental (Evans, 2000). A pesar de esto, desde la década de 1920 se realizaban programas longitudinales para el desarrollo de la infancia: en Cuba, existe un programa dirigido al desarrollo de la primera infancia (Río y Jiménez, 2009), el cual se ejecuta desde 1922 y se renueva cada cinco años; este programa maneja un enfoque desde la política para la educación, mediante el cual se pretende promover el desarrollo de los menores de edad, desde su nacimiento hasta los 5 años, complementado con otros programas hasta la mayoría de edad.

Otras investigaciones se han realizado para evaluar programas para el desarrollo de la primera infancia alrededor del mundo: en los Estados Unidos se llevó a cabo el estudio denominado HighScope Perry Preschool Study, en el cual, mediante un diseño longitudinal, encontraron que más de treinta años después de haber aplicado la intervención (programas educativos en la escuela entre los 0-3 años y actividades educativas con los padres), los sujetos demostraron mejor rendimiento intelectual, mayores logros obtenidos y ausencia de problemas de comportamiento en comparación con los sujetos que no recibieron el tratamiento (Bastidas et al., 2009).

En Turquía, se llevó a cabo la evaluación de un programa de intervención realizado en la década de 1980, el cual tuvo como eje central la estimulación cognitiva de los niños a través de una aproximación con los padres como intermediarios. Se trabajó en sesiones grupales con los padres sobre la importancia de mantener vínculos afectivos positivos entre padres e hijos y sobre la promoción de la salud prenatal y neonatal. En la primera evaluación, se evidenció un mayor nivel de habilidades cognitivas en los hijos de madres que participaron, así como mejores indicadores en torno al desarrollo social y de la personalidad,

mejor autoconcepto y niveles reducidos de dependencia y agresividad (Amar, Abello y Tirado, 2005). En el seguimiento realizado al programa después de 7 años de su implementación, los niños mostraban mejor rendimiento intelectual en el colegio; sus madres expresaron que conversaban más con ellos, respondían a sus necesidades, los estimulaban más y se evidenció que eran menos castigadoras que las madres que no participaron en el estudio. En el seguimiento realizado diecinueve años después, los adultos mostraban mayores tasas de asistencia a la universidad y capacidad de empleo (Bronfenbrenner, 2002).

Para países de América Latina como Colombia, Argentina y Bolivia, las intervenciones dirigidas al desarrollo de niños de 0-5 años han incluido actividades educativas en combinación con estrategias dirigidas al mejoramiento de situaciones específicas de salud, que demostraron resultados favorables sobre la salud, la higiene, la nutrición y el desarrollo de los niños involucrados; esta intervención era llevada a cabo regularmente en entornos escolares y dentro del hogar (Vegas y Santibáñez, 2010). Acorde con lo anterior, el papel asumido por los padres en el desarrollo de los niños es crucial e igualmente cobra importancia la necesidad de recibir el apoyo y la educación necesarias para proporcionar a sus hijos el cuidado y la educación adecuadas para su desarrollo (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2008).

Según la Unicef Colombia, para garantizar el desarrollo de la primera infancia, las políticas públicas departamentales deben garantizar y, en caso de ser necesario, restablecer los derechos básicos para la existencia; esto se traduce en la erradicación de las muertes maternas y de los infantes antes de los 4 años, la atención y la prevención de la salud física y mental, igualmente garantizar afiliación y acceso a servicios de salud y sanitarios, propiciar cuidados en el interior de una familia, promover seguridad alimentaria, la lactancia materna y monitorear el crecimiento de peso y talla. Asimismo, orientar y apoyar a las familias para la estimulación y el desarrollo infantil, que logren ingresar en el preescolar, garantizar espacios para que los infantes jueguen y que no se presenten maltratos, abusos ni explotación hacia los niños de la región (Vicepresidencia de la República de Colombia, 2007). Estos

programas de intervención dirigidos a mejorar las condiciones de la primera infancia no pueden desarrollarse ignorando el contexto; por el contrario, “deberán estar enraizados en las familias, en las comunidades y en los valores culturales” (Evans, 2000, p. 4).

Amar, Abello y Tirado (2005) realizaron una investigación en la cual se estableció el impacto ejercido por el Programa de Atención Integral a la Infancia, en cuanto a su desarrollo en lo físico, cognitivo, personal-social y en su rendimiento académico. Coherente con lo expuesto por Evans (2000), el Programa mostró ser altamente efectivo, en especial en las áreas cognitiva, personal social y el rendimiento académico. Se resalta de modo especial el valor significativo que tienen los enfoques alternativos basados en la familia y su pertinencia en términos económicos y sociales, en comparación con la intervención de corte tradicional.

En la región pacífica colombiana, se implementó un programa de veinte años desde 1978, dirigido a la primera infancia, en la cual entrenaron a un grupo de líderes (en su mayoría mujeres) para desarrollar actividades de estimulación temprana, aprendizaje en el hogar, y otros métodos basados en el juego y la interacción con pares. Los principales resultados se centraron en el incremento de la capacidad de sostenerse los niños en el sistema educativo, un aumento de los niños que iban a quinto grado en comparación con la estadística de la década anterior, así como un incremento de los jóvenes que terminaban el bachillerato e incluso se vinculaban a estudios superiores. Del mismo modo, se logró la reducción de la mortalidad infantil y de la prevalencia de enfermedades contagiosas, como la malaria. Por último, se encontró un mayor nivel de compromiso de los padres y la familia en general, con el proceso de desarrollo de los niños (Peñaranda, 2002).

En Medellín, se implementó un programa de crecimiento y desarrollo, y la investigación evaluativa de carácter cualitativo realizada sobre este mediante estudios de caso logró determinar que los padres que participaron se consideraban a sí mismos como eje central del programa ejecutado, ya que reconocen que su acción se encuentra directamente relacionada con el bienestar y desarrollo de los niños pequeños (Bastidas et al., 2002). Esto demuestra la importancia de involucrar a

los padres como principales promotores del desarrollo y el bienestar de sus hijos menores de 5 años.

El proyecto Costa Atlántica, durante casi tres décadas, ha sido un ejemplo de impacto en el desarrollo integral de niños en un contexto de vulnerabilidad socioeconómica, basado en un sistema donde la principal fuente educadora es la familia, que ha encontrado un mayor desarrollo social, cognitivo y físico de los niños beneficiarios en comparación con aquellos que solo reciben la atención formal en sus instituciones educativas (Amar, 1994).

De la experiencia del proyecto Costa Atlántica y de los Hogares Comunitarios del Niño, que buscaban rescatar la cotidianidad del cuidado infantil en la región, donde una madre cuidaba a un grupo de niños mientras sus familiares trabajaban, tuvo un gran éxito que permitió extender la metodología de trabajo en el ámbito nacional con la política de los Hogares Comunitarios de Bienestar.

Este dato es relevante tanto por la riqueza que representa respecto del impacto social para estos infantes y sus familias como para el Estado, pues los costos de atención a la infancia son menores cuando se desarrollan con apoyo comunitario y de las mismas familias de los niños que cuando se tienen que implementar estrategias de educación formal para este nivel de enseñanza (Amar, 1994).

Otra ganancia de este tipo de programas es el aprendizaje significativo y contextualizado que van teniendo los niños, en función de sus experiencias diarias. Si se aspira a que se desarrollen sanamente, con un pensamiento creativo y apto para tratar con éxito los problemas de las sociedades donde les toca vivir, deben ser criados en una atmósfera de afecto y cuidado, con adultos —padres y maestros— que les ofrezcan relaciones afectuosas y seguras.

La cuestión clave reside en que los padres deben ganar confianza en sí mismos y desarrollar destrezas que mejoren su interacción con los niños. Los resultados de investigaciones llevadas a cabo por Amarís, Barrios y García (1994) con madres comunitarias de los Hogares Co-

munitarios de Bienestar muestran como estas mujeres, a pesar de su bajo nivel educativo formal, en la interacción con los niños, desarrollan diversos tipos de habilidades que potencializan sus recursos personales y repercuten al mismo tiempo positivamente sobre los niños.

Asimismo, Amar, Tirado y Barreneche (2007) encontraron que el esfuerzo económico que hace la nación para ofertar alimentación y escolarización a estos menores de escasos recursos es una política exitosa, pues, en ausencia de esta oportunidad, sin duda, su realidad actual sería muy diferente. Ellos no solo reciben escolarización, sino seguridad, alimento adecuado y estimulación adecuada y afecto oportuno. Esto, sobre todo, desempeña un papel muy importante en estos programas, pues las cuidadoras son además las vecinas, las amigas y, en muchos casos, las parientes que aportan el afecto.

Aunque ya es bien sabido el papel que la familia cumple en la educación de los hijos, el sentido superior en el que repercute, la calidad de vida, se sintetiza en la siguiente frase de Alfred Wood:

La educación familiar y los sistemas que la apoyan deberían guiarse, en todo momento, por el principio de que todos los seres humanos tienen el derecho de desarrollar sus potencialidades al máximo; de llevar la plena responsabilidad de sus actos y de ser valorados como individuos. De igual manera, cada sociedad que esté interesada en liberar todas las fuerzas de su pueblo para el beneficio de todos, debe entender la necesidad de crear las estructuras y las oportunidades para que ello ocurra (citado por Amar, Madariaga y Macías, 2005, p. 39).

Para una mayor profundización sobre nuestra perspectiva respecto a la temática, se sugiere consultar el texto *Desarrollo infantil y prácticas de cuidado* (Amar, 2015), donde se detalla a fondo los distintos elementos de la conceptualización.

LA INFANCIA Y LA COMUNIDAD

Teniendo en cuenta la importancia del ambiente en el aprendizaje infantil, también se requiere enfocar las intervenciones en adecuar el am-

biente; por ejemplo, trabajar por la salud y sanidad de la comunidad, incrementar los ingresos y las condiciones ambientales externas (Amar y Alcalá, 2001) son elementos fundamentales a la hora de hablar de la relación entre la comunidad y el desarrollo infantil.

Los primeros cinco años de vida resultan fundamentales para la construcción de la subjetividad y de la identidad, de tal forma que el niño debe relacionarse con un otro que lo interprete y le contribuya a resolver sus necesidades. Ese otro traduce sus demandas yM al responder de forma adecuada, favorece la construcción de su subjetividad en el contexto cultural donde se desarrolla (Gilardon et al., 2004).

El concepto de comunidad ha tenido diversos abordajes en la sociología, que tiene su manifestación en la forma como se asume en la intervención psicosocial. Pese a sus múltiples acepciones, tal como lo afirma Bauman (2003), la palabra *comunidad* contiene una serie de significados como lugar cálido, confortable, acogedor, que protege de los peligros de afuera.

Las nuevas formas de relación que se establecen gracias al avance tecnológico sobre comunicación han hecho que la comunidad traspase los límites del espacio territorial y se convierta en un lugar inmaterial a veces indeterminado, que, sin embargo, sigue siendo fundamental para la vida.

La intervención comunitaria orientada a la sociogestión, a la recuperación de los saberes tradicionales, a la cooperación y el apoyo social entre los actores de las comunidades puede resultar una alternativa frente a los problemas sociales que potencialice las capacidades y los recursos propios para la satisfacción de las necesidades, de forma que las personas puedan responder adecuada y oportunamente a las demandas del entorno.

La idea de acción colectiva soporta la noción de colectividad que constituye un camino para superar los riesgos y la fragmentación propia del individualismo exacerbado, ya que potencializa la cooperación entre individuos y colectividades, de manera que la noción de comuni-

dad surge como pilar en la lucha contra la desigualdad y como factor protector fundamental para el desarrollo las generaciones venideras. El sentido de acción colectiva comunitaria no puede descuidar el entorno real inmediato en el que se encuentra, de lo contrario, carecería de sentido.

Siendo así, el impacto político de la comunidad como una forma en que la sociedad se organiza para alcanzar sus fines transforma una sociedad gobernada por una democracia representativa a una democracia participativa, en la que los ciudadanos apoyan al Estado para administrar el interés público, de manera que la organización social del esfuerzo y el conocimiento de la comunidad representa un importante potencial para la promoción de su propio desarrollo (Vargas, 2003).

EL PAPEL DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO INFANTIL

Tal como Vygotsky lo planteara, no es tan importante hacer hincapié en las etapas del desarrollo de un individuo aislado, sino que para entender cómo ocurre este proceso es necesario estudiar la forma como se producen las relaciones entre la fuerza del desarrollo y las posibles situaciones en que se lleva a cabo (Cordero, 2006). Siendo así, es importante observar al niño como sujeto, pero a la vez comprenderlo “en su interacción y evolución en el mundo sociocultural y a partir de las condiciones concretas en que se desarrolla” (p. 6).

Aunque el desarrollo del niño, como componente básico del desarrollo integral de la comunidad, no puede ser reducido exclusivamente a un enfoque local (Amar, 1994), tampoco puede dejarse únicamente a la labor de los padres o a las funciones propias del Estado. Cada uno de los niveles de relación con los que interactúa el infante es fundamental en su proceso de desarrollo. Por esta razón, resaltamos el papel de la comunidad en tres sentidos: como agente de socialización, como red de apoyo moral y material y como modelo de sociogestión y participación.

La comunidad es un agente fundamental en el proceso de socialización del niño, ya que este en su interacción con las personas del entorno

aprende pautas, normas y costumbres sociales que le permiten ser un individuo activo en la sociedad. Después del hogar, la escuela aparece como el espacio donde el niño tendrá las experiencias más significativas de su desarrollo. “La escuela como agente de socialización, refuerza a las demás instituciones de la comunidad” (Andréu, 2003, p. 246). Ella es reflejo del sistema de ordenamiento de la comunidad, de manera que canaliza y difunde el complejo de normas y valores del asentamiento poblacional.

Pero los niños, además de interactuar en la escuela con sus pares y profesores, también tienen contacto con sus vecinos, amigos de cuadra, comerciantes del barrio, etc. Este entorno social también es determinante. El lugar de encuentro con los vecinos y los amigos ha sido tradicionalmente el espacio público, la plaza, el parque, la calle. Allí se conectan interiores de naturaleza diversa, que prolongan la socialización desde el hogar hacia la calle donde se produce el encuentro con los iguales y con los diferentes (Alguacil, 2009) y se aprende a convivir con ellos.

Además de esto, la comunidad es la que en muchas ocasiones brinda el soporte para supervivencia y protección de los niños en un asentamiento poblacional. De acuerdo con Amar (1998), los grupos de apoyo populares y otras formas de agrupación en torno a necesidades sentidas de personas de la comunidad muchas veces ofrecen a sus miembros soporte moral y emocional, ayuda real e instrumental y también participan en el proceso formador de los hijos. La confianza entre las personas ayuda a asegurar la supervivencia de los niños que viven en contextos de pobreza, los cuales dependen mucho del tejido social que utiliza la reciprocidad al compartir los escasos recursos con personas que se encuentran en la misma o peor situación (Amar, 1998).

Siendo así, los programas que solo enfocan una sola cuestión (desarrollo del lenguaje, nutrición, alfabetización, etc.) tienen un éxito limitado. Cuando se interviene tras la búsqueda del desarrollo de la comunidad, además de capacitar a las familias y comunidades, se intensifican esas relaciones positivas entre adultos y los niños y mejora globalmente el ambiente de desarrollo del niño (Fundación Bernard Van Leer, 1988).

El desarrollo de las potencialidades de la comunidad representa un elemento de vital importancia para la obtención de autonomía del sujeto. Cuando el niño crece en un ambiente donde las personas generan su propia historia, logra apreciar la capacidad que tienen los individuos para transformar la realidad que los envuelve. En esto encuentra un modelo que le aporta a la construcción de una identidad propia, pero forjada con un gran sentido comunitario.



Fundamentos metodológicos

OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE LÍNEA BASE

- Analizar las condiciones en las que ocurre el desarrollo infantil de los niños en primera infancia del sur del departamento del Atlántico.
- Caracterizar el desarrollo infantil de niños entre 0 y 5 años en su dimensión corpórea, socioemocional, sociocognoscitiva y lingüístico-comunicativa.
- Identificar las prácticas de cuidado que son implementadas por las familias con hijos de 0 a 5 años, radicadas en zonas rurales del departamento del Atlántico.
- Determinar las prácticas comunitarias en torno al cuidado infantil en el sur del departamento del Atlántico.

DISEÑO E IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN

La investigación, con un diseño descriptivo, se desarrolló en el departamento del Atlántico. Más específicamente en siete municipios del sur del departamento (Repelón, Manatí, Santa Lucía, Campo de la Cruz, Suán, Candelaria, Ponedera), los cuales han sido fuertemente afectados por las pasadas olas invernales y que aún hoy se encuentran en proceso de restablecimiento de derechos y reconstrucción. Las actividades se han focalizado en las cabeceras municipales. Se seleccionan intencionalmente estas poblaciones debido a la gran vulnerabilidad en la que se encuentran los niños en primera infancia, en contraste con

otras zonas rurales del departamento. De acuerdo con las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2005), en estas poblaciones se espera que habiten unos 10 000 niños aproximadamente entre los 0 y 3 años para 2012. Se llevó a cabo una búsqueda de barrido de las familias con hijos entre los 0 y 5 años, para lo cual se abordaron los distintos barrios y corregimientos de los municipios hasta alcanzar la población del estudio.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS MUNICIPIOS

De acuerdo con la información secundaria tomada del DANE (2005), se exponen los principales indicadores demográficos, sociales y económicos en relación con el objetivo del proyecto para los siete municipios en los que se implementa el programa. La población total de los siete municipios es de 105 362 habitantes, distribuidos de la siguiente forma: Campo de la Cruz: 18 354; Candelaria: 11 635; Manatí: 13 456; Ponedera: 18 430; Repelón: 22 196; Santa Lucía: 11 947; y Suán: 9344. De esta población, 12.0 % (12 648) tienen edades de entre 0 y 4 años (que incluyen las edades hasta antes de cumplir los 5 años).

A continuación, se desagrega este indicador demográfico para los siete municipios: Campo de la Cruz: 11.4 % (2092); Candelaria: 11.4 % (1328); Manatí: 11.9 % (1602); Ponedera: 14.1 % (2595); Repelón: 12.3 % (2732); Santa Lucía: 11.6 % (1389); y Suán: 9.7 % (910). Lo anterior se traduce en una razón de niños < 5 años sobre mujeres promedio de 0.49. Este indicador presenta los siguientes valores para los municipios de intervención: Campo de la Cruz: 0.48; Candelaria: 0.49; Manatí: 0.52; Ponedera: 0.60; Repelón: 0.52; Santa Lucía: 0.47; y Suán: 0.37 (figura 2).

Del total de jóvenes entre 15 y 19 años, 14.0 % acepta haber tenido hijo/s nacido/s vivo/s, así: Campo de la Cruz: 16.6 %; Candelaria: 13.6 %; Manatí: 11.4 %; Ponedera: 15.1 %; Repelón: 13.6 %; Santa Lucía: 18.8 %; y Suán: 6.5 %. Esto contribuye a un alto promedio de hijos para los municipios: Campo de la Cruz: 2.89; Candelaria: 2.88; Manatí: 2.92; Ponedera: 2.98; Repelón: 2.93; Santa Lucía: 2.84; y Suán: 2.85.



Figura 2. Ubicación de los municipios del estudio

Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi.

Las condiciones de calidad de vida por necesidades básicas insatisfechas demuestran las precarias condiciones materiales de los municipios, pues el porcentaje de viviendas que no tienen condiciones básicas de vida son: Campo de la Cruz: 62.9 %; Candelaria: 74.2 %; Manatí: 57.1 %; Ponedera: 50.0 %; Repelón: 52.3 %; Santa Lucía: 60.0 %; y Suán: 55.4 %. En este mismo orden de ideas, el déficit de vivienda cuantitativo: Campo de la Cruz: 13.16 %; Candelaria: 9.82 %; Manatí: 6.17 %; Ponedera: 6.87 %; Repelón: 10.62 %; Santa Lucía: 8.36 %; y Suán: 7.55 %; y en déficit de vivienda cualitativo: Campo de la Cruz: 80.92 %; Candelaria: 78.17 %; Manatí: 93.64 %; Ponedera: 74.18 %; Repelón: 73.22 %; Santa Lucía: 77.89 %; y Suán: 91.87 %. Dentro de unas condiciones desfavorables, la tasa de mortalidad infantil (por cada 1000 nacimientos) presenta niveles elevados en los municipios: Campo de la Cruz: 28.08; Candelaria: 15.81; Manatí: 31.44; Ponedera: 17.98; Repelón: 14.41; Santa Lucía: 29.86; y Suán: 19.20.

PROCEDIMIENTO DE MUESTREO

El proceso de muestreo se realizó de dos maneras. En el momento cualitativo de la investigación, específicamente la observación etnográfica se hizo por distinción de los participantes, que se segmentaron por sus características socioeconómicas y demográficas y representaran la configuración de los municipios. Se buscaron familias que aún estuvieran viviendo en albergues o en arriendos temporales debido a la ola invernal de 2010-2011, familias reubicadas en las nuevas viviendas entregadas por el Gobierno y familias que retornaron a sus hogares originales y nunca optaron por la vida en los albergues. El muestreo de los grupos focales se hizo tomando como referencia a los niños institucionalizados en los hogares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y se convocó a madres y padres de familia con niños y niñas entre los 0 y los 5 años.

Respecto del momento cuantitativo de la investigación, el muestreo se hizo en bola de nieve, y partió, en primer lugar, de los niños institucionalizados, y en segundo lugar, se buscó niños en el mismo grupo de edad en torno a sus hogares, y así sucesivamente hasta completar la muestra. Se evaluaron 629 niños de los siete municipios del sur del Atlántico, los cuales quedaron distribuidos como se aprecia en la tabla 1.

Tabla 1. Características de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	335	53.3
Femenino	294	46.7
Edad		
0-6 meses	206	32.9
7-11 meses	212	33.8
12-60 meses	209	33.3

La distribución de los niños evaluados con respecto al sexo y la edad en meses para cada municipio se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas por municipio

Municipio	Sexo		Rango de edad en meses		
	Masculino Frec. (%)	Femenino Frec. (%)	0-5 Frec. (%)	6-11 Frec. (%)	12-60 Frec. (%)
Manatí	50 (55.6)	40 (44.4)	30 (33.3)	29 (32.2)	30 (33.3)
Repelón	49 (54.4)	41 (45.6)	28 (31.1)	31 (34.4)	31 (34.4)
Campo de la Cruz	47 (52.2)	43 (47.8)	29 (32.2)	31 (34.4)	30 (33.3)
Santa Lucía	50 (56.2)	39 (43.8)	29 (32.6)	31 (34.8)	29 (32.6)
Suán	46 (51.1)	44 (48.9)	30 (33.3)	30 (33.3)	29 (32.2)
Ponedera	48 (53.3)	42 (46.7)	30 (33.3)	30 (33.3)	30 (33.3)
Candelaria	45 (50)	45 (50)	30 (33.3)	30 (33.3)	30 (33.3)

INSTRUMENTOS

Para una mayor rigurosidad en la investigación, coherencia con el enfoque ecológico de Bronfenbrenner (2002) como marco teórico orientador de la investigación y para una mejor comprensión tanto de los datos obtenidos como del proceso de las familias en el proyecto, se utilizaron instrumentos que permitieron el control de las siguientes variables:

- Tipo de familia: nuclear, monoparental y extensa.
- Participación de alguno de los cuidadores en organizaciones comunitarias: juntas de acción comunal, ONG, frentes de seguridad, otros.
- Participación de alguno de los cuidadores en algún programa del Gobierno: Red Unidos, Familias en Acción, Familia, Mujer, Infancia, Madre Comunitaria del ICBF, otro.
- Tipo de vinculación al sistema de salud: régimen subsidiado, régimen contributivo.

Medición de las prácticas de cuidado

Se han utilizado técnicas cualitativas, como entrevistas abiertas y grupos focales, para el acercamiento a las prácticas de cuidado en el interior de las familias relacionadas con cada una de las dimensiones del desarrollo (tabla 3).

A partir de estas dimensiones teóricas y sus indicadores, se construyó una serie de ítems, los cuales fueron, en primer lugar, revisados por un equipo de jueces que evaluó su validez de contenido.

La validez semántica se desarrolló estudiando la escala con un grupo de 20 madres en uno de los corregimientos de los municipios participantes. Además, se hizo una adaptación cultural de algunos de ellos, de manera que las variables por estudiar correspondieran a las condiciones de contexto. Así se eliminaron ítems que no corresponden a la realidad de estas familias y se incorporaron otros conforme a lo observado en un grupo focal, que también se llevó a cabo para conocer las prácticas culturales.

Tabla 3. Dimensiones y factores de las prácticas de cuidado

Dimensión	Factor	Línea de base práctica de cuidado
Corporal	Alimentación	Nutrición de acuerdo con lo esperado para la edad del niño
	Sueño	Patrones y hábitos de sueño del niño y la familia
	Higiene	Cuidados higiénicos y sanitarios en el hogar
	Recreación	Espacios y momentos de juego y recreación
	Salud física	Condición médica general de las personas en el hogar
Socioemocional	Seguridad	Número de cuidadores en el interior del hogar, acceso a seguridad social, registro civil
	Filiación	Miembros del hogar
	Afectividad	Relaciones en el interior de la familia
Cognitiva	Desarrollo cognitivo	Estimulación practicada en el hogar
Lingüística-comunicativa	Interacción con otros	Interacción con otros niños Relaciones con los vecinos y la comunidad
Ético-moral	Conducta moral	Práctica y fomento de valores en el hogar, situación legal de los cuidadores, seguimiento de las normas, cumplimiento del pago de impuestos
Estética	Capacidad para experimentar y descubrir	Participación en actividades culturales y artísticas
Trascendencia	Desarrollo del potencial emancipatorio y búsqueda del bienestar	Participación ciudadana, conducta política, organización comunitaria
	Capacidad de superación	Nivel educativo de las personas en el hogar, opciones e intenciones de formación

Finalmente, la escala quedó formada por ítems que consideraron las edades de los niños, tras lo cual se conformó tres subescalas:

- Prácticas de cuidado de niños y niñas entre los 0 y 6 meses (54 ítems).
- Prácticas de cuidado de niños y niñas entre los 7 y 18 meses (67 ítems).
- Prácticas de cuidado de niños y niñas entre los 19 y 60 meses (72 ítems).

La escala es tipo Likert con tres opciones de respuesta, que van del 1 al 3, en la cual 1 es la puntuación más baja que indica una práctica de cuidado pobre y 3 la puntuación máxima que indica una práctica adecuada. Los valores cercanos al 2 señalan inconsistencia en la práctica.

Los resultados se analizan considerando las puntuaciones totales por dimensiones de las subescalas (alimentación, sueño, higiene, recreación, salud física, afectividad, cognitiva, ético moral, trascendencia) y una puntuación global de prácticas de cuidado.

Para el establecimiento de los baremos, la prueba se aplicó adicionalmente a un grupo control, conformado por niños de nivel socioeconómico medio alto en Barranquilla, los cuales cuentan con las condiciones materiales que garantizan su protección y acceso a atención para estimular su desarrollo. Los datos de la población participante del proyecto se contrastaron con los resultados del grupo control, y se encontraron los puntos de corte para establecer los mínimos esperados, a fin de considerar las prácticas de cuidado como favorables.

Medición del desarrollo infantil

Se han evaluado los siguientes indicadores en una muestra representativa del total de población beneficiaria del proyecto (tabla 4).

Tabla 4. Dimensiones del desarrollo infantil

Variable	Dimensión	Línea de base
Desarrollo Infantil	Cognitiva	Indicadores batería Battelle
	Comunicativa	
	Psicomotriz	
	Social	
	Crecimiento físico	Peso, talla

El inventario de desarrollo Battelle es una de las pruebas más aceptadas por la comunidad científica para la medición del desarrollo infantil. Es una escala que mide las habilidades del niño desde los 0 hasta los 8 años. Consta de dos partes: una de tamizaje, que se aplica en media hora, y una prueba completa de evaluación, que dura entre 60 y 90 minutos. La escala utiliza la observación directa del niño, una evaluación formal y la información aportada por los cuidadores. Esta prueba permite identificar áreas fuertes y débiles en el niño, establecer en forma temprana una evaluación más completa de acuerdo con el resultado, programar planes correctivos y realizar seguimiento del desarrollo del niño. La escala evalúa el nivel de desempeño del niño en cinco áreas:

1. Área personal-social: se observa cómo es la interacción del niño con el adulto, cómo expresa sus sentimientos, cuál es su autoconcepto, cómo se relaciona con otros niños y su desempeño social.
2. Área adaptativa: se explora su conducta en autocuidado, como vestido, comidas, aseo, así como su atención y responsabilidad.
3. Área motora: se observa el control muscular, coordinación, marcha y motricidad fina.
4. Área de comunicación: se evalúa tanto la comprensión como la expresión verbal y el lenguaje.
5. Área cognitiva: se evalúa la discriminación perceptual, memoria, razonamiento, desempeño escolar y desarrollo de conceptos.

Los valores de sensibilidad y especificidad se encuentran en 75 y 73 %, respectivamente, según el estudio de Glascoe y Byrne (1993). Uno de los puntos fuertes de esta prueba es que puede ser aplicada en su forma completa o abreviada (prueba de *screening*). Este punto resulta importante teniendo en cuenta que su forma abreviada permite identificar rezagos en corto tiempo y da pistas al evaluador sobre aquellas áreas sobre las cuales debe hacerse una evaluación completa.

Finalmente, las puntuaciones totales de todas las escalas aplicadas se pueden expresar en un perfil de desarrollo. Los resultados obtenidos son calificados y comparados con la edad equivalente de desarrollo para cada una de las áreas evaluadas.

Medición de la participación comunitaria

La participación comunitaria se realizó con la aplicación de la *Escala para evaluar la participación de la comunidad en la atención integral del niño menor de 7 años*. Tiene como finalidad determinar el nivel de participación que tienen los miembros de la comunidad en la atención de los niños. Para efectos del proyecto Infancia, la aplicación se realizó con menores de 5 años, siguiendo la política nacional de Cero a Siempre encabezada por el Gobierno nacional. La prueba puede ser contestada por los miembros de la comunidad en general. Sin embargo, en esta ocasión, se veló por que fuese contestada por un cuidador del niño. La escala es de tipo Likert y se puntúa de 1 a 3, en la que 1 es la opción de nunca, 2 a veces y 3 siempre. Está conformada por 19 ítems, cuya interpretación se realiza por la sumatoria de los ítems de forma global, de la siguiente forma:

- 0-19 participación muy deficiente.
- 20-38 participación deficiente.
- 39-57 participación buena.
- 58-76 participación muy buena.



Resultados

ANÁLISIS CUALITATIVO: OBSERVACIÓN Y GRUPOS FOCALES

La aplicación de procedimientos y técnicas cualitativas se han realizado en todos los municipios de la investigación, tras lo cual se encontraron elementos en común y también diferencias en la vida cotidiana de las familias, que afectan de distintas formas la manera como llevan a cabo las prácticas de cuidado a los niños en primera infancia y en general a todos los miembros del hogar.

Se han realizado los siguientes procedimientos y técnicas:

- Observación: recorrido de las calles de los municipios, conversando con los pobladores.
- Visitas domiciliarias: realizadas de forma segmentada tomando en cuenta si las personas aún viven en cambuches o albergues, si ya fueron reubicadas a las nuevas viviendas entregadas por el Gobierno o si retornaron a sus hogares originales.
- Registro etnográfico: compartiendo un día completo (de 12 m de un día a 12 m del día siguiente) con una familia para observar su cotidianidad.
- Grupos focales: desarrollado con familias con hijos entre los 0 y 5 años, en ocasiones en las instalaciones de los hogares infantiles, en las terrazas de las casas de algunos participantes o en la biblioteca municipal.

A partir de esto, se pueden identificar las siguientes categorías comunes para el análisis de la vida en el sur del departamento del Atlántico: *condiciones de infraestructura, economía familiar, prácticas de higiene, alimentación, estructura familiar, cuidado de los niños y las niñas, problemas sociales*. Los resultados identificados para estas categorías se describen a continuación.

CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA

El sur del departamento del Atlántico sufrió una inundación sin precedentes entre 2010 y 2011 producto del fenómeno de La Niña, que incrementó los niveles del río Magdalena. El 30 de noviembre de 2010 la presión generada por las aguas ocasionaron falla en la estructura de contención del canal del Dique, lo cual facilitó el ingreso de 2200 millones de metros cúbicos de agua en las tierras bajas del sur del Atlántico. El Sistema de Información Ambiental de Colombia (2013) señala que el volumen total de los veinte lagos y lagunas más grandes de Colombia es de 4279 millones de metros cúbicos de agua, lo cual ilustra la magnitud de la cantidad de agua que ingresó en esta parte del departamento por el boquete.

Los municipios más afectados por la situación fueron Manatí, Santa Lucía, Candelaria, Campo de la Cruz y Repelón, y una de las acciones estatales inmediatas fue la reubicación de las víctimas, tras lo cual se trasladaron a más de cien mil atlanticenses a refugios provisionales (Amar et al., 2014).

Los estragos de dicha ola invernal en la infraestructura de los municipios del sur del Atlántico exacerbaban las condiciones de calidad de vida de sus pobladores hasta la fecha, cuatro años después.

En términos generales, se observa algunas calles pavimentadas que se convierten en las vías principales y en torno a ellas se logra evidenciar más elementos que permiten una mejor calidad de vida en el plano material. Estas suelen ser las zonas más altas de los municipios y se vieron menos afectadas por la inundación de la ola invernal. Caso contrario se observa en las zonas bajas, donde el agua tardó más en ser absorbida por la tierra o evacuada por las motobombas.

A continuación, se describen algunos elementos de infraestructura, como características de las viviendas, acceso a agua y saneamiento, fluido eléctrico, telecomunicaciones y servicio de salud.

Respecto de las características de las viviendas, se observa que en las zonas altas, alrededor de las vías principales, suelen estar construidas con materiales como cemento y bloques y piso de cemento pulido o baldosas. También algunas cuentan con cerramiento en rejas de aluminio y árboles en las terrazas. Por el contrario, las zonas más bajas presentan una marcada deforestación, y las viviendas están con algún deterioro en su estructura o son inacabadas.

Las pocas zonas con sombra se convierten en lugar de encuentro de vecinos y niños, que funcionan como un parque o zona de recreación.

La mayoría de los corregimientos no cuentan con espacios públicos para la integración social, como el caso de Bohórquez (Campo de la Cruz), de manera que los pobladores deben improvisar escenarios comunes con lo que pueden contar y así el principal lugar de encuentro es la gallera.

Aunque puede ser variable dependiendo de la capacidad económica de las familias, se observa que las casas tradicionales tienen dos habitaciones amplias (cabén hasta cuatro camas), un baño la mayoría de las veces en el patio y una cocina pequeña. Sin embargo, los patios son grandes en comparación con el resto del hogar. En ellos crían animales y cultivan algunos productos de pan coger. Al respecto, se encontró que las personas reubicadas en las casas entregadas por el Gobierno tienen una añoranza de los patios de sus antiguas viviendas. Entre otras cosas, porque las nuevas casas tienen un patio muy limitado, y señalan que ahora deben comprar huevos y hortalizas cuando antes los tomaban de sus propias crías y cosechas. Estas casas están pegadas entre sí, e intentar tener sus huertas caseras y animales les ha generado conflicto con los vecinos, pues los olores y sonidos de los animales les molestan.

Respecto del servicio de alcantarillado, muchos municipios aún no cuentan con el servicio de forma generalizada, de manera que las familias recurren a la construcción de letrinas y por eso los baños quedan fuera de la casa, en el patio.

En cuanto al suministro de agua, no cuentan con una periodicidad clara, y se encuentra que en una zona de un municipio, por ejemplo en Manatí, puede haber agua casi todo el día mientras que en otras zonas a veces tarda hasta 15 días para llegar. Esto hace que las familias almacenen el agua en albercas y pimpinas repartidas en puntos clave del hogar. En el corregimiento de Bohórquez, la fuente de abastecimiento de agua era un pozo subterráneo. Hoy día, este ha sido adecuado para el acueducto del corregimiento. El agua es conducida a dos tanques de almacenamiento, uno aéreo y uno subterráneo, y luego se traslada a los usuarios sin tratamiento de potabilización, pues no hay personal que opere la planta. Los habitantes se quejan de que el acueducto se encuentra ubicado a 60 metros del cementerio. El agua para consumo no es hervida y se toma directamente del grifo.

Con el suministro de la electricidad pasa algo similar. Aunque tienen el servicio, este es interrumpido de manera muy frecuente y demora inclusive varios días para ser restablecido. Esto ha causado la incomodidad de los pobladores, y se encuentran protestas y problemas de orden público, que han causado la muerte de personas, como sucedió recientemente en el corregimiento de Bohórquez.

Por otra parte, algunos municipios y sus corregimientos tienen problemas con la recolección y disposición final de los residuos sólidos. En Santa Lucía, el canal del Dique es la opción para deshacerse de los desechos, lo que lo convierte en el basurero municipal.

Respecto de las telecomunicaciones, el sur del Atlántico no dispone de telefonía fija y solo se tiene como alternativa de comunicación la telefonía celular. En la mayoría de los municipios, el acceso a internet es muy limitado y de mala calidad.

En cuanto al sistema de salud, Campo de la Cruz cuenta con una buena infraestructura, pero su cobertura se extiende a municipios vecinos tanto del departamento del Atlántico como de los departamentos del Magdalena y Bolívar, por ser el único centro con servicio de complejidad en un radio de 90 km.

El estado la salud de los habitantes del sur del Atlántico se encuentra afectado por enfermedades prevenibles; las primeras causas de morbilidad corresponden a diarreas, infecciones respiratorias, parasitismo intestinal, desnutrición, tuberculosis, hipertensión y cardiopatías.

La atención en salud para los corregimientos es delicada debido a que, según lo reportado por las personas en las visitas, los puestos de salud solo atienden dos veces por semana no más de medio día.

ECONOMÍA FAMILIAR

La realidad socioeconómica en el sur del departamento permite el avance de la pobreza y la miseria. Está enmarcada por los cambios sociales producto de la ola invernal, la crisis del sector agrícola y el aumento del desempleo. Incluso, la situación sociopolítica y económica de Venezuela, puesto que muchas familias viven de las remesas del vecino país.

En muchos casos, los ingresos familiares provienen del comercio en tiendas, la venta al menudeo de algunos productos agrícolas, la preparación artesanal de productos, como bollos y bolis, la venta de huevos en algunas iniciativas de emprendimiento con gallinas ponedoras o el mototaxismo.

Los ingresos, en general, no se acercan al salario mínimo legal vigente colombiano y en promedio no superan los \$8000 diarios. La forma de llevar las obligaciones del hogar es con la obtención de recursos del día e inclusive las personas no tienen claridad sobre sus gastos mensuales. Se observa que muchas personas recurren al préstamo de los “cobra diario”, lo cual ha incrementado la percepción de inseguridad por la presencia de personas ajenas a ellos.

El puesto de trabajo más codiciado es el de funcionario en algún estamento público, por lo que el Estado se constituye en el principal si no el único empleador formal.

Con el propósito de ampliar la caracterización socioeconómica de los habitantes del sur del Atlántico, se está realizando la aplicación de un instrumento cuyos resultados se presentarán en el informe final.

PRÁCTICAS DE HIGIENE

Al indagar sobre las prácticas de higiene, se encontró que en ocasiones el baño es compartido por varios integrantes de una familia extensa, que llega a ser usado hasta por 16 personas, que viven en varias casas que no tienen baño. También las familias comentaban que las necesidades fisiológicas son realizadas ahí, pero los hombres suelen orinar en la calle.

Las personas toman en promedio una ducha al día. Cuando no hay agua, disminuyen la frecuencia del baño de los adultos y dan prioridad al baño de los niños. La ducha se realiza en el patio improvisando un espacio cubierto con plásticos. Los niños son bañados en el patio sobre una silla, aproximadamente a las 6:50 a. m. para prepararse a ir al hogar infantil. En las observaciones, no se pudo evidenciar cepillado de dientes de los niños, ni en la noche antes de dormir, ni en el día después de las comidas.

Sin embargo, en los grupos focales, los cuidadores reportaron que cuando los bebés aún no tienen los dientecitos, con el orín de los niños se les limpian las encías según la tradición de las personas ancianas. Se les limpia la lengua con los paños mojados de su mismo orín para evitar que le salgan “sapitos”¹ en la boca. Esta práctica, según lo conversado, es generalizada.

En cuanto a la higiene de los objetos donde se brindan alimentos a los niños, las familias reportan que el tetero es lavado y hervido una vez al

¹ Se refiere a llagas y peladuras en la mucosa bucal.

día, sin embargo, esto no se vio durante la observación. El mismo tetero fue utilizado en varias ocasiones con distintas bebidas. Esta práctica no puede plantearse de manera generalizada, porque corresponde a una familia donde se hizo el acompañamiento durante todo el día. En los grupos focales, las personas comentan que sí se tienen en cuenta medidas higiénicas con los objetos de los bebés, pero que esto es en especial durante los primeros meses y en la medida en que los niños van creciendo la práctica disminuye.

En las viviendas más vulnerables, la cocina es un espacio reducido, que representa un riesgo para los niños, puesto que están a su alcance utensilios, como cuchillos, aceite o agua caliente. Las familias mencionan que hay vectores como ratones y ratas que pasean por este lugar, lo cual supone riesgo de infección por leptospirosis. Se puede intuir que la presencia de estos animales se debe a que las familias almacenan “aguamasa” para los cerdos, la cual consiste en la recolección de los distintos desechos orgánicos que son desperdicio de la cocina y dejan esto cerca de donde preparan los alimentos.

Las familias también mencionan que desde muy temprano los niños entran en interacción con animales, como perros y gatos, que no tienen ninguna atención veterinaria ni vacunas. Además, animales de cría como gallinas y cerdos deambulan por las calles de los municipios y corregimientos, y dejan sus heces fecales en la vía pública por donde caminan, en la mayoría de los casos, niños, adolescentes sin calzado.

ALIMENTACIÓN

Respecto de la alimentación de los niños más pequeños, aún lactantes, se encuentra conciencia de que el seno materno es la mejor opción, sin embargo, existen prácticas culturales de iniciación en la alimentación de otros elementos, incluso sólidos desde muy temprana edad. Por ejemplo, a los ocho días de nacido les dan un tetero de leche con canela y granada. También bebidas de aromáticas para que dejen de llorar por las noches. A los dos meses es cuando hay más acuerdo sobre el primer tetero, pero con una amplia variedad de contenido, en especial café con leche, seguido de mazamorra de guineo, de plátano o agua de arroz.

También a esta edad les dan sopa para evitar que se acostumbren solo al tetero y lo dejen más fácil. Algunas personas señalan que a los dos meses se les puede dar yuca, para que la agarren y así aprendan pronto a comer solos, de manera que a los 2 años ya puedan comer incluso pescado por sí mismos.

En general, la observación de las prácticas relacionadas con la alimentación permitió identificar que la dieta no sigue un criterio balanceado, sino que se orienta por los saberes tradicionales que dan una gran prioridad a la ingesta de carbohidratos. No hay un marcado consumo de verduras (solo cebolla y tomate). En algunos casos, se siguen las recomendaciones que sugieren las cuidadoras que laboran en el hogar infantil para la dieta de los niños. Se observa el consumo de bienestarina como un alimento complementario, no solo para los niños, sino para todos los miembros del hogar. Inclusive les dan bienestarina a los animales.

No se observa la costumbre de tomar agua. La ingesta de líquidos está basada en chicha, bolis de frutas o agua “saborizada”, así como también la preparación de jugos de fruta de temporada.

Los alimentos se suelen preparar a la misma hora por la autoridad del hogar, que en este caso es la abuela, pero los integrantes de la familia comen a diferentes horas según se les antoja. No se observa distribución en las labores relacionadas con la cocina.

En la observación realizada, se observó que el desayuno es preparado a las 7:00 a. m. Consiste en café con leche y yuca o bollo con queso. Se prepara desayuno a esta hora por el horario escolar de los niños.

Respecto del almuerzo en días hábiles de la semana, los niños almuerzan a las 12:30 en el Hogar Infantil (menú proporcionado por el Instituto colombiano de Bienestar familiar [ICBF]). La familia almuerza a la misma hora, regularmente sopas de hueso o de costilla y, en ocasiones, consumen “seco” conformado por una proteína, principalmente pescado, y carbohidratos, como arroz o yuca.

Los niños reciben dos meriendas por la tarde. Consisten en huevos, tajadas de plátano y chicha.

En la cena, se puede observar un momento de compartir familiar. Algunos miembros de la familia extendida visitan el hogar y traen comida y esta es repartida. En este sentido, se puede hablar de una primera cena a las 5:00 p. m. (solo para los niños). Contiene pescado, arroz y ensalada. Las porciones son grandes para las necesidades calóricas de los niños. El resto de la familia cena entre las 6:00 y las 7:00 p. m., lo mismo que los niños, con una porción más grande de arroz y yuca. Una segunda cena para los niños es servida a las 7:15 p. m. y una tercera a las 9:40 p. m., con el mismo contenido.

ESTRUCTURA FAMILIAR

La estructura familiar se caracteriza por ser bastante extensa. El promedio de integrantes en las familias visitadas y entrevistadas es de seis habitantes por casa, de los cuales aproximadamente tres niños se encuentran entre los 0 y 5 años. La tendencia es tener un hogar común, normalmente casa de una bisabuela ya fallecida que logra reunir todos los hijos y nietos, y unos hogares anexos de nuevas familias conformadas. El cuidado de los niños se comparte entre los diferentes miembros del hogar, y recae en especial en figuras femeninas, como madres y abuelas.

Es importante resaltar que tras la inundación de 2010-2011, y los cambios en la dinámica social de los municipios, muchas familias se han tenido que fragmentar, y se han repartido a los niños entre varias casas para que los padres puedan trabajar.

CUIDADO DE LOS NIÑOS

En términos generales, se ha identificado que las labores de cuidado recaen en especial sobre las madres y las abuelas, quienes ejercen como principales cuidadoras. Los padres o figuras masculinas aportan principalmente en las labores de recreación y regulación de la conducta.

Respecto de la institucionalización de los niños, se percibe que en Manatí es donde hay una mayor absorción por el sistema de atención del ICBF, mientras que en otros, como en Santa Lucía, un grupo representativo de niños puede no estar siendo atendido por la estrategia De Cero a Siempre.

Los grupos focales permitieron identificar las siguientes situaciones frente al cuidado de los infantes:

Concepto de cuidado

Al conversar con las personas sobre lo que entendían por cuidado a la infancia, se observa que este es bastante limitado al tema de protección frente a riesgos o situaciones peligrosas para la integridad de los niños, lo cual implica tener mucha atención a lo que ellos hacen, pero también utilizar mecanismos para señalarles los riesgos partiendo del hecho de que los niños comprenden.

Por otra parte, cuidado también les resulta sinónimo de compartir con los niños jugando con ellos, principalmente.

Percepción del rol de cuidador

En este proceso, se encuentran dos posiciones: una sobre lo positivo del rol del cuidador y una que reconoce lo difícil de su ejercicio.

Lo positivo. Las familias destacan las experiencias significativas en la vida diaria como las pequeñas recompensas que se reciben de los niños como muestras de cariño, las cuales son interpretadas como agradecimiento y fortalecimiento de un vínculo especial. La experiencia de ser madre es destacada por las cuidadoras como algo más fuerte que el hecho de ser tías. Resaltan la capacidad de los niños para transformar sus emociones negativas en positivas e inclusive a resignificar la propia experiencia con sus madres, poder comprender lo que en su momento ellas les decían. La primera sonrisa trae remembranzas de la vida en el campo, de manera que se da un fuerte vínculo entre esas emociones y la identidad con la tierra.

Lo difícil. Esta categoría representa la perspectiva de situaciones que pueden ser difíciles de atender para las cuidadoras, como comprender lo que quieren los niños, descifrar lo que están necesitando o saber cómo actuar frente a cómo tratarlos, qué decirles, cómo hablarles o cómo castigarlos. También las cuidadoras destacan el sacrificio personal que significa tener hijos, en especial si se es madre soltera y no se cuenta con más apoyo para el cuidado de los pequeños, así como la edad a la que se tienen los bebés, y es más difícil la vida si es madre adolescente. Señalan que incluso la vida de pareja se puede ver perjudicada. Dar prioridad al interés del otro por encima del propio, velar por su seguridad, estar atento las 24 horas del día lo que implica dejar de hacer actividades que antes realizaba el cuidador y la necesidad de organizar mejor el tiempo de forma tal que se pueda cumplir con todas las exigencias de la tarea del cuidado. Aparece un cambio también en la perspectiva de la salud, puesto que quizá antes no prestaban mucha atención a su propia condición, pero, al tener un bebé, ante cualquier malestar lo primero que se piensa es en llevarlo al médico.

Distribución de la autoridad entre cuidadores. Se encuentra que las cuidadoras enfrentan un conflicto con los padres y las abuelas, quienes contradicen en ocasiones sus decisiones. También destacan que los padres no están lo suficientemente atentos al cuidado de los niños, porque a ellos no les “duelen”. También se identifican posturas machistas en las cuales se considera que los niños deben estar con la madre, así como los pollos están detrás de la gallina. Las abuelas, en ocasiones, recriminan a las madres y en otras las estimulan a que les peguen a los niños para que se ganen su respeto. Las abuelas señalan que es importante que los niños respeten a las madres. Sin embargo, son vistas por las madres como alcahuetas de sus hijos, pues se muestran en una actitud más permisiva.

Actividades entre el cuidador y los infantes

El cuidado de los niños y las niñas supone una serie de actividades en las cuales se va fortaleciendo su vínculo. Desde la atención al cuidado personal, la alimentación, la preparación para irse al hogar infantil, la revisión de tareas, etc., hasta las actividades de recreación y juego en las que el niño o la niña pueden participar con sus pares o con los

miembros del hogar. Estas actividades se desarrollan en el interior del hogar o fuera de este. En cualquier caso, el cuidador está atento a las necesidades en cada situación.

El trabajo fuera del hogar. Como parte del cuidado de los niños y las niñas, se tienen en cuenta las actividades que el cuidador debe realizar para que no necesariamente realiza con los niños y las niñas. Esto incluye en algunos casos trabajo por fuera del hogar, búsqueda de empleo o recursos y organizar el tiempo de tal modo que se puedan realizar ambas actividades. Esto puede significarles a los cuidadores, en especial a las madres un dilema, porque en principio se siente malestar al pasar tanto tiempo en casa cuidando al bebé, pero después se acostumbran a la nueva vida e intentar volver a trabajar supone un cambio que también les resulta doloroso al desprenderse de su bebé. Esto les genera ansiedad y temor de que el niño o la niña no estén recibiendo el mismo cuidado que ellas les brindan.

Actividades entre cuidador y niño dentro del hogar. Las familias destacaron como actividades entre cuidadores e infantes en el interior del hogar aquellas que corresponden al aseo del niño, preparación de alimentos, limpieza de juguetes, revisión de tareas, lectura de cuentos, momentos de juego dentro del hogar, impartición de disciplina, correcciones al comportamiento del niño, estar atento de los cambios de salud en el niño. El juego aparece como un espacio importante para fortalecer el vínculo entre cuidadores y niños, independiente de si son figuras femeninas o masculinas. Además, el juego requiere actividad física, como el fútbol o saltar cuerda, y también de actividades o juegos tradicionales que ayudan a mantener ciertos rasgos identitarios de la región. Esto es más evidente en los corregimientos que en las cabeceras municipales. Sin embargo, se destaca que son los niños quienes muestran más la iniciativa por jugar, mientras los padres tienden a responder afirmativamente cuando tienen tiempo.

El juego constituye una actividad importante para la formación moral. Los cuidadores reportan que aprovechan para estimular en sus hijos e hijas el respeto por las reglas, compartir con los demás y la necesidad de mostrar un buen comportamiento para no defraudarlos en sus deseos como padres.

Actividades entre cuidador y niño fuera del hogar. En estas actividades, las familias señalaron los momentos de juego fuera del hogar y la interacción con pares, que ocurre en especial los fines de semana cuando van a partidos de fútbol, las fiestas infantiles o a comer. Esto último aparece como la principal actividad fuera de casa, en especial en las cabeceras municipales, mientras jugar fútbol y bolita uñita o llevarlos a fiestas patronales es la característica en los corregimientos.

Estrategias y espacios para la crianza

Entre las estrategias que emplean las cuidadoras se encuentra que muchas veces recurren a la manipulación, ofrecen algo para obtener la conducta deseada, en especial respecto de la alimentación, pero después no cumplen lo que han ofrecido. Esto posteriormente es aplicado por los niños que también manipulan a las cuidadoras para obtener lo que quieren. Una de las principales problemáticas señaladas es que los niños comen viendo televisión, por lo cual a veces pierden el interés en los alimentos. Las madres también recurren a la retirada del afecto o amenazan con esto para que sus hijos les obedezcan. También se evidencia el uso de la persuasión mediante la utilización de palabras cariñosas o la amenaza con refuerzo negativo (quitar a los niños algo que les gusta).

El castigo físico se hizo manifiesto con la utilización de una varita que se convierte incluso en un elemento simbólico para la regulación del comportamiento. Cuando los niños hacen pataletas o se oponen a hacer lo que sus cuidadores les solicitan, estos muestran la varita o amenazan con ir a buscarla y obtienen así la conducta requerida.

Las cuidadoras señalan que la aplicación de las estrategias de crianza se da en distintos momentos del día, en especial los de mayor conflicto como la alimentación, despertar para ir al hogar infantil o la realización de las tareas. Estas, en ocasiones, se convierten en situaciones de ansiedad por las dificultades frente a cómo dirigirse a los niños para lograr la conducta deseada por sus cuidadores.

Las expresiones de afecto entre el cuidador y el niño o la niña

Las expresiones de cariño entre cuidadores y niños se manifiestan en caricias, palabras afectuosas que posteriormente los niños les repiten con lo cual demuestran reciprocidad. Sin embargo, los niños, en ocasiones, les recriminan a los cuidadores cuando estos les dicen que los quieren, señalándoles que no es así porque los regañan mucho. Para los cuidadores, el regaño es una manifestación de afecto hacia los hijos, aunque ya estén grandes, que justifican como medio de educación y formación para la vida. Los saludos al despertar o las despedidas antes de dormir también cobran importancia como una demostración de cariño que resaltan como importante para conservar.

Estimulación cognitiva

Aunque no es muy explícito cuando se las consulta, algunas cuidadoras reportaron que les gusta leerles a los niños y las niñas o bien implementar algunas recomendaciones que les hacen en los hogares del ICBF. Los programas educativos a través de la televisión también aparecen como una opción para estimular el aprendizaje. Las prácticas tradicionales sugieren utilizar telas u objetos de colores vivos en las hamacas para captar la atención del bebé y desarrollar la vista. Se observó mucha disposición para atender las recomendaciones que les ayuden a hacer “más inteligentes” a sus niños.

PROBLEMAS SOCIALES

Los cuidadores y las cuidadoras señalan una serie de situaciones de su ambiente que consideran pueden ser un riesgo para sus hijos. Entre ellas se pudieron observar las siguientes:

- Alcoholismo infantil: por cuestiones culturales, desde los 4 años ya se encuentra a niños consumiendo alcohol y en estado de embriaguez. Algunos niños menores de 12 años ya son considerados alcohólicos. Los adultos los inician en la bebida.
- Microtráfico de drogas: se ha hecho más evidente en el discurso de los habitantes de Campo de la Cruz, quienes comentan que esto

nace debido a la falta de oportunidades, al desempleo y a la escasa educación.

- Embarazo en adolescentes: se presenta una tasa elevada, y llega a encontrarse ocho adolescentes en estado de embarazo en una sola manzana del corregimiento de Bohórquez.
- Abuso sexual: los cuidadores afirman que, aunque no se reconozca abiertamente, este es un problema que azota a los niños y las niñas desde la primera infancia.
- Desempleo: cuentan que la empleabilidad es nula y deben trasladarse a otras ciudades, porque en el municipio no hay opciones, en especial para los jóvenes.
- Violencia doméstica: es un secreto a voces, pero hay mujeres que señalan tener problemas con sus esposos debido al mal genio de estos. No han dado detalles.
- La agricultura es solo practicada por personas de edad mayor, lo cual supone una pérdida de los conocimientos tradicionales y de la identidad, así como menos posibilidades para los jóvenes que buscan otras opciones, como el mototaxismo.
- En las zonas de mayor riesgo y vulnerabilidad en los municipios, se observa mayor número de personas de la tercera edad, que se aferran a su vivienda tradicional, mientras que en las nuevas casas se encuentran familias jóvenes o de edad media.
- Existe una constante inasistencia y desmotivación por la participación en proyectos de organización social y comunitaria, lo cual es generalizado en los municipios, según reportan operadores del ICBF y ONG que intentan realizar actividades.
- El analfabetismo también se ha evidenciado en algunas madres que no saben escribir o leer o no confían en sus capacidades para hacerlo. De ahí la poca estimulación que brindan a sus hijos. Esto

no solo es evidente en la población de edad intermedia, sino inclusive en jóvenes que han abandonado tempranamente la escuela.

- Migración: en el lapso de un mes, tres personas que habían sido vinculadas al proyecto se fueron del municipio o del país en busca de mejores alternativas de ingreso.

Todas las situaciones que han sido detalladas desde una perspectiva cualitativa indican una gran necesidad de intervención, pues supone un gran riesgo para el desarrollo infantil, en especial en la primera infancia.

A continuación, se presentan los resultados de las técnicas cuantitativas y al final se realizará una integración de la información con las recomendaciones identificadas tanto para el desarrollo del proyecto como para las autoridades públicas competentes.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL

A continuación, se muestran los resultados para el desarrollo infantil de los niños entre 0 y 60 meses, obtenidos de la aplicación del Battelle, que incluye la evaluación de las áreas personal/social, adaptativa, motricidad, comunicación y cognitiva, así como una escala global. Los detalles de cada dimensión se observan en la tabla 5.

Para los análisis del neurodesarrollo en cada dimensión, las puntuaciones arrojadas por el Battelle clasificaron a los participantes en: (0) dentro del rango normal, (1) 1 desviación estándar por debajo del rango normal, (1.5) 1.5 desviación estándar por debajo del rango normal y (2) 2 desviación estándar por debajo del rango normal, lo cual permite comprender qué tan distante está el puntaje de los niños de lo esperado para la edad de acuerdo con los criterios de la prueba. Se observó que en general 17 % de los participantes presenta un nivel de desarrollo por debajo de lo esperado para su edad, en especial en las dimensiones de desarrollo cognitivo (35.5 %) y de comunicación (21.5 %). Además,

el mayor grado de retraso en el neurodesarrollo se observa en la dimensión cognitiva, donde 20.3 % de los participantes se encuentra a 2 o más desviación estándar del rango normal. Esta dimensión se refiere a la capacidad de discriminación perceptiva, memoria, razonamiento, habilidades académicas y desarrollo conceptual, que estarían rezagadas en la población de estudio respecto de lo esperado para su grupo normativo.

Tabla 5. Áreas de evaluación del Battelle y su definición

Áreas	Definición	Indicadores
Personal social	Capacidades y características que permiten al niño establecer interacciones sociales significativas	Interacción con el adulto Expresión de sentimientos/afecto Autoestima Interacción con compañeros Desenvoltura Rol social
Adaptativa	Autonomía en el aseo, vestido y en la alimentación y la capacidad del niño para prestar atención y para asumir responsabilidades	Atención Comida Vestido Responsabilidad personal Aseo
Motora	Capacidad para usar y controlar los músculos del cuerpo	Control muscular Coordinación corporal Locomoción Motor fino Motricidad perceptiva
Lenguaje	Integra el lenguaje comprensivo y expresivo	Lenguaje comprensivo Lenguaje expresivo
Cognitiva	Capacidades y habilidades de naturaleza conceptual	Discriminación perceptiva Memoria Razonamiento y habilidades académicas Desarrollo conceptual

PARTICIPANTES POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL DE DESARROLLO

PARTICIPANTES POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL DE DESARROLLO EN CADA GRUPO DE EDAD

Al analizar los resultados en función de la edad, se observó que a mayor edad el porcentaje de participantes con neurodesarrollo por debajo del esperado aumenta significativamente, en especial en las dimensiones de desarrollo cognitivo y comunicación (tabla 6). De igual forma, se pudo determinar que el aumento significativo en el porcentaje de participantes con bajo nivel de neurodesarrollo se observa más frecuentemente después del año de nacimiento. Esto indica que los niños nacen con el potencial genético que impulsa en principio el neurodesarrollo, pero la estimulación en su ambiente de cuidado al parecer no es suficiente para acompañar este proceso natural, de manera que, a partir del primer año, los niños comienzan a mostrar mayor rezago respecto de su grupo normativo.

Tabla 6. Porcentaje de participantes por debajo del nivel de desarrollo por edad (meses)

Dimensiones/edades	0-6	7-11	12-60
Personal/social	7.3 _a	11.8 _a	25.8 _b
Adaptativa	5.8 _a	14.2 _b	27.8 _c
Motricidad	4.9 _a	8.5 _a	28.7 _b
Comunicación	3.9 _a	11.8 _b	47.8 _c
Cognitiva	9.2 _a	38.2 _b	57.9 _c
Total	5.3_a	10.4_a	34.9_b

Nota: Cada letra de los subíndices por columna denotan grupos con diferencias no significativas ($p > 0.05$).

NIVEL DE DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS POR MUNICIPIO

Con el objetivo de verificar si existían diferencias en los niveles de desarrollo de los participantes de acuerdo con sus municipios de origen, se analizaron frecuencias y porcentajes de los niños con bajo nivel de

desarrollo en las dimensiones evaluadas y se comparó si existen diferencias entre los municipios. No se observaron diferencias entre los municipios en cuanto al nivel global de desarrollo, pero analizando las dimensiones del desarrollo sí se observan ciertas tendencias, lo cual se evidencia en la tabla 7.

Tabla 7. Porcentaje de participantes con bajo nivel de desarrollo en cada dimensión por municipio

Dimensión	Manatí	Repelón	Campo de la Cruz	Santa Lucía	Suán	Ponedera	Candelaria
Personal/social	8.9	21.1	13.3	21.3	15.6	11.1	14.4
Adaptativa	12.2	22.2*	16.7	30.3*	13.3	4.4**	13.3
Motora	10.0	17.8	17.8	20.2	11.1	6.7	15.6
Comunicativa	11.1 [§]	22.2	23.3	40.4 ^{§*}	20.0	14.4 [§]	18.9 [†]
Cognitiva	34.4	41.1	41.1	37.1	25.6	32.2	36.7
Total	11.1	24.4	14.4	24.7	20.0	8.9	15.6

Nota: Los símbolos iguales por fila denotan grupos con diferencias significativas entre sí ($p > 0.05$).

Los municipios de Repelón y Santa Lucía muestran un porcentaje significativamente mayor de niños con nivel de desarrollo por debajo de lo normal en la dimensión adaptativa. Esto significa que los niños de estos dos municipios presentan más dificultades para desarrollar su autonomía en cuanto al aseo, el vestido y la alimentación, así como en la capacidad para prestar atención y asumir responsabilidades.

El rezago de los niños de Repelón y Santa Lucía es mayor en comparación con el municipio de Ponedera, que presenta el menor porcentaje de niños con bajo rendimiento en esta dimensión.

También se observa un mayor número de niños con bajo nivel de desarrollo en la dimensión comunicativa en Santa Lucía, en comparación con Manatí, Ponedera y Candelaria. Esto señala que los niños tienen mayores dificultades en el desarrollo del lenguaje comprensivo y ex-

presivo, lo cual supone una desventaja, por ejemplo, para el ingreso en el mundo escolar.

Se puede concluir, entonces, que el municipio con mayores rezagos en el neurodesarrollo es Santa Lucía y donde se aprecia menos rezago es Ponedera, si bien es necesario destacar el generalizado retraso que tienen todos los municipios respecto del desarrollo cognitivo.

PARTICIPANTES POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL DE DESARROLLO SEGÚN LA EDAD Y EL MUNICIPIO

Se realizó el análisis del porcentaje de niños con desarrollo por debajo de lo esperado en cada uno de los municipios por grupo de edad. Igualmente, se analizó si existieron diferencias significativas entre los grupos de edad.

Como se muestra en la tabla 8, a mayor edad aumenta significativamente el porcentaje de participantes con desarrollo por debajo del esperado, en especial en las dimensiones de desarrollo cognitivo y comunicación. Estos resultados coinciden con los obtenidos al analizar la muestra completa.

Se puede resaltar Manatí, donde en general los niños presentaron un desarrollo bastante cercano a lo esperado para la edad en el primer semestre de vida, pero después presenta la mayor proporción de niños con rezago cognitivo antes de cumplir el primer año.

En Repelón, se observa una tendencia a la mayor proporción de niños con rezago desde el primer semestre de vida, y se destaca la proporción de niños con atraso en su desarrollo personal/social, esto es, en sus capacidades de establecer interacciones sociales significativas. En este municipio, la proporción de niños que muestran un retraso significativo en el neurodesarrollo se presenta después de cumplido el primer año.

Tabla 8. Porcentaje de participantes por debajo del nivel de desarrollo por edad y por municipios

Municipios/dimensiones	Edades (en meses)		
	0-5	6-11	12-60
Manatí			
Personal/social	0.0 _a	10.3 _a	16.7 _a
Adaptativa	0.0 _a	13.8 _{a, b}	23.3 _b
Motricidad	3.3 _a	10.3 _a	16.7 _a
Comunicación	0.0 _a	13.8 _a	16.7 _a
Cognitiva	10.0 _a	55.2 _b	36.7 _b
Total	3.3_a	13.8_a	16.7_a
Repelón			
Personal/social	28.6 _a	12.9 _a	22.6 _a
Adaptativa	10.7 _a	19.4 _a	35.5 _a
Motricidad	10.7 _a	12.9 _a	29.0 _a
Comunicación	10.7 _a	6.5 _a	48.4 _b
Cognitiva	17.9 _a	32.3 _a	71.0 _b
Total	10.7_a	22.6_{a, b}	38.7_b
Campo de la Cruz			
Personal/social	0.0 _a	12.9 _{a, b}	26.7 _b
Adaptativa	10.3 _a	19.4 _a	20.0 _a
Motricidad	6.9 _a	16.1 _a	30.0 _a
Comunicación	6.9 _a	6.5 _a	56.7 _b
Cognitiva	10.3 _a	45.2 _b	66.7 _b
Total	3.4_a	9.7_{a, b}	30.0_b
Santa Lucía			
Personal/social	6.9 _a	16.1 _{a, b}	41.4 _b
Adaptativa	3.4 _a	32.3 _b	55.2 _b
Motricidad	3.4 _a	9.7 _a	48.3 _b
Comunicación	6.9 _a	41.9 _b	72.4 _b
Cognitiva	6.9 _a	32.3 _b	72.5 _c
Total	3.4_a	9.7_a	62.1_b

Continúa...

Municipios/dimensiones	Edades (en meses)		
	0-5	6-11	12-60
Suán			
Personal/social	6.7 _a	6.7 _a	31.0 _b
Adaptativa	6.7 _a	10.0 _a	20.7 _a
Motricidad	0.0 _a	0.0 _a	31.0 _b
Comunicación	0.0 _a	0.0 _a	58.6 _b
Cognitiva	10.0 _a	13.3 _a	51.7 _b
Total	6.7_a	3.3_a	48.3_b
Ponedera			
Personal/social	0.0 _a	16.7 _a	16.7 _a
Adaptativa	6.7 _a	0.0 _a	6.7 _a
Motricidad	6.7 _a	3.3 _a	10.0 _a
Comunicación	3.3 _a	10.0 _a	30.0 _b
Cognitiva	3.3 _a	40.0 _b	53.3 _b
Total	3.3_a	6.7_a	16.7_a
Candelaria			
Personal/social	10.0 _a	6.7 _a	26.7 _a
Adaptativa	3.3 _a	3.3 _a	33.3 _b
Motricidad	3.3 _a	6.7 _a	36.7 _b
Comunicación	0.0 _a	3.3 _a	53.3 _b
Cognitiva	6.7 _a	50.0 _b	53.3 _b
Total	6.7_a	6.7_a	33.3_b

Nota: Cada letra de los subíndices por columna denotan grupos con diferencias no significativas ($p > 0.05$).

En Campo de la Cruz, es un poco menor la proporción de niños con retraso en el primer semestre de vida, pero a partir del segundo semestre aumenta, en especial en la dimensión cognitiva.

Los niños de Santa Lucía muestran desde el primer semestre un rezago que se hace muy marcado a partir del segundo semestre, y es la dimensión de comunicación la que aparece con retraso en una mayor proporción de niños evaluados. Este municipio presenta la mayor proporción de niños con retraso en el neurodesarrollo después del primer

año de vida, y son las dimensiones comunicación y cognitiva las de mayor afectación.

En términos generales, los niños de Suán no estuvieron tan rezagados en el primer y segundo semestre. Es a partir del primer año donde aumenta la proporción de niños con retraso en el neurodesarrollo, y se mantiene la tendencia a empeorar en las dimensiones de comunicación y cognición.

En Ponedera, se encuentra que una pequeña proporción de niños muestra algún rezago en el neurodesarrollo desde el primer semestre de vida y esto se mantiene en el segundo semestre, si bien en este aumenta la proporción de niños con retraso en la dimensión de comunicación. Ya para el primer año, se muestra la marcada proporción de niños con rezago en el desarrollo de la comunicación y en lo cognitivo.

Finalmente, Candelaria muestra una pequeña proporción de niños con retraso en el neurodesarrollo en el primer y segundo semestre de vida, pero, a partir de los seis meses, una amplia proporción ya está rezagada en su capacidad cognitiva. A partir del primer año, aumenta la proporción de niños con retraso en todas las dimensiones, en especial comunicación y cognición.

En síntesis, se puede decir que los municipios donde se presenta mayor proporción de niños con retraso a partir del primer año de vida son Repelón, Campo de la Cruz y Santa Lucía, mientras que esto es menos evidente en Ponedera, Suán y Manatí.

EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO

Los cuidadores de los niños evaluados con el Battelle respondieron a la escala de prácticas de cuidado, la cual se enfoca en las dimensiones de alimentación, sueño, higiene, recreación, salud física, afectividad, cognición, ético-moral y trascendencia (tabla 9).

Tabla 9. Dimensiones de la escala de prácticas de cuidado y su definición

Dimensión	Factor	Línea de base práctica de cuidado
Corporal	Alimentación	Nutrición de acuerdo con lo esperado para la edad del niño
	Sueño	Patrones y hábitos de sueño del niño y la familia
	Higiene	Cuidados higiénicos y sanitarios en el hogar
	Recreación	Espacios y momentos de juego y recreación
	Salud física	Atención a la situación de la salud de los niños
Socioemocional	Afectividad	Calidad del vínculo de los niños con sus cuidadores y pares
		Expresión de afecto
Cognitiva	Desarrollo cognitivo	Estimulación practicada en el hogar para el desarrollo de la capacidad cognitiva y lingüístico-comunicativa
Ético-moral	Conducta moral	Práctica y fomento de valores en el hogar, seguimiento de las normas
Trascendencia	Capacidad para experimentar y descubrir	Participación en actividades culturales y artísticas
	Capacidad de superación	Intenciones de formación

A continuación, se presentan los descriptivos de las prácticas por grupos de edad de los niños que reciben el cuidado en cada uno de los municipios.

Prácticas de cuidado en familias con niños de 0 a 6 meses

Se analizaron los descriptivos del grupo en general y se encontró una disposición favorable en las prácticas reportadas por el grupo, que se identifica en la tabla 10 por la tendencia a la puntuación límite superior en cada dimensión.

Para buscar discriminar las características del grupo en relación con sus municipios de origen, se analizaron las dimensiones de la escala para cada municipio y se encontró que las dimensiones de alimentación, sueño, higiene, salud física, afectividad y ético-moral no mostraron di-

ferencias significativas entre los municipios, tal como se observa en la tabla 11. Las medias resultantes para estas dimensiones mostraron un comportamiento que se puede considerar favorable para el desarrollo infantil, en especial en las dimensiones de sueño, higiene y salud física, que son las más cercanas a las puntuaciones de límite superior.

Tabla 10. Descriptivos para las prácticas de cuidado de las familias en general

		Alimentación	Sueño	Higiene	Recreación	Salud física	Afectividad	Cognitiva	Ético-moral	Trascendencia
N	Válido	197	197	197	197	197	197	197	197	197
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Media	24.77	17.16	15.62	8.30	8.34	26.12	17.85	10.09	10.49
	Mediana	25.00	18.00	16.00	9.00	9.00	27.00	18.00	10.00	10.00
	Moda	25	18	16	9	9	28	17 ^a	10	10
	Desviación estándar	1.95	1.15	2.25	1.08	1.19	3.15	3.02	1.65	1.14
	Mínimo	18	12	6	3	3	17	12	6	4
	Máximo	30	18	18	9	9	30	24	12	12

^aExisten múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño.

Tabla 11. Prácticas de cuidado que no muestran diferencias significativas (niños de 0 a 6 meses)

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
	Suán	24	24,29	1,46	20	26		
	Santa Lucía	29	25,55	1,82	21	30		
	Ponedera	30	24,23	2,21	18	28		
Alimentación	Campo de la Cruz	29	25,21	1,93	21	28	1.83	.096
	Manatí	28	24,79	2,33	19	29		
	Candelaria	28	24,82	1,66	22	28		
	Repelón	29	24,45	1,82	20	28		
	Total	197	24,77	1,95	18	30		

Continúa...

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
Sueño	Suán	24	17,08	1,02	15	18	2.02	.065
	Santa Lucía	29	16,90	1,24	14	18		
	Ponedera	30	16,73	1,46	12	18		
	Campo de la Cruz	29	17,07	1,31	14	18		
	Manatí	28	17,43	,92	15	18		
	Candelaria	28	17,50	,96	14	18		
	Repelón	29	17,45	,83	16	18		
	Total	197	17,16	1,15	12	18		
Higiene	Suán	24	15,08	2,21	10	18	1.57	.159
	Santa Lucía	29	16,31	2,38	8	18		
	Ponedera	30	15,20	2,09	8	18		
	Campo de la Cruz	29	15,93	1,41	13	18		
	Manatí	28	16,18	2,19	10	18		
	Candelaria	28	15,50	2,08	10	18		
	Repelón	29	15,07	2,96	6	18		
	Total	197	15,62	2,25	6	18		
Salud física	Suán	24	8,33	1,34	4	9	1.94	.077
	Santa Lucía	29	8,76	,83	5	9		
	Ponedera	30	8,37	1,07	5	9		
	Campo de la Cruz	29	8,28	1,07	5	9		
	Manatí	28	8,64	,83	6	9		
	Candelaria	28	7,82	1,54	5	9		
	Repelón	29	8,17	1,42	3	9		
	Total	197	8,34	1,19	3	9		
Afectividad	Suán	24	26,33	2,85	19	30	1.69	.126
	Santa Lucía	29	27,28	2,85	18	30		
	Ponedera	30	25,30	3,39	18	30		
	Campo de la Cruz	29	25,76	2,69	20	30		
	Manatí	28	26,43	2,73	18	30		
	Candelaria	28	25,18	4,19	17	30		
	Repelón	29	26,62	2,82	18	30		
	Total	197	26,12	3,15	17	30		

Continúa...

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
	Suán	24	9,92	1,56	6	12		
	Santa Lucía	29	9,97	1,43	7	12		
	Ponedera	30	10,03	1,77	6	12		
Ético-moral	Campo de la Cruz	29	10,59	1,35	8	12	1.54	.168
	Manatí	28	10,46	1,73	6	12		
	Candelaria	28	9,43	1,99	6	12		
	Repelón	29	10,17	1,56	6	12		
	Total	197	10,09	1,65	6	12		

Sin embargo, se observaron diferencias estadísticamente significativas para las prácticas de cuidado que dan cuenta de las dimensiones de recreación, cognitiva y trascendencia, lo cual se puede observar en la tabla 12. La dimensión de recreación fue la que presentó mayor tendencia a la puntuación del límite superior, mientras que las dimensiones cognitiva y trascendencia buscaron puntuaciones intermedias.

Tabla 12. Prácticas de cuidado que muestran diferencias por municipios (niños de 0 a 6 meses)

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
Recreación	Suán	24	7,83	1,61	3	9		
	Santa Lucía	29	8,79	,62	6	9		
	Ponedera	30	8,07	1,17	5	9		
	Campo de la Cruz	29	8,62	,94	5	9	3.63	.002
	Manatí	28	8,50	,88	6	9		
	Candelaria	28	7,86	1,01	6	9		
	Repelón	29	8,34	,89	5	9		
	Total	197	8,30	1,08	3	9		

Continúa...

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
Cognitiva	Suán	24	17,50	2,43	13	23		
	Santa Lucía	29	18,90	2,93	12	24		
	Ponedera	30	17,63	3,26	13	24		
	Campo de la Cruz	29	16,93	3,18	12	24	4.47	.001
	Manatí	28	19,93	2,69	15	24		
	Candelaria	28	16,86	2,49	13	22		
	Repelón	29	17,21	2,89	12	24		
	Total	197	17,85	3,02	12	24		
Trascendencia	Suán	24	10,50	,89	9	12		
	Santa Lucía	29	10,69	1,31	7	12		
	Ponedera	30	9,90	1,58	4	12		
	Campo de la Cruz	29	10,52	,99	8	12	2.21	.044
	Manatí	28	10,86	1,01	8	12		
	Candelaria	28	10,64	,83	9	12		
	Repelón	29	10,34	,97	8	12		
	Total	197	10,49	1,14	4	12		

Al observar con detalle las diferencias entre los municipios, se encuentra que respecto de la recreación, la figura 3 muestra que las mayores diferencias se presentan entre los municipios de Suán y Candelaria, que tienen los puntajes más bajos, y Santa Lucía y Campo de la Cruz, que tienen los puntajes más altos. Suán, además, es el municipio donde se presenta mayor dispersión entre los datos, lo cual señala que hubo mayor variación entre las respuestas dadas por las familias y una mayor inconsistencia en las prácticas.

La dimensión cognitiva, por su parte, obtuvo los puntajes más bajos en los municipios de Candelaria y Campo de la Cruz, mientras que las más altas se encontraron en Manatí y Santa Lucía, tal como se observa en la figura 4. La dispersión de los datos en Candelaria fue una de las más bajas, lo cual señala que el municipio muestra la misma tendencia, mientras que Campo de la Cruz tuvo una de las dispersiones más altas, lo cual indicaría mayor variabilidad de las prácticas en el municipio.

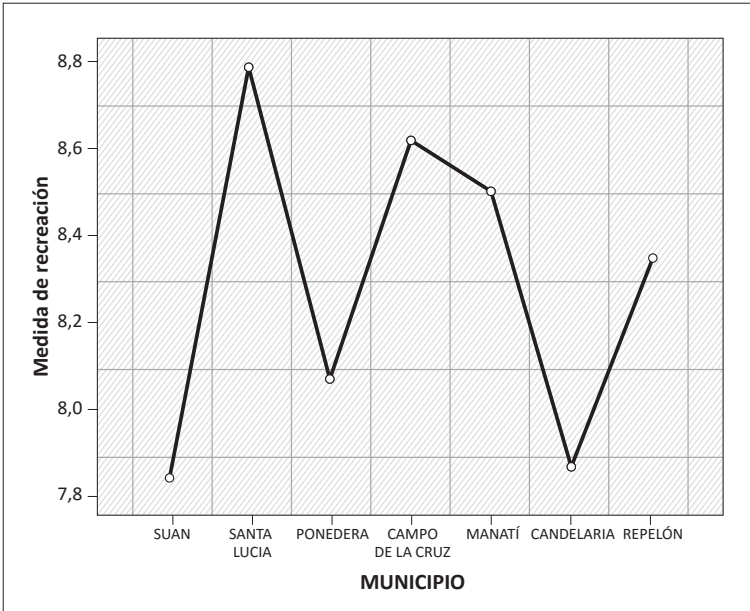


Figura 3. Prácticas de cuidado en recreación por municipio (0-6 meses)

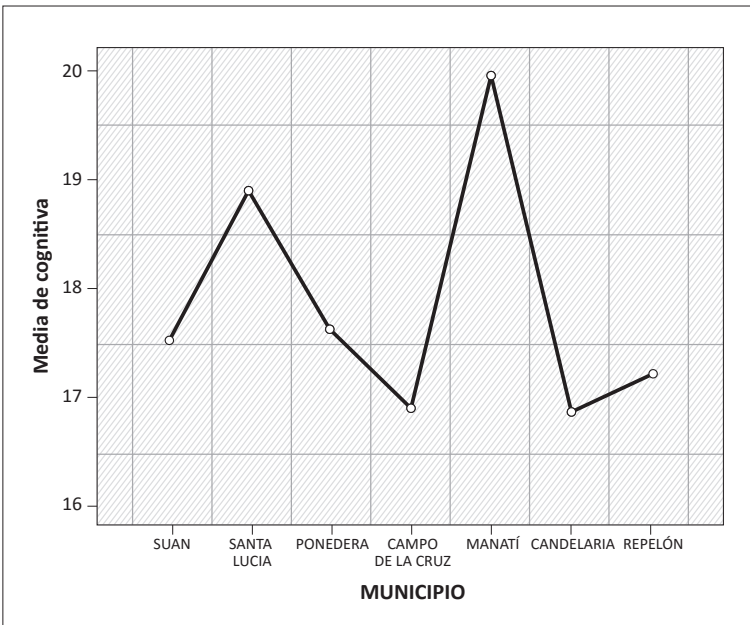


Figura 4. Prácticas de cuidado en estimulación cognitiva por municipio (0-6)

Finalmente, en la figura 5 se observa que la dimensión de trascendencia se encontró bastante pareja entre los municipios, y sobresale el caso de Ponedera, que obtuvo la puntuación más baja, en especial respecto del municipio de Manatí. Ponedera también muestra la mayor dispersión entre los datos, lo cual señala mayor inconsistencia de las prácticas en este municipio.

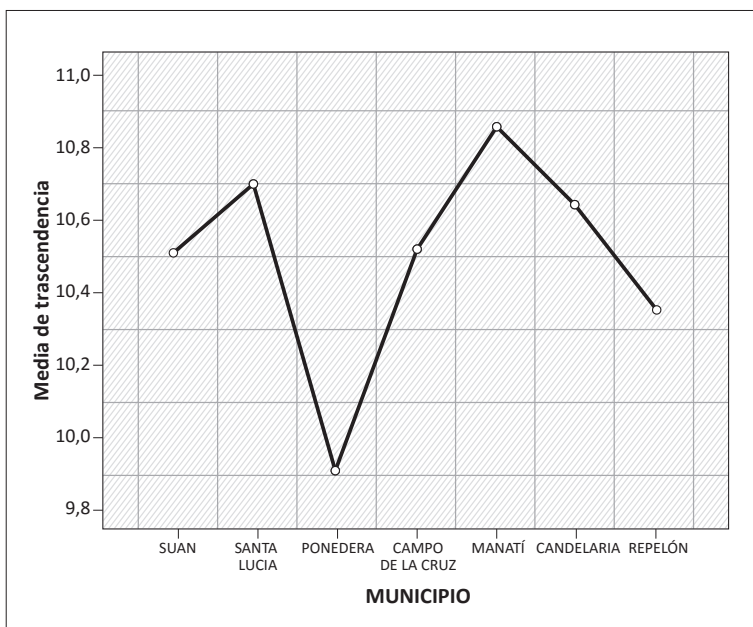


Figura 5. Prácticas de cuidado en trascendencia por municipio (0-6 meses)

A modo de síntesis, se puede establecer que las prácticas de cuidado en familias con niños de 0 a 6 meses fueron reportadas con una tendencia favorable en los municipios de estudio, en especial en Manatí, pero es necesario prestar atención a la dinámica que se presenta en Candelaria y Ponedera.

Prácticas de cuidado en familias con niños de 7 a 18 meses

A continuación, se presentan los resultados de las prácticas de cuidado en las familias con niños de 7 a 18 meses. La tabla 13 muestra los descriptivos del grupo en general y también se encontró una disposición

favorable en las prácticas reportadas por el grupo, dada la tendencia a la puntuación límite superior en cada dimensión. Sin embargo, la media para la dimensión de alimentación mostró la puntuación más distante respecto del límite superior, lo cual señalaría que hay mayor dispersión de los datos o bien que se requiere analizar cómo se está presentando de manera más específica.

Tabla 13. Descriptivos para las prácticas de cuidado de las familias en general (7 a 18 meses)

	Alimentación	Sueño	Higiene	Recreación	Salud física	Afectividad	Cognitiva	Ético-moral	Trascendencia
N Válido	244	244	244	244	244	244	244	244	244
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	22.46	12.26	16.10	13.19	10.10	33.07	12.74	31.08	10.33
Mediana	23.00	13.00	16.00	13.00	10.00	34.00	13.00	31.50	11.00
Moda	24	13	16	13	10 ^a	33	11	10 ^a	33
Desviación estándar	2.23	1.49	1.63	1.51	2.93	3.77	2.08	2.93	3.77
Mínimo	15	5	11	8	6	0	0	0	0
Máximo	27	15	18	15	12	39	18	37	15

^aExisten múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño.

Con el fin de caracterizar al grupo en relación con sus municipios de origen, se analizaron las dimensiones de la escala en cada municipio y se encontró lo siguiente.

Las dimensiones de alimentación, higiene, afectividad y ético-moral no mostraron diferencias significativas entre los municipios, tal como se observa en la tabla 14. Aunque, en general, las puntuaciones tienden al límite superior en todos los municipios, la dimensión de afectividad y ético-moral buscan puntuaciones intermedias, lo cual indica que son las que menos se ponen en práctica.

Tabla 14. Prácticas de cuidado que no muestran diferencias significativas (niños de 7 a 18 meses)

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
Alimentación	Suán	37	23,16	1,71	20	27	1.938	.076
	Santa Lucía	29	22,69	2,11	18	27		
	Ponedera	42	21,69	2,57	17	26		
	Campo de la Cruz	35	22,89	2,52	15	27		
	Manatí	36	22,56	2,12	15	25		
	Candelaria	37	22,22	2,08	18	26		
	Repelón	28	22,14	2,10	18	26		
	Total	244	22,46	2,23	15	27		
Higiene	Suán	37	16,41	1,30	13	18	1.468	.190
	Santa Lucía	29	16,24	1,59	13	18		
	Ponedera	42	16,24	1,78	11	18		
	Campo de la Cruz	35	16,14	1,49	13	18		
	Manatí	36	16,36	1,69	12	18		
	Candelaria	37	15,54	1,709	12	18		
	Repelón	28	15,71	1,69	11	18		
	Total	244	16,10	1,63	11	18		
Afectividad	Suán	37	33,00	2,98	24	39	.822	.554
	Santa Lucía	29	32,14	7,04	0	39		
	Ponedera	42	33,69	2,62	28	38		
	Campo de la Cruz	35	32,60	2,78	25	37		
	Manatí	36	33,31	3,67	23	39		
	Candelaria	37	32,84	3,40	23	37		
	Repelón	28	33,82	2,57	29	38		
	Total	244	33,07	3,73	0	39		

Continúa...

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
Ético-moral	Suán	37	31.57	3.27	21	36	1.784	.103
	Santa Lucía	29	30.38	6.69	0	37		
	Ponedera	42	30.55	2.99	23	37		
	Campo de la Cruz	35	31.94	2.24	27	36		
	Manatí	36	31.61	3.02	25	37		
	Candelaria	37	29.81	4.15	21	36		
	Repelón	28	31.89	2.64	26	36		
	Total	244	31.08	3.77	0	37		

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las prácticas de cuidado en las dimensiones de sueño, recreación, salud física, cognitiva y trascendencia, que se pueden observar en la tabla 15.

Se resalta que las dimensiones cognitiva y trascendencia en general se alejaron del límite superior para estas dimensiones, lo cual señala que son las prácticas que menos se manifiestan.

Tabla 15. Prácticas de cuidado que muestran diferencias por municipios (niños de 7 a 18 meses)

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
Sueño	Suán	37	12.00	1.31	9	15	2.685	.015
	Santa Lucía	29	12.69	1.17	10	15		
	Ponedera	42	11.64	2.21	5	15		
	Campo de la Cruz	35	12.49	1.12	9	15		
	Manatí	36	12.50	1.34	10	15		
	Candelaria	37	12.08	1.36	9	15		
	Repelón	28	12.71	1.18	10	15		
	Total	244	12.26	1.49	5	15		

Continúa...

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
Recreación	Suán	37	13.41	1.26	10	15	3.952	.001
	Santa Lucía	29	13.76	1.06	11	15		
	Ponedera	42	12.76	1.59	9	15		
	Campo de la Cruz	35	13.06	1.77	8	15		
	Manatí	36	13,72	1.43	10	15		
	Candelaria	37	12.46	1.59	8	15		
	Repelón	28	13.39	1.29	10	15		
	Total	244	13.19	1.51	8	15		
Salud física	Suán	37	10.30	1.08	8	12	5.545	.000
	Santa Lucía	29	10.79	1.32	8	12		
	Ponedera	42	9.76	.73	8	11		
	Campo de la Cruz	35	10.43	1.15	8	12		
	Manatí	36	10.36	1.66	7	12		
	Candelaria	37	9.27	1.48	6	12		
	Repelón	28	9.96	1.23	6	12		
	Total	244	10.10	1.32	6	12		
Cognitiva	Suán	37	12.22	2.63	6	17	3.717	.001
	Santa Lucía	29	13.38	3.83	0	18		
	Ponedera	42	12.98	2.85	8	18		
	Campo de la Cruz	35	12.71	2.53	9	18		
	Manatí	36	14.06	2.93	7	18		
	Candelaria	37	12.59	2.71	7	18		
	Repelón	28	10.93	2.21	5	15		
	Total	244	12.74	2.93	0	18		
Trascendencia	Suán	37	10.38	1.88	7	15	2.687	.015
	Santa Lucía	29	10.38	2.95	0	15		
	Ponedera	42	10.19	1.73	6	14		
	Campo de la Cruz	35	10.46	1.65	7	14		
	Manatí	36	11.25	2.18	7	15		
	Candelaria	37	10.24	2.11	7	13		
	Repelón	28	9.21	1.66	5	12		
	Total	244	10.33	2.08	0	15		

Al observar las diferencias entre los municipios, se encuentra que en especial las puntuaciones para las dimensiones cognitiva y trascendencia tienden a alejarse del límite superior, lo cual indica que son las que menos se practican. También se halla lo siguiente:

La figura 6 muestra que Suán, Candelaria y Ponedera tienen los puntajes más bajos para la dimensión de sueño. Ponedera, además, tiene una mayor dispersión en los datos, lo cual señala inconsistencias en las prácticas. Repelón y Santa Lucía muestran las mejores puntuaciones, seguidas de Manatí y Campo de la Cruz, que indican mejor consistencia en las respuestas.

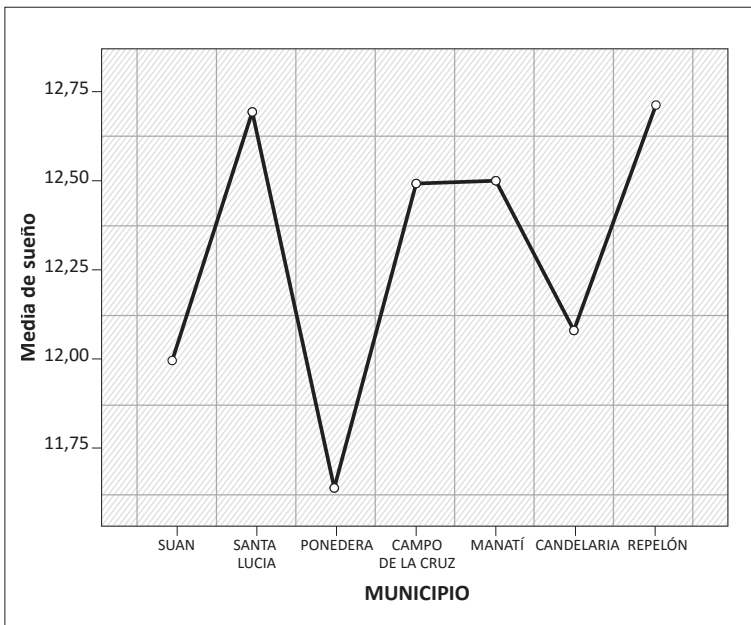


Figura 6. Prácticas de cuidado para el cuidado del sueño por municipio (7-18 meses)

En la figura 7 se observa que en recreación Candelaria tiene el puntaje más bajo, seguido de Ponedera, ambos con las desviaciones más altas, lo cual indica inconsistencia en las respuestas. Campo de la Cruz presenta una puntuación intermedia con la dispersión más alta, lo cual indicaría que en este municipio las respuestas son muy variables. Los mejores puntajes y la mayor consistencia se evidencia en los municipios de Santa Lucía, Manatí y Repelón, respectivamente.

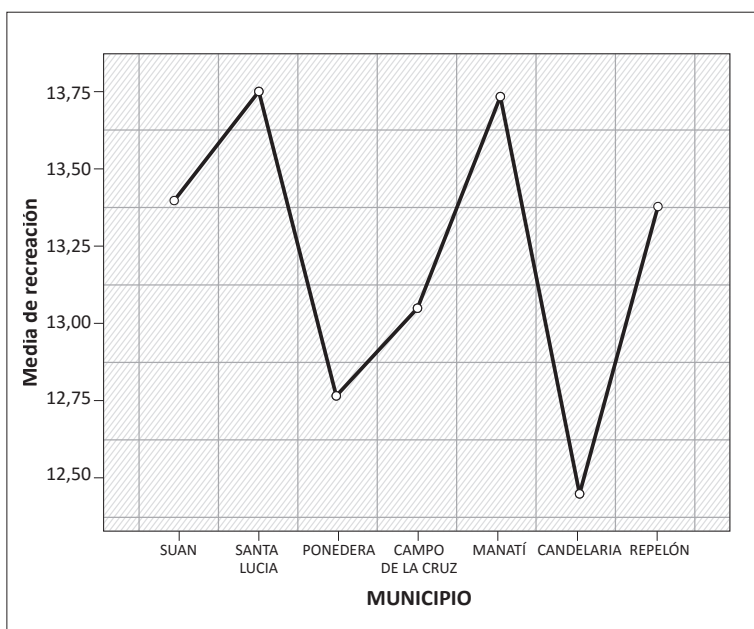


Figura 7. Prácticas de cuidado de la recreación por municipio (7-18 meses)

En cuanto a la dimensión de salud física, también Candelaria muestra la puntuación más baja y una de las dispersiones más altas, como se puede observar en la figura 8. Ponedera le sigue como segundo puntaje más bajo, pero también con la menor dispersión, lo cual indicaría que la tendencia en el municipio es homogénea. Las mejores puntuaciones las presenta Santa Lucía, seguido de Campo de la Cruz y un poco menos para Suán y Manatí. Repelón se ubica en una puntuación intermedia, aunque presentó entre sus datos algunas puntuaciones en el límite inferior.

La figura 9 permite observar que Repelón obtuvo la puntuación más baja en la dimensión cognitiva, lo que también ocurre en la dispersión de sus datos. Esto señala una tendencia homogénea en el municipio a no ejecutar estas prácticas de forma suficiente. Se evidencian puntajes intermedios en Suán, Candelaria, Campo de la Cruz y Ponedera. Manatí muestra el mejor desempeño, seguido de Santa Lucía, aunque ambos con dispersión alta de los datos.

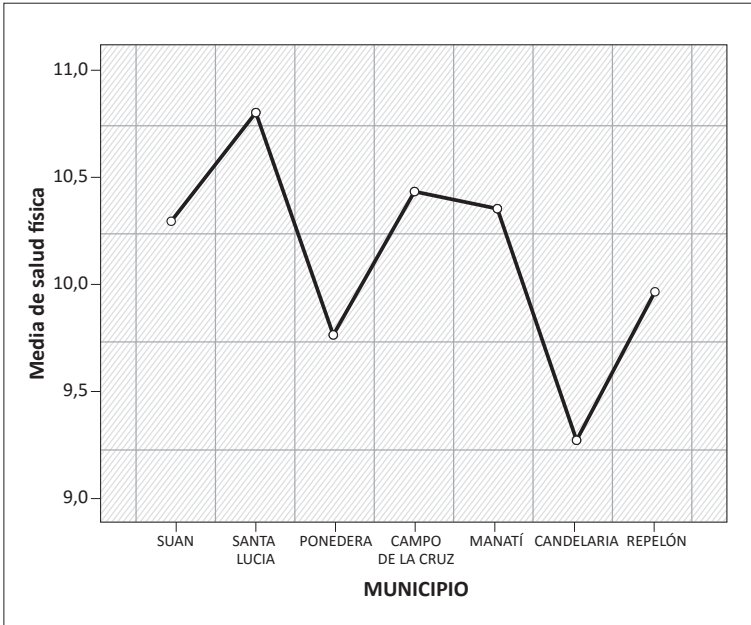


Figura 8. Prácticas de cuidado en salud física por municipio (7-18 meses)

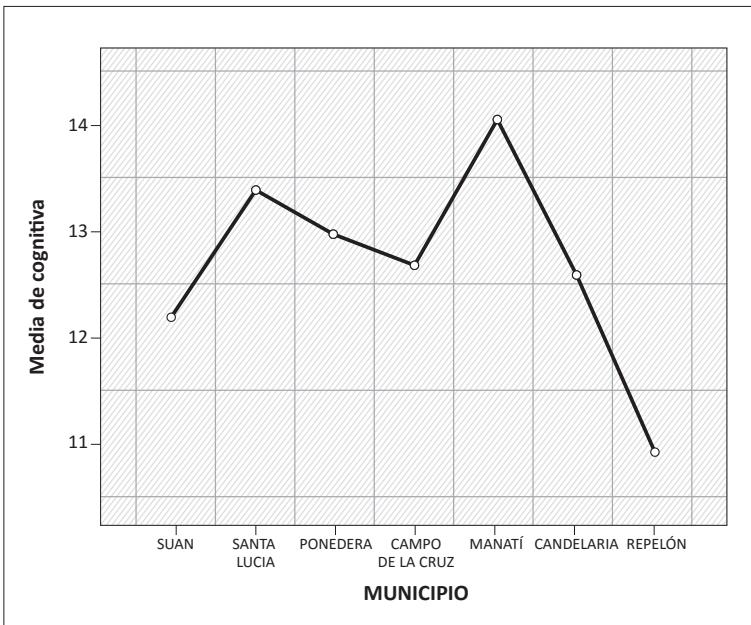


Figura 9. Prácticas de cuidado en estimulación cognitiva por municipio (7-18 meses)

Nuevamente, Repelón muestra el desempeño más bajo, en este caso para la dimensión de trascendencia, tal como se aprecia en la figura 10. También la dispersión es baja, lo cual indica una homogeneidad en el municipio frente a esta tendencia. Le siguen con unas puntuaciones más intermedias Ponedera, Candelaria, Suán y Santa Lucía, con desviaciones más amplias, que indicarían algo de inconsistencia en las respuestas de las personas. Manatí, de nuevo, presenta el mejor resultado.

Como conclusión, los municipios con un desempeño menos apropiado en el cuidado de los niños entre 7 y 18 meses presentan en especial diferencias relacionadas con el objeto del cuidado, es decir, oscilan entre el cuidado material o natural y el cuidado inmaterial o social. Los municipios con menos rendimiento en el primero serían Ponedera y Candelaria, mientras que el de mayor déficit en el segundo sería Repelón. En general Manatí y Santa Lucía tienen el mejor desempeño en las dimensiones.

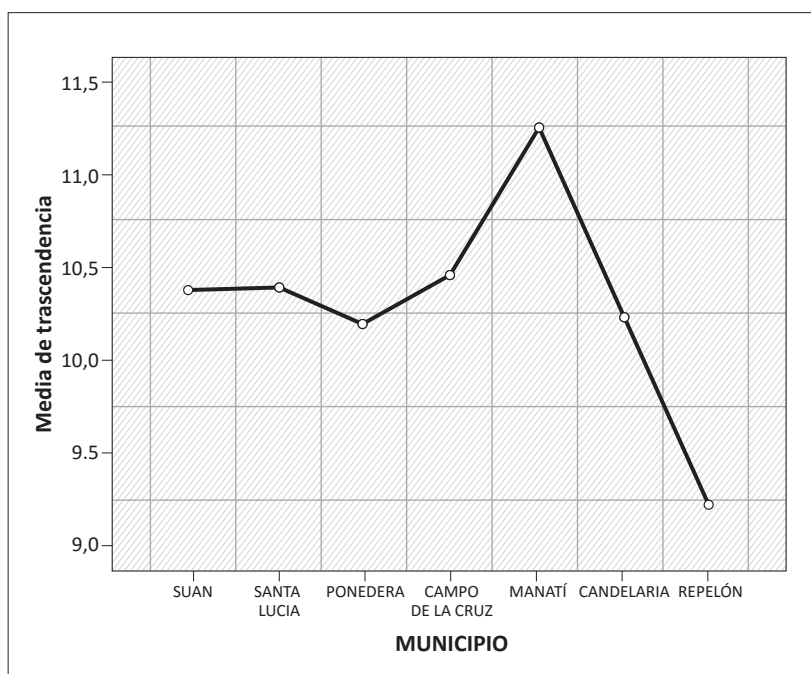


Figura 10. Prácticas de cuidado en trascendencia por municipio (7-18 meses)

Prácticas de cuidado en familias con niños de 19 a 60 meses

Los resultados generales para las prácticas de cuidado en las familias con niños de 19 a 60 meses se presentan en la tabla 16. Se encontró una tendencia general a puntuaciones intermedias en todas las dimensiones si se considera la distancia de las medias respecto del límite superior. Esto podría señalar que, a medida que los niños crecen, las prácticas van siendo cada vez más inconsistentes o van perdiendo importancia para las familias.

Tabla 16. Descriptivos para las prácticas de cuidado de las familias (19 a 60 meses)

		Alimentación	Sueño	Higiene	Recreación	Salud física	Afectividad	Cognitiva	Ético-moral	Trascendencia
N	Válido	277	277	277	277	277	277	277	277	277
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		24.56	1.05	16.79	12.80	10.31	32.59	20.15	36.30	17.00
Mediana		25.00	11.00	17.00	13.00	10.00	33.00	21.00	37.00	17.00
Moda		25 ^a	11	18	13	10	34	21	37	17
Desviación estándar		2.157	1.718	1.322	1.560	1.376	3.500	3.091	4.249	2.249
Mínimo		16	6	6	8	7	21	9	6	0
Máximo		29	15	18	15	12	38	24	42	21

^aExisten múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño.

La caracterización de las prácticas del grupo en relación con sus municipios de origen señala que no se encontraron diferencias significativas asociadas al municipio de origen para las dimensiones de alimentación, sueño, higiene, recreación y afectividad, tal como se puede apreciar en la tabla 17. Las dimensiones de alimentación y afectividad para todos los municipios tienden a puntuaciones más intermedias, lo cual señala que en general las familias han disminuido su práctica.

Tabla 17. Prácticas de cuidado que no muestran diferencias por municipios (niños de 19 a 60 meses)

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
Alimentación	Suán	25	23.72	2.65	16	29	.383	.889
	Santa Lucía	28	24.29	1.84	20	27		
	Ponedera	16	24.38	2.73	19	29		
	Campo de la Cruz	24	24.08	2.39	19	28		
	Manatí	22	23.77	1.88	21	27		
	Candelaria	22	23.68	1.91	21	26		
	Repelón	28	24.21	2.09	19	27		
	Total	165	24.02	2.19	16	29		
Sueño	Suán	25	10.36	1.68	6	13	1.515	.177
	Santa Lucía	28	10.57	1.26	8	13		
	Ponedera	16	9.56	1.46	7	13		
	Campo de la Cruz	24	10.33	1.71	6	13		
	Manatí	22	10.55	1.34	7	13		
	Candelaria	22	9.86	1.73	7	13		
	Repelón	28	10.75	1.60	8	14		
	Total	165	10.34	1.56	6	14		
Higiene	Suán	25	16.48	1.19	14	18	1.698	.125
	Santa Lucía	28	17.39	.96	15	18		
	Ponedera	16	16.31	2.33	12	18		
	Campo de la Cruz	24	16.58	2.48	6	18		
	Manatí	22	16.64	1.22	14	18		
	Candelaria	22	16.73	1.20	13	18		
	Repelón	28	17.25	.93	15	18		
	Total	165	16.82	1.54	6	18		

Continúa...

Resultados

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
Recreación	Suán	25	12.44	1.56	10	15	1.986	.071
	Santa Lucía	28	13.29	1.68	9	15		
	Ponedera	16	12.13	2.13	8	15		
	Campo de la Cruz	24	13.04	1.71	10	15		
	Manatí	22	13.59	1.37	11	15		
	Candelaria	22	12.82	1.33	11	15		
	Repelón	28	12.93	1.41	9	15		
	Total	165	12.93	1.62	8	15		
Afectividad	Suán	25	30.92	2.86	25	37	.948	.462
	Santa Lucía	28	32.68	3.06	26	38		
	Ponedera	16	31.94	3.75	23	37		
	Campo de la Cruz	24	32.38	2.67	28	37		
	Manatí	22	32.27	2.85	27	38		
	Candelaria	22	31.41	4.01	22	37		
	Repelón	28	31.32	4.02	22	37		
	Total	165	31.84	3.34	8	15		

Se encontraron diferencias significativas entre los municipios para las dimensiones de salud física, cognitiva, ético-moral y trascendencia, las cuales se presentan en la tabla 18. Se observa que en general las puntuaciones para las dimensiones cognitiva, ético-moral y trascendencia se alejan de la puntuación límite superior, lo cual señala que al parecer estas dimensiones de las prácticas de cuidado no reciben tanta atención o son menos ejecutadas.

Tabla 18. Prácticas de cuidado que muestran diferencias por municipios (niños de 19 a 60 meses)

		N	Media	Desviación	Mín	Max	F	p
Salud física	Suán	25	10.60	1.04	9	12	4.339	.000
	Santa Lucía	28	11.50	1.14	8	12		
	Ponedera	16	10.13	1.50	7	12		
	Campo de la Cruz	24	10.96	1.52	8	12		
	Manatí	22	10.27	1.24	7	12		
	Candelaria	22	9.91	1.23	7	12		
	Repelón	28	10.54	1.29	8	12		
	Total	165	10.61	1.35	7	12		
Cognitiva	Suán	25	17.52	3.15	12	22	3.699	.002
	Santa Lucía	28	20.86	2.61	14	24		
	Ponedera	16	17.44	3.92	10	22		
	Campo de la Cruz	24	19.42	3.08	14	24		
	Manatí	22	18.59	2.86	13	24		
	Candelaria	22	19.82	3.33	10	24		
	Repelón	28	19.29	3.02	9	24		
	Total	165	19.10	3.25	9	24		
Ético-moral	Suán	25	34.32	2.99	25	41	4.019	.001
	Santa Lucía	28	36.96	3.50	27	41		
	Ponedera	16	35.25	5.53	25	42		
	Campo de la Cruz	24	36.08	3.81	29	42		
	Manatí	22	35.68	2.72	31	42		
	Candelaria	22	32.91	2.67	28	37		
	Repelón	28	36.50	2.67	31	40		
	Total	165	35.48	3.59	25	42		

Continúa...

		N	Media	Desviación	Min	Max	F	p
Trascendencia	Suán	25	15.76	1.30	14	18	6.137	.001
	Santa Lucía	28	18.29	1.98	13	21		
	Ponedera	16	16.25	1.81	14	19		
	Campo de la Cruz	24	16.42	2.08	11	19		
	Manatí	22	15.86	1.69	12	19		
	Candelaria	22	15.91	1.82	12	18		
	Repelón	28	16.18	1.95	13	21		
	Total		165	16.44	1.99	11		

Analizando las diferencias con detalle se encuentra que la figura 11 señala que Candelaria presenta el resultado más bajo para salud física con una dispersión baja, seguido de Ponedera y Manatí. Se observan puntajes intermedios con una dispersión baja para Suán y Repelón. El mejor puntaje lo tiene Santa Lucía, con una dispersión baja, y es donde mejor y más consistentemente se dan las prácticas. Le sigue Campo de la Cruz, aunque con más dispersión, lo cual indica variación en las prácticas de este municipio.

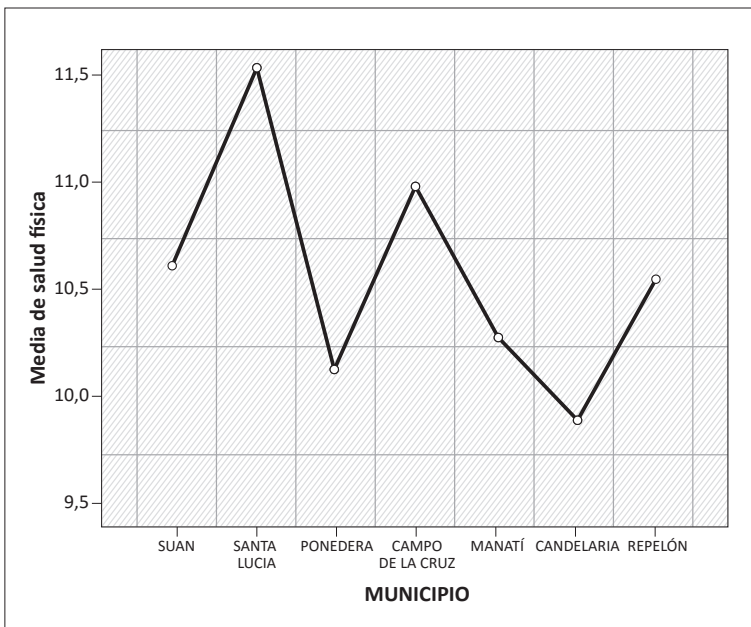


Figura 11. Prácticas de cuidado en salud física por municipio (19-60 meses)

La figura 12 muestra que Ponedera y Suán tuvieron el peor desempeño en el cuidado cognitivo, teniendo el primero mayor dispersión, lo cual indica inconsistencia en las prácticas. Se encuentran puntuaciones intermedias en Campo de la Cruz, Manatí y Repelón, con una mejoría para Candelaria, aunque todas muestran cierta inconsistencia en las prácticas dada la dispersión en sus respuestas. El mejor resultado se presenta en Santa Lucía, que, además, presenta la menor dispersión en las respuestas.

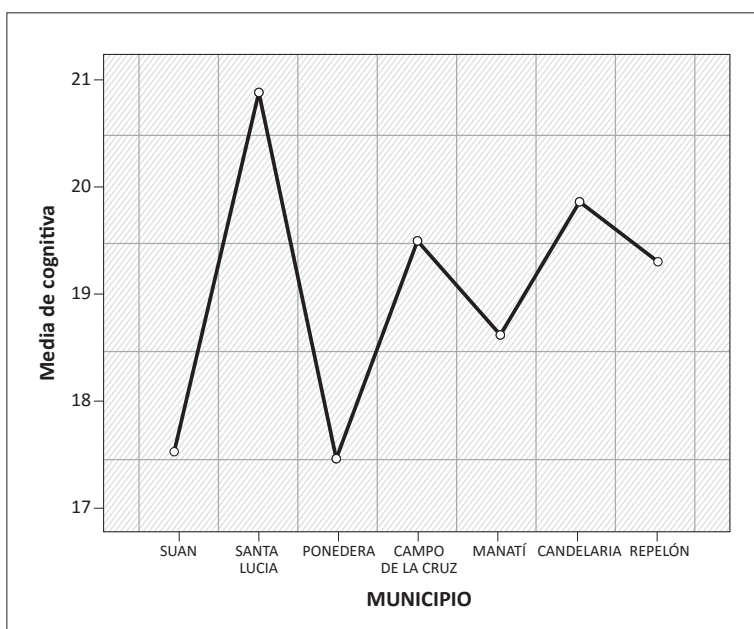


Figura 12. Prácticas de cuidado en estimulación cognitiva por municipio (19-60 meses)

En cuanto a la dimensión ético-moral, la figura 13 muestra que la puntuación más baja fue reportada por Candelaria, que, además, mostró una baja dispersión, de manera que el bajo desempeño se estaría dando de manera generalizada. Le sigue Suán, también con baja dispersión. Ponedera, Campo de la Cruz y Manatí tienden a puntuaciones intermedias, y es la primera la de mayor dispersión y, por tanto, mayor inconsistencia en las prácticas. Las puntuaciones más altas para esta dimensión se encuentran en Santa Lucía y Repelón, aunque el primero muestra más inconsistencia que el segundo.

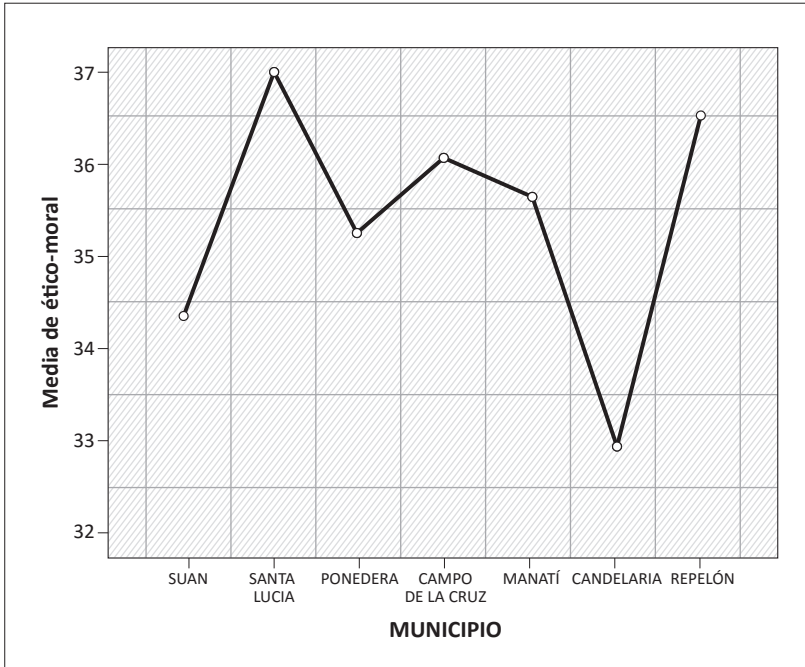


Figura 13. Prácticas de cuidado en el componente ético-moral por municipio (19-60 meses)

Finalmente, la figura 14 muestra que en general los municipios presentaron un desempeño bajo respecto del obtenido por Santa Lucía y con una dispersión bastante homogénea que indica que la tendencia en el interior de cada municipio es semejante. En general, las puntuaciones de los municipios en esta dimensión se alejan del límite superior, lo cual señala que no se le da mucha importancia a su práctica.

Después de analizar los resultados obtenidos por las familias con niños de 19 a 60 meses, se puede concluir que en general se observa una disminución de los puntajes frente a las puntuaciones límite superior, que indican que al parecer las prácticas van disminuyendo en su repertorio, en especial respecto de la salud física y las dimensiones de cuidado inmaterial o social. Los municipios con desempeño más bajo en la preocupación por el cuidado a la salud física fueron Candelaria, Ponedera y Manatí. Mientras que los que atienden menos al cuidado

inmaterial son Suán, Ponedera y Candelaria. En general, se observa una menor preocupación por la trascendencia en todos los municipios, a excepción de Santa Lucía, que, además, tuvo el mejor desempeño en todas las dimensiones.

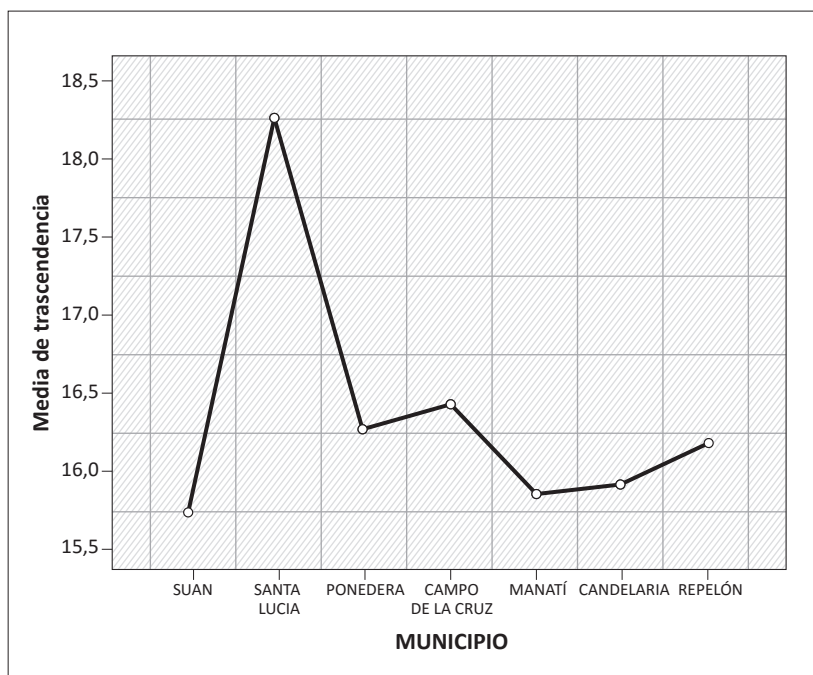


Figura 14. Prácticas de cuidado en trascendencia por municipio (19-60 meses)

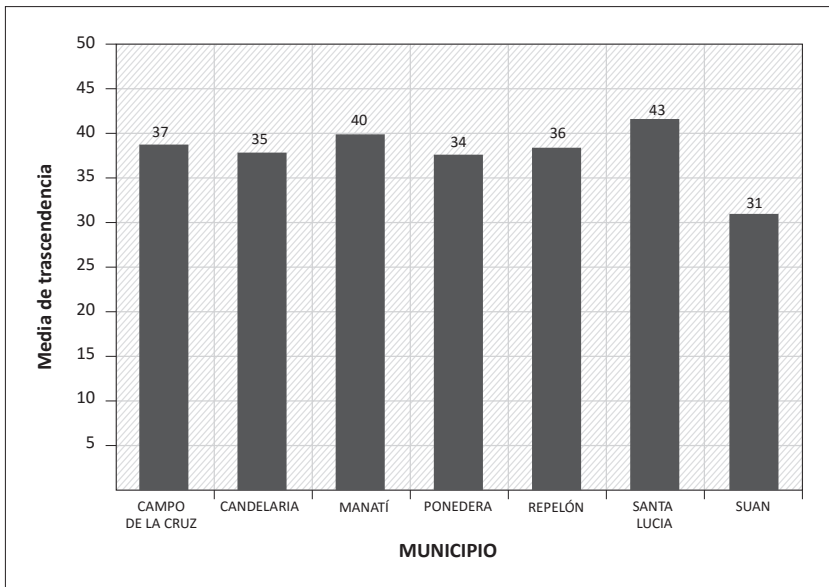
Prácticas comunitarias

Se aplicó la prueba de prácticas comunitarias con la finalidad de determinar el nivel de participación que tienen los miembros de la comunidad en la atención de los niños entre 0 y 5 años. La aplicación se realizó en una muestra de 604 personas de siete municipios del sur del departamento del Atlántico, cuidadores en la familia de niños a los que se le aplicó el Battelle. El análisis de los datos obtenidos se hace a partir de la interpretación de la escala (tablas 19).

Tabla 19. Criterios para la interpretación de la escala

Puntaje	Interpretación
0-19	Participación muy deficiente
20-38	Participación deficiente
39-57	Participación buena
58-76	Participación muy buena

El análisis de los resultados por municipio arrojó los resultados que se pueden apreciar en la figura 15.

**Figura 15.** Participación comunitaria en el cuidado a la infancia por municipio

De forma general, los resultados muestran una participación comunitaria deficiente o buena, a excepción de Santa Lucía y Manatí, que obtuvieron puntajes que los ubica en un nivel de participación buena. El municipio con menor puntuación fue Suán, con un nivel de participación deficiente. Como se puede evidenciar en los resultados de la aplicación de la escala de evaluación de la participación de la comunidad en el cuidado y la atención de los niños menores, se puede conside-

rar que la situación es preocupante a sabiendas de que la comunidad constituye el medio social más amplio donde el niño interactúa y se desarrolla. Los datos descritos señalan la necesidad de la implementación de estrategias que mejoren significativamente este aspecto tan importante para el desarrollo del niño.

Conclusiones

Esta línea de base tuvo como objetivo establecer las condiciones en las cuales se encuentra el desarrollo infantil en el sur del departamento del Atlántico, así como las prácticas de cuidado en el hogar y en la comunidad, partiendo de la consideración del desarrollo desde el enfoque ecológico. Se identificaron las fortalezas y debilidades que constituyen la base para el modelo de intervención por desarrollar con estas comunidades.

A manera de síntesis en la tabla 20, se presentan integrados los resultados obtenidos de los municipios respecto de los indicadores de desarrollo infantil, prácticas de cuidado en el hogar y prácticas comunitarias para el cuidado de los niños. Se señala un breve diagnóstico de cada municipio.

Tabla 20. Análisis integrado del desarrollo infantil, prácticas de cuidado y participación comunitaria por cada municipio

Municipio	Desarrollo infantil	Prácticas de cuidado	Participación comunitaria	Diagnóstico
Suán	Total 20 % niños por debajo de lo esperado.	Poca estimulación cognitiva en la primera infancia. Poca preocupación por el cuidado material o físico cuando aumenta la edad de los niños.	Deficiente	Es uno de los municipios en condiciones de mayor riesgo para el desarrollo infantil, de manera que la intervención debe focalizarse a todos los aspectos del cuidado y del desarrollo de los niños.

Continúa...

Municipio	Desarrollo infantil	Prácticas de cuidado	Participación comunitaria	Diagnóstico
Santa Lucía	Total 25 % niños por debajo de lo esperado.	Aparece un interés por el cuidado de la salud física, la recreación, lo cognitivo, la trascendencia y lo ético-moral durante toda la primera infancia.	Buena	Prácticas de cuidado favorables en el interior del hogar y en la comunidad, que no acompañan los resultados de los niños. La observación indica una menor cobertura de programas del ICBF. Es uno de los municipios más distantes y rurales, con menor acceso a servicios
Ponedera	Total 9 % niños por debajo de lo esperado	Inconsistencia en las prácticas con bajos puntajes en casi todas las dimensiones en todo el periodo de primera infancia, en especial respecto de lo cognitivo	Deficiente	Prácticas de cuidado en el interior del hogar inconsistentes y prácticas comunitarias deficientes. Sin embargo, tiene la menor proporción de niños con rezago en el desarrollo. Es un municipio cercano a Barranquilla. Cuenta con mejor acceso a servicios. Fue menos afectado por la ola invernal 2010-2011.
Campo de la Cruz	Total 14 % niños por debajo de lo esperado.	Tiende a las puntuaciones intermedias en casi todas las dimensiones, y se encontró su más bajo desempeño en relación con lo cognitivo.	Buena	Prácticas de cuidado inconsistentes en el hogar, pero buena participación comunitaria para el cuidado a la infancia. Buena cobertura del ICBF y programas del Gobierno. Es uno de los municipios más urbanizados, con mayor acceso a servicios de salud, lo cual se refleja en el desarrollo de los niños.
Manatí	Total 11 % niños por debajo de lo esperado.	En general, buenas prácticas de cuidado, aunque estas disminuyen con el aumento de la edad de los niños.	Buena	Las prácticas de cuidado fueron en promedio buenas y cuenta con buena organización en torno al cuidado a la infancia. Buena cobertura del ICBF y programas del gobierno. Es de los municipios más urbanizados con diversidad en la prestación de servicios, que se refleja en el desarrollo de los niños.

Continúa...

Municipio	Desarrollo infantil	Prácticas de cuidado	Participación comunitaria	Diagnóstico
Manatí	Total 11 % niños por debajo de lo esperado.	En general, buenas prácticas de cuidado, aunque estas disminuyen con el aumento de la edad de los niños.	Buena	Las prácticas de cuidado fueron en promedio buenas y cuenta con buena organización en torno al cuidado a la infancia. Buena cobertura del ICBF y programas del gobierno. Es de los municipios más urbanizados con diversidad en la prestación de servicios, que se refleja en el desarrollo de los niños.
Candelaria	Total 16 % niños por debajo de lo esperado.	Presenta inconsistencia en las prácticas y rendimiento bajo o intermedio en casi todas las dimensiones y edades.	Deficiente	Prácticas de cuidado en el interior del hogar inconsistentes y prácticas comunitarias deficientes. Sin embargo, tiene una proporción menor de niños con rezago en el desarrollo.
Repelón	Total 24 % niños por debajo de lo esperado.	Presenta rendimiento intermedio en casi todas las dimensiones del cuidado, aunque bajo para lo cognitivo, durante toda primera infancia.	Deficiente	Es otro de los municipios con condiciones de mayor riesgo para el desarrollo infantil, de manera que la intervención debe focalizarse en todos los aspectos del cuidado y del desarrollo de los niños.

Tras realizar el acercamiento a los niños, las niñas y sus familias, se puede establecer que la realidad en la que están creciendo presenta aristas positivas y negativas que se configuran de manera distinta en cada uno de los municipios. Entre los elementos favorables que se pueden destacar están las relaciones afectuosas y amplias en las que crecen los niños, por el número de cuidadores propio de la estructura familiar extensa que se observa en los entornos rurales. Estas características de la afectividad familiar se reflejan en la dimensión del desarrollo socioemocional de los infantes, que es la que presenta menos índices de retraso en los municipios. También se puede destacar el juego, por sus características de exigencia física en un escenario amplio para correr, saltar y trepar, que se refleja en el nivel de desarrollo motor, en especial grueso, que manifiesta un retraso muy significativo de lo esperado para los niños en esta edad.

Sin embargo, tanto en la observación como en la aplicación de instrumentos, se identificaron situaciones que suponen un alto riesgo para el desarrollo infantil. Entre ellas se destacan las siguientes:

- *La alimentación* por la alta ingesta de carbohidratos y prácticas culturales de inicio temprano en el consumo de alimentos distintos de la leche materna. Esto hace que los niños puedan tener tendencia a la obesidad pero estar malnutridos, además de los problemas digestivos que en el futuro pueden tener por la alteración de la flora intestinal.
- *Los problemas de salubridad e higiene:* la falta de alcantarillado en muchas zonas, sumado a la escasez de agua potable y la presencia de heces fecales de animales en las calles, ubican a los niños en un alto riesgo de padecer de enfermedad diarreica aguda, gastroenteritis, parásitos intestinales o enfermedades como la hepatitis A, las cuales ponen en riesgo su vida y su desarrollo.
- *La poca prioridad que se le da a la estimulación del desarrollo cognitivo:* esto se refleja en el rezago mostrado por los niños en el desarrollo cognitivo, en especial después del primer año de edad, así como en la generalizada ejecución insuficiente de prácticas de cuidado para el desarrollo cognitivo y la trascendencia mostrada por los cuidadores. Esto supone una desventaja y una brecha para estos niños en el momento de ingresar en la educación formal, que puede ser predictora de la deserción escolar y el bajo rendimiento académico futuro, que limitan aún más sus posibilidades de acceso a mejores oportunidades.
- *Las prácticas culturales hacia el consumo de alcohol:* una situación preocupante por sus profundas repercusiones cognitivas y para la salud es el consumo temprano de alcohol (4 años) promovido por los adultos.
- *El maltrato infantil:* aunque no se hizo completamente explícito en las entrevistas y los grupos focales, se pudo observar que las medidas de regulación del comportamiento pueden ser muy agresivas,

con la utilización de lenguaje hostil y soez hacia los niños e incluso castigo físico. Esto requiere un proceso de intervención con los padres y cuidadores que recurren a estas medidas por la desesperación de no saber cómo actuar ante las conductas manifiestas por sus niños y niñas.

- *Embarazo adolescente*: estos municipios presentan una alta tasa de embarazo en adolescentes, las cuales no están preparadas para formar un hogar y ven frustradas sus expectativas de vida con la llegada de los hijos. Las madres dan cuenta de una alta ansiedad por el desconocimiento sobre el proceso de crianza y cuidado de los niños y por el cambio que sufren en sus vidas.
- *Escasa participación comunitaria para el cuidado de los niños*: la comunidad constituye uno de los principales elementos para el cuidado de los niños, si se le considera como garante y defensora de sus derechos. Sin embargo, se requieren procesos de educación y organización comunitaria que fomenten la participación en torno al cuidado infantil. Lo que se observa es que los municipios del sur del departamento muestran una gran fragmentación de la vida en comunidad, y se encontró en la mayoría de los casos una puntuación deficiente. Una de las razones para estos resultados podría estar relacionada con el deterioro de las redes sociales después de la ola invernal, la reubicación de las familias en nuevas viviendas, la fragmentación familiar o la devastación del entorno social de quienes permanecen en sus viviendas originales, pese a que no tienen vecinos cercanos.
- *La realidad socioeconómica de la zona*: la pobreza, la delincuencia, el microtráfico de narcóticos, el desempleo y la falta de oportunidades para los jóvenes, sumado a una pérdida de la identidad económica de los municipios, constituyen una situación estructural de riesgo que requiere la atención del Gobierno departamental y nacional, porque constituye el escenario más amplio donde se desarrollan las nuevas generaciones en condiciones de vulnerabilidad.

Numerosas investigaciones demuestran la incidencia directa de las características del ambiente en el desarrollo infantil, donde aparecen factores del entorno físico, psicosocial y sociocultural de los individuos, como el nivel educativo de los padres, el ingreso familiar, la composición y estabilidad de la familia, entre otros (Cattani, s. f.). El entorno es propicio para el crecimiento y desarrollo físico de los infantes, cuando aporta a los elementos materiales e inmateriales de este, a través de una nutrición adecuada en cantidad y calidad, una apropiada estimulación psicosensores y afectiva, que ayudan a que el potencial genético se exprese en un buen estado de salud y una actividad física normal (Amar y Martínez, 2011).

Ahora bien, el niño no es un mero receptor pasivo de los estímulos del entorno. Es un sujeto activo de su desarrollo, el cual ocurre en la interacción entre sus características de personalidad, sus ambientes inmediatos y escenarios sociales que lo enmarcan. Cuando se comprende el desarrollo del niño desde esta perspectiva, se logran identificar “los factores de riesgo individuales (bajo peso, desnutrición, crisis familiares, etc.) y comunitarios (saneamiento ambiental, violencia, pobreza, etc.) que pueden estar presentes y afectar al desarrollo” (Abeyá et al, 2004, p. 313).

La familia puede ser la unidad primaria de educación y socialización, pero no es la única. Las demás personas y entidades de la comunidad que establecen contacto directo con el niño tienen un rol complementario en su desarrollo (Amar y Tirado, 2006). Al respecto, es importante señalar que la dinámica comunitaria, con las relaciones que allí se tejen, es un factor importante para el desarrollo socioafectivo de los niños y las niñas, el cual se fortalece si las condiciones son favorables: convivencia cotidiana armónica, clima afectivo positivo, estabilidad emocional, socialización y diálogo permanente sobre las dificultades, logros e intereses comunes e individuales, énfasis en el aprendizaje y participación en actividades culturales y comunitarias (Amar y Martínez, 2011; Amar y Madariaga, 2008). Los miembros de la comunidad transmiten al niño los valores de la sociedad y favorecen o inhiben su desarrollo cognoscitivo y personal (Amar y Martínez, 2011). Estudios de la Fundación Bernard van Leer (1981) señalan que el niño extrae

también sus experiencias educativas de los ambientes culturales de su comunidad y de la interacción activa con diversas personas, particularmente con sus iguales.

Desde la perspectiva sistémica, ecológica y evolutiva, es más probable que la familia cumpla con sus funciones cuando mantiene variados y enriquecedores enlaces con otros sistemas educativos y sociales de apoyo. Los resultados obtenidos en la línea de base permiten tomar los siguientes criterios como elementos importantes para el direccionamiento de la intervención que se realizará con las familias:

- Señalar la importancia del cuidado como el conjunto integrado de acciones que garantizan a los niños la sinergia de protección y el apoyo que necesitan para su salud y nutrición, así como para los aspectos físicos, psicosociales y cognitivos de su desarrollo, concepto que supera la noción de cuidado como prevención de accidentes.
- Partir de los dilemas, las dudas y las ansiedades que enfrentan los cuidadores en su día a día frente a cada una de las dimensiones del cuidado y el desarrollo de los niños y las niñas.
- Evidenciar las prácticas culturales que no favorecen el desarrollo sino que constituyen situaciones de riesgo para los infantes.
- Resaltar la estimulación del neurodesarrollo en especial antes del primer año de vida, dado que es a partir de ahí que los niños comienzan a mostrar un rezago en los indicadores en todos los municipios.
- Favorecer la toma de conciencia sobre la importancia de prácticas que estimulen la cognición y una participación más activa de los cuidadores.
- Crear oportunidades de interacción social tanto en el núcleo familiar como fuera de este, que le permitan modelar su conducta y adquirir seguridad en sí mismo y en los demás.
- Hacerlos conscientes de que si activan este tipo de participación pueden generar en sus hijos más posibilidades de independen-

cia promoviendo la exploración del medio físico, pero con límites claros que el niño entienda y aprenda a respetar.

- Rescatar el sentido comunitario, siempre con respeto y comunicación constante y cálida que favorezca en el niño la necesidad de comunicar sus necesidades e intereses.
- Fomentar una red social fuerte y cohesiva que permita generar oportunidades en las que pueda evaluar y valorar sus actividades, acciones e ideas, características físicas y cualidades personales, sintiéndose valorado y aceptado, y asimismo capaz de aceptar y valorar al otro.

Basados en lo anterior, se procederá al diseño y elaboración del material pedagógico, en el cual se resaltarán los principales puntos encontrados en la línea de base. Así, entre los principales aspectos por tener en cuenta están los siguientes:

1. En la dimensión corporal se hará hincapié en:
 - a. El desarrollo motor (gatear, caminar, agarrar, saltar, correr, entre otros).
 - b. Alimentación (nutrición e higiene, mantener los espacios limpios y las manos limpias de los niños cuando gatean).
2. En la dimensión cognitiva se hará hincapié en:
 - a. El desarrollo sensoriomotriz y la resolución de problemas (interacción del niño y el ambiente para aumentar la exploración que hace del mundo).
 - b. El juego simbólico y razonamiento lógico (como estimular apropiadamente a los hijos en el hogar y explicarles cómo y por qué hacer las cosas para que empiecen a entender cómo actuar y desenvolverse apropiadamente).

3. En la dimensión socioemocional se hará hincapié en:
 - a. Rol social y sexual (los padres como modelos tanto en el rol social como sexual. El padre debe facilitar situaciones en las cuales estos interactúen con sus hijos sirviéndoles de ejemplo).
 - b. Calidad del vínculo afectivo, y confianza en sí mismo y en el otro (los padres brindan una relación afectuosa a sus hijos para que estos se sientan seguros. Atender las necesidades de sus hijos sin sobreprotegerlos).
 - c. Desarrollo de la confianza y la autonomía (los padres ayudan afectuosamente a sus hijos a que intenten una y otra vez algo, y los animan a que no decaigan ante obstáculos y frustraciones. Permiten que sus hijos contemplen o exploren opciones en espacios seguros).
4. La dimensión lingüística-comunicativa:
 - a. Se trabajará de forma integrada en las dimensiones anteriores y se acentuará la forma de relacionarse y vincularse con sus hijos para lograr un adecuado cuidado y estimulación cognitiva, emocional y corporal.
5. La participación comunitaria:
 - a. La realización de talleres se basará en compartir experiencias y la integración de los participantes, en busca de ampliar y fortalecer su red social, todo esto en torno a la garantía de los derechos de la infancia.

Referencias

- Abello, R., & Madariaga, C. (1999). Las redes sociales ¿para qué? *Psicología desde el Caribe*, 2-3, 116-135. Recuperado de: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/2-3/7%20Las%20redes%20sociales.pdf
- Aguirre Dávila, E. (2000). Socialización y prácticas de crianza. En E. Aguirre Dávila y E. Durán Strauch, *Socialización, prácticas de crianza y cuidado de la salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/1548/5/02CAPI01.pdf>
- Aguirre Dávila, E. (2002). Prácticas de crianza y pobreza. En E. Aguirre Dávila, *Discusiones en la psicología contemporánea* (pp. 11-24). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/1296/3/02CAPI01.pdf>
- Alguacil, J. (2009). Reconquistar la ciudad para satisfacer las necesidades humanas. *Papeles*, 106, 61-71. Recuperado de http://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Cohesi%C3%B3n%20Social/Necesidades,%20consumo%20y%20bienestar/Reconquistar_la_ciudad.pdf
- Amar Amar, J. (1994). *Educación infantil y desarrollo social*. Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Amar Amar, J. (1998). Educación infantil y desarrollo local. *Investigación & Desarrollo*, 7, 1-17.
- Amar Amar, J. (2003). Una perspectiva de desarrollo humano para los derechos de la familia. En *Ensayos en desarrollo humano*. Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Amar Amar, J. (2015). *Desarrollo infantil y prácticas de cuidado*. Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Amar Amar, J., Abello Llanos, R. & Tirado García, D. (2004). *Desarrollo infantil y construcción del mundo social*. Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Amar Amar, J., Abello Llanos, R. & Tirado García, D. (2005). Efectos de un programa de atención integral a la infancia en el desarrollo de niños de sectores pobres en Colombia. *Investigación & Desarrollo*, 13(1), 60-77.

- Amar Amar, J., Madariaga Orozco, C. & Amarís, M. *Escala para evaluar la participación de la comunidad en la atención integral del niño menor de siete años*. Inédito.
- Amar Amar, J., Madariaga Orozco, C. & Macías Ospino, A. (2005). *Infancia, familia y derechos humanos*. Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Amar Amar, J., Tirado García, D. & Barreneche Aarón, A. (2007). Impacto de los programas de hogares de bienestar en la superación de la pobreza y el desarrollo de los niños en Colombia. *Investigación y Desarrollo*, 15(1), 124-149.
- Amar Amar, J. et al. (2014). *Desplazamiento climático y resiliencia*. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
- Amar Amar, J. y Alcalá Castro, M. (2001). *Políticas sociales y modelos de atención integral a la infancia*. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
- Amar Amar, J. y Madariaga Orozco, C. (2008). *Proyectos sociales y cuidados a la infancia*. Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Amar Amar, J. y Martínez González, M. B. (2011). *El ambiente imperativo*. Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Amar Amar, J. y Tirado García, D. (2006). El niño y el desarrollo de la comunidad. En *Ensayos de desarrollo humano*. Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Amarís Macías, M., Barrios, I. y García, D. (1994). Habilidades múltiples de las madres que orientan programas de atención integral al niño menor de siete años. *Investigación & Desarrollo*, 3, 106-123.
- Andréu Abela, J. (2003). Infancia socialización familiar y nuevas tecnologías de la comunicación. *Portularia*, 3, 243-261. Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/156/b15148312.pdf?sequence=1>
- Bartels, M., Rietveld, M. J., Van Baal, G. C. M. y Boomsma, D. I. (2002). Genetic and environmental influences on the development of intelligence. *Behavior Genetics*, 32(4), 237-249.
- Bastidas-Acevedo, M., Torres-Ospina, J. N., Arango-Córdoba, A., Escobar-Paucar, G. y Peñaranda-
- Bauman, Z. (2003). *Comunidad: en busca de seguridad en un mundo hostil* (trad. J. Alborés). Madrid: Siglo XXI.

- Belsky, J., Steinberg, L. y Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child Development*, 62(4), 647-670.
- Berenzon Gorn, S., Romero Mendoza, M., Tiburcio Sainz, M., Medina-Mora Icaza, M.^a E. y Rojas Guiot, E. (2007). Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 30(1), 31-38. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam071e.pdf>
- Black, M. M., Walker, S. P., Wachs, T. D., Ulkuer, N., Gardner, J. M., Grantham-McGregor, S. ... & de Mello, M. C. (2008). Policies to reduce undernutrition include child development. *The Lancet*, 371(9611), 454-455.
- Bradley, R. H., Corwyn, R. F. y Whiteside-Mansell, L. (1996). Life at home: same time, different places—an examination of the HOME inventory in different cultures. *Early Development and Parenting*, 5(4), 251-269.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Caballero, S. V. y Contini de González, N. (2008). ¿Es posible evaluar la inteligencia de los bebés?: un estudio preliminar en contextos de pobreza. *Fundamentos en Humanidades*, 17, 195-220.
- Calva, R. (2005). Crecimiento de niños y adolescentes. En R. Calva (Ed.), *Crecimiento, desarrollo y alimentación en el niño* (pp. 43-87). México: McGraw-Hill.
- Camacho, J. y Rojano, J. (1990). *Factores de protección del niño en la vida cotidiana*. Barranquilla: Universidad del Norte.
- Cattani O., A. (s. f.). Características del crecimiento y desarrollo físico. Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/crecdess.html>
- Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (1996). *Proyecto Tierra del Fuego: Encuesta de Desarrollo Infantil*. Buenos Aires: Autor.
- Consejo Nacional de Política Económica Social (2007). *Política Pública Nacional de Primera Infancia*. Bogotá. D.C., Colombia.
- Cordero Cordero, T. (2006). Educar en comunidad: implica mucho más que buena voluntad; es un espacio para celebrar la diversidad. *Actualidades Investigativas en Educación*, 6(1), 1-27.
- Coronel, C. P., Lacunza, A. B., & Contini de González, N. (2006). Las habilidades cognitivas en niños privados culturalmente. Resultados preliminares de la primera fase de evaluación. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2(22), 49-74. Recuperado de: http://www.aidep.org/03_ridep/R22/R223.pdf

- Correa, F. (2009). La comprensión de los significados que del programa de crecimiento y desarrollo tienen sus actores: un paso hacia su cualificación. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), 1919-1928.
- Craig, J. y Woolfolk, A. (1998). *Psicología y desarrollo educativo*. Barcelona: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Cuervo Martínez, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas*, 6(1), 111-121. Recuperado de <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/163>
- DANE (2005). Censo 2005. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/sistema-de-consulta>
- De Casper, A. y Fifer, W. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *Science, New Series*, 208(4448), 1174-1176. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/1683733>
- Delval, J. (2004). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.
- De Nicolás, A. T. (s. f.). Naturaleza y cultura. Recuperado de <http://www.biocultural.org/PDFs/NATURALE.pdf>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2005). Consumo de alcohol y embarazo. Recuperado de http://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/fas_alcoholuse_sp.pdf
- Eming Young, M. y Fujimoto-Gómez, G. (2003). Desarrollo infantil temprano: lecciones de los programas no formales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(1), 85-123.
- Evans, J. (2000). Recientes reflexiones sobre la efectividad de los programas. *Espacio para la Infancia*, 13.
- Forestell, C. y Manella, J. (2008). Food, folklore, and flavor preference development. En C. Lammi-Keefe, S. Couch y E. Philipson (Eds.), *Handbook of nutrition and pregnancy* (pp. 55-64). New Jersey, USA: Humana Press.
- Fundación Bernard van Leer (1981). La educación infantil temprana e integrada: preparación para el desarrollo social. En *Segundo Seminario del Hemisferio Oriental*. Salisbury, Zimbabue.
- Fundación Bernard Van Leer (1986). *Los padres como primeros educadores: cambios en los patrones de paternidad. Síntesis y conclusiones*. Fundación Bernard van Leer.
- Fundación Bernard Van Leer (1988). Niño y comunidad: avanzando mediante la asociación. En Informe del Seminario y Conclusiones del X Seminario Internacional con la Cooperación de la Universidad de las Antillas. Kingston, Jamaica.

- Gaitán, C. (1997). Desarrollo humano. En *Delimitación teórica del programa de investigaciones del desarrollo humano del CIDHUM*. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.
- Galbe, J. (2003). Supervisión del crecimiento y desarrollo físico. Grupo de Trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC). Recuperado de: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_crecimiento.pdf
- Gaviria A., S. L. (2006) Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 210-224.
- Gilardon, A., Del Pino, M., Di Candia, A., Fano, V., Krupitzky, S., Fernández, M. I. y Orazi, V. (2004). El desarrollo del niño: una definición para la reflexión y la acción. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 102(4), 312-313. Recuperado de <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2004/A4%20312-313.pdf>
- Glascoc, F. P. y Byrne, K. E. (1993). The usefulness of the Battelle developmental inventory screening test. *Clinical Pediatrics*, 32(5), 273-280.
- Gobernación del Atlántico (2016). Mapa División Política del Departamento del Atlántico. En: <http://www.atlantico.gov.co/index.php/departamento/divisionpoliticadepartamento>
- Haeussler, I. (2000). Desarrollo emocional del niño. En J. Meneghello y A. G. Martínez, *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Heno López, G. C., Ramírez Palacio, C. y Ramírez Nieto, L. Á. (2007). Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo en el niño y niña. *El Ágora USB*, 7(2), 233-240.
- Jansen, W., & Hazebroek-Kampschreur, A. (1996). Differences in height and weight between children living in neighbourhoods of different socioeconomic status. *Acta Pædiatrica* 86(2), 224-225. DOI: 10.1111/j.1651-2227.1997.tb08875.x
- Kiuchi, M., Nagata, N., Ikeno, S. y Terakawa, N. (2000). The relationship between the response to external light stimulation and behavioral states in the human fetus: how it differs from vibroacoustic stimulation. *Early Human Development*, 58(2), 153-165.
- Lang, I. A., Galloway, T. S., Scarlett, A., Henley, W. E., Depledge, M., Wallace, R. B. y Melzer, D. (2008). Association of Urinary Bisphenol A Concentration With Medical Disorders and Laboratory Abnormalities in Adults. *Jama*, 300(11), 1303-1310.

- Lantz, P., Lynch, J., House, J., Lepkowski, J., Mero, R., Musick, M. y Williams, D. (2001). Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. *Social Science y Medicine*, 53(1), 29-40.
- Lechner, N. (2000). Desafíos de un desarrollo humano: individualización y capital social. *Instituciones y Desarrollo*, 7, 7-34.
- Manzi, J. y Rosas, R. (1997). Bases psicosociales de la ciudadanía. En C. Pizarro y E. Palma, *Niñez y democracia* (pp. 65-96). Bogotá: Unicef.
- Ministerio de Educación. Decreto 4875 de 2011 (22 diciembre 2011).
- Moore, G. A. (2010). Parent conflict predicts infants' vagal regulation in social interaction. *Development and Psychopathology*, 22(1), 23-33.
- Mustard, J. F. (2010). Early brain development and human development. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Recuperado de <http://www.child-encyclopedia.com/pages/PDF/MustardANGxp.pdf>
- Myers, R. (1993). *Los doce que sobreviven*. Bogotá: Unicef.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) (2008). Estrategias para lograr el objetivo de cuidado y educación de la primera infancia de la EPT. *Nota de la Unesco sobre políticas de la Primera Infancia*, 42. Recuperado de http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=1761
- Ortega Cantero, N. (coord.) (2004). Naturaleza y cultura en la visión geográfica moderna del paisaje. En *Naturaleza y cultura del paisaje* (pp. 9-36). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Ostrosky-Solís, F. (2011). Emociones, cerebro y violencia. Ponencia presentada en la Cátedra de Actualización en Neurociencias Alfredo Ardila. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla.
- Papalia, D. y Wendkos, S. (1992). *Psicología del desarrollo*. Columbia: McGraw-Hill.
- Perani, D., Saccuman, M. C., Scifo, P., Spada, D., Andreolli, G., Rovelli, R. ... y Koelsch, S. (2010). Functional specializations for music processing in the human newborn brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(10), 4758-4763.
- Perinat, A. (2007). *Psicología del desarrollo: un enfoque sistémico* (3.ª ed.). Barcelona: UOC.
- Perry, B. D. (1999). Formación de vínculos y el desarrollo de apego en niños maltratados: consecuencias de la negligencia emocional en la niñez. *Child Trauma Academia*, 1(4). Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/>

- pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/formacion_de_vinculos_y_el_desarrollo_de_apego_en_ninos_maltratados_1_2_3.pdf
- Peñaranda Correa, F. (2003). La educación a padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(1), 207-230.
- Piontelli, A. (2002). *Twins: from fetus to child*. Nueva York: Routledge.
- Profamilia (2010). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Recuperado de <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/ends-2010.pdf>
- Ramón, R., Ballester, F., Rebagliato, M., Ribas, N., Torrent, M., Fernández, M... y Grimalt, J. (2005). La red de investigación "infancia y medio ambiente" (Red INMA): Protocolo de estudio. *Revista Española De Salud Pública*, 79(2), 203-220.
- Ribas-Fito, N., Sala, M., Kogevinas, M. y Sunyer, J. (2001). Polychlorinated biphenyls (PCBs) and neurological development in children: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(8), 537-546.
- Rodríguez Pérez, A. (2007). Principales modelos de socialización familiar. *Foro de Educación*, 9, 91-97. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2485686>
- Roselli, M. (2003). Maduración cerebral y desarrollo cognoscitivo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1(1), 1-15.
- Rosenzweig, M. R. y Bennett, E. L. (1996). Psychobiology of plasticity: effects of training and experience on brain and behavior. *Behavioural Brain Research*, 78(1), 57-65.
- Ríos Leonard, I. y Jiménez, D. A. (2009). Cuba: primera infancia, niñez e investigación. *Revista Aletheia*, 1(2). Recuperado de <http://aletheia.cinde.org.co/index.php/ALETHEIA/article/view/10/7>
- Sastre, S. (2006). Condiciones tempranas del desarrollo y el aprendizaje: el papel de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 42(2), 143-151.
- Scerif, G., & Karmiloff-Smith, A. (2005). The dawn of cognitive genetics? Crucial developmental caveats. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(3), 126-135. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2005.01.008>
- Sistema de Información Ambiental de Colombia - SIAC. (2013). Fenómenos El Niño y La Niña. Recuperado de: [//www.siac.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=374&conID=1240](http://www.siac.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=374&conID=1240)
- Sjöström, K., Valentin, L., Thelin, T. y Maršál, K. (2002). Maternal anxiety in late pregnancy: effect on fetal movements and fetal heart rate. *Early Human Development*, 67(1), 87-100.

- Sánchez-Ventura, J. G. (2003). Supervisión del crecimiento y desarrollo físico. Recuperado de http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_crecimiento.pdf
- Terré Camacho, O. (2010). Estimulación prenatal, una necesidad actual. Recuperado de <http://www.orlandoterre.com/art8.html>
- Unicef (s. f.). Nutrición. Recuperado de http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_bigpicture.html
- Vallejo Casarín, A., Osorno Murguía, R. y Mazadiego Infante, T. (2008). Estilos parentales y sintomatología depresiva en una muestra de adolescentes veracruzanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 91-105.
- Van Praag, H., Kempermann, G., & Gage, F. (2000). Neural consequences of environmental enrichment. *Nature Reviews Neuroscience* 1, 191-198. DOI: 10.1038/35044558
- Vargas, J. G. (2003). Teoría de la acción colectiva, sociedad civil y los nuevos movimientos sociales en las nuevas formas de gobernabilidad en Latinoamérica. *Espacio Abierto*, 12(4), 523-537. Recuperado de <http://www.produccioncientificaluz.org/index.php/espacio/article/view/2084/2085>
- Vegas, E. y Santibáñez, L. (2010). *La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe*. Bogotá: Banco Mundial.
- Vicepresidencia de la República de Colombia (2007). *Estrategia municipios y departamentos por la infancia, la adolescencia y la juventud*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional.
- Wallon, H. (1980). *Psicología del niño: una comprensión dialéctica del desarrollo infantil*. Madrid: Pablo del Río.
- Zimmer, E. Z., Fifer, W. P., Kim, Y. I., Rey, H. R., Chao, C. R. y Myers, M. M. (1993). Response of the premature fetus to stimulation by speech sounds. *Early Human Development*, 33(3), 207-215.

Apéndices

ENCUESTA DE PRÁCTICAS DE CUIDADO 0-6 MESES

Encuesta de prácticas de cuidado Pretest Edad 0-6 meses	Observaciones:

En el día a día con su hijo, usted:	Nunca	A veces	Siempre
Le da comida cada vez que se lo pide, sin importar la hora.			
Le da agua, jugos y bebidas de hierbas.			
Le da de comer lo mismo que comen los adultos (sopa, carne, arroz).			
Le da leche de vaca sin hervir.			
Le da frutas y verduras.			
Le da dulces, golosinas y chucherías.			
Lo alimenta según las sugerencias de un médico o nutricionista.			
Obliga a su hijo a que se coma todo aunque no quiera.			
Cuando alimenta a su hijo, usted le habla, lo mira, lo acaricia.			
Alimenta a su hijo con leche materna.			
Su hijo duerme entre 12 y 16 horas.			
Permite que su hijo duerma cuando quiere, sin importar la hora.			
El/la niño/a duerme en el mismo cuarto con usted o con otros familiares.			
Le canta canciones y lo arrulla para dormirlo.			
Si su hijo se despierta de madrugada, se queda con él hasta que se duerma o se calme.			
Al despertar, su hijo es levantado con caricias, mimos y afecto.			

En el día a día con su hijo, usted:	Nunca	A veces	Siempre
Lava con agua y jabón los utensilios en los que come el/la niño/a.			
Lava los alimentos que su hijo consume.			
Limpia y masajea las encías de su hijo.			
Baña a su hijo más de una vez al día si hace calor o se ensucia.			
Permite que su hijo se ensucie jugando con pinturas, lodo o tierra.			
Limpia los juguetes de su hijo para que los pueda meter en su boca.			
Saca a pasear a su hijo (a un parque, a la plaza o a darle la vuelta a la manzana).			
Usted busca a su hijo para jugar con él.			
Juega diariamente con su hijo.			
Lleva a su hijo para que reciba las vacunas que necesita.			
Lleva a su hijo a controles de crecimiento y desarrollo.			
Cuando su hijo se enferma, lo cura con remedios caseros.			
Le dice a su hijo lo mucho que lo quiere, lo abraza y lo acaricia.			
Si su hijo llora, usted deja pasar mucho tiempo antes de ir a consolarlo.			
Pierde el control fácilmente cuando su hijo/a hace algo malo.			
El padre de su hijo/a ayuda con aspectos del cuidado del niño, como alimentación, higiene u otros.			
Le gustaría que su hijo fuera diferente.			
Le dice estúpido o tonto a su hijo/a.			
Sabe reconocer las razones por las que llora su hijo (hambre, sueño, dolor, etc.).			
El papá del niño/a lo besa y lo abraza.			
Su hijo está más apegado a la abuela, otros familiares o la vecina.			
Logra calmar fácilmente el llanto de su hijo.			
Su hijo tiene juguetes y figuras que observar desde la cuna o cama.			
Da a su hijo/a objetos de diferentes colores, formas y texturas para que juegue.			
Permite que su hijo/a toque objetos y los meta en su boca.			
Le enseña a su hijo los nombres de los alimentos, los colores o las prendas de vestir.			
Le lee cuentos o historias a su hijo/a.			
Le contesta a su hijo/a cuando vocaliza e intenta hablar.			

En el día a día con su hijo, usted:	Nunca	A veces	Siempre
Canta canciones a su hijo.			
Le habla de forma cariñosa a su hijo/a.			
Tiene claro qué valores quiere enseñarle a su hijo/a.			
Le preocupa que su hijo esté en presencia de malos ejemplos o malas influencias.			
Castiga a su hijo/a pegándole.			
En su hogar existen normas y reglas que los integrantes tienen que cumplir.			
Lleva a su hijo/a a actividades culturales (fiestas patronales, carnavales, festivos, etc.).			
Es importante que su hijo/a crea y confíe en un Dios.			
Piensa mucho en el futuro que quiere para su hijo/a.			
Sueña con que su hijo/a estudie y sea un profesional.			

ENCUESTA DE PRÁCTICAS DE CUIDADO 7-18 MESES

Encuesta de prácticas de cuidado Pretest Edad 07-18 meses	Observaciones:

En el día a día con su hijo, usted:	Nunca	A veces	Siempre
Le da comida cada vez que se lo pide sin importar la hora.			
Lo alimenta en un horario fijo por la mañana, al medio día y la tarde.			
Le da de comer carnes (res, pollo, pescado, conejo, etc.).			
Le da leche de vaca sin hervirla.			
Le da de comer frutas y verduras.			
Le da dulces, golosinas y chucherías a su hijo.			
Lo alimenta siguiendo recomendaciones de un médico o nutricionista.			
Cuando el niño no quiere comer, lo regaña o le pega.			
Motiva a su hijo para que aprenda a comer por sí mismo.			
Lo acaricia o le habla cuando le da de comer.			
Su hijo duerme entre 8 y 12 horas por la noche.			
Su hijo duerme en el mismo cuarto con usted o con otros familiares.			
Le canta o le narra historias antes de acostarlo.			

En el día a día con su hijo, usted:	Nunca	A veces	Siempre
Si el niño/a se despierta de madrugada, se queda con él hasta que se duerma.			
Usted despierta a su hijo cada mañana.			
Lava con agua y jabón los utensilios en los que come el niño/a.			
Lava los alimentos que su hijo consume.			
Le lava las manos antes y después de comer.			
Le limpia los dientes y la lengua con un cepillo pequeño o pedazo de gaza o algodón.			
Baña a su hijo o hija más de una vez al día si hace calor o se ensucia.			
Permite que su hijo/a se ensucie jugando con pinturas, lodo o tierra.			
Saca a pasear a su hijo (a un parque, a la plaza o a darle la vuelta a la manzana).			
Usted busca a su hijo para jugar con él.			
Juega diariamente con su hijo.			
La actividad que más realiza su hijo para entretenerse es ver televisión.			
Permite a su hijo/a jugar con otros niños.			
Lleva a su hijo/a a controles de crecimiento y desarrollo.			
Lleva a su hijo/a al odontólogo.			
Cuando su hijo se enferma, lo cura con remedios caseros.			
Lleva a su hijo para que reciba las vacunas que necesita.			
Le dice a su hijo/a lo mucho que lo quiere, lo abraza y lo acaricia.			
Felicita a su hijo/a cuando alcanza algún logro.			
Si su hijo llora, usted deja pasar mucho tiempo antes de ir a consolarlo.			
Le habla duramente a su hijo/a cuando no le gusta algo de él.			
Compara a su hijo/a con otras personas.			
Le dice estúpido o tonto a su hijo/a.			
Pierde el control fácilmente cuando su hijo/a hace algo malo o lo desafía.			
Sabe reconocer las razones por las que llora su hijo (hambre, sueño, dolor, etc.).			
El papá del niño/a lo besa y abraza.			
El padre de su hijo ayuda con aspectos del cuidado del niño, como alimentación, higiene u otros.			
Cuando su hijo hace una rabieta, le da lo que le pide.			
Logra calmar fácilmente el llanto de su hijo.			

En el día a día con su hijo, usted:	Nunca	A veces	Siempre
Su hijo está más apegado a la abuela, otros familiares o la vecina.			
Juega con su hijo/a a conocer letras, colores y animales.			
Da a su hijo/a objetos de diferentes colores, formas y texturas para que juegue.			
Juega con su hijo/a a formar grupos según el color, la forma o el tamaño de los objetos.			
Le enseña a su hijo los nombres de los alimentos, los colores o las prendas de vestir.			
Le lee cuentos o historias a su hijo.			
Canta canciones con su hijo/a.			
Le habla de forma cariñosa a su hijo/a.			
Permite que su hijo/a se exprese aunque sea con rabia hacia usted.			
Tiene claro qué valores quiere enseñarle a su hijo.			
Anima a su hijo/a para que comparta sus cosas con otros niños.			
Le preocupa que su hijo esté en presencia de malos ejemplos o malas influencias.			
Su hijo/a ha observado fuertes peleas en el hogar.			
En su hogar existen normas y reglas que los integrantes tienen que cumplir.			
Exige a su hijo/a que se responsabilice por sus cosas y ayude con algunas labores del hogar.			
Castiga a su hijo/a pegándole.			
Cuando se porta mal habla con él, y le explica lo que hizo mal.			
Cuando su hijo/a se porta mal usted. le dice que no lo quiere o no le habla.			
Cuando su hijo/a se porta mal, le quita algo que le gusta (juguetes, televisión).			
Le dice a su hijo/a que debe tratar bien a las demás personas y seres vivos como animales y plantas.			
Lleva a su hijo/a a actividades culturales (fiestas patronales, carnavales, festivos, etc.).			
Da a su hijo/a elementos, como lápices, crayones, cartulinas y temperas.			
Su hijo/a participa en actividades, como danza, pintura, manualidades, etc.			
Le habla a su hijo acerca de Dios.			
Sueña con que su hijo/a estudie y sea un profesional.			
Piensa mucho en el futuro que quiere para su hijo/a.			

ENCUESTA DE PRÁCTICAS DE CUIDADO 19-60 MESES

Encuesta de prácticas de cuidado Pretest Edad 19-60 meses	Observaciones:

En el día a día con su hijo, usted:	Nunca	A veces	Siempre
Le da comida cada vez que se lo pide sin importar la hora.			
Lo alimenta en un horario fijo por la mañana, al medio día y la tarde.			
Le da de comer carnes (res, pollo, pescado, conejo, etc.).			
Le da leche de vaca sin hervirla.			
Le da de comer frutas y verduras.			
Le da dulces, golosinas y chucherías a su hijo.			
Lo alimenta siguiendo recomendaciones de un médico o nutricionista.			
Cuando el niño no quiere comer, lo regaña o le pega.			
Motiva a su hijo para que aprenda a comer por sí mismo.			
Lo acaricia o le habla cuando le da de comer.			
Su hijo duerme entre 8 y 12 horas por la noche.			
Su hijo duerme en el mismo cuarto con usted o con otros familiares.			
Le canta o le narra historias antes de acostarlo.			
Si el niño/a se despierta de madrugada, se queda con él hasta que se duerma.			
Usted despierta a su hijo cada mañana.			
Lava con agua y jabón los utensilios en los que come el/la niño/a.			
Lava los alimentos que su hijo consume.			
Le lava las manos antes y después de comer.			
Le limpia los dientes y la lengua con un cepillo pequeño o pedazo de gaza o algodón.			
Baña a su hijo/a más de una vez al día si hace calor o se ensucia.			
Permite que su hijo/a se ensucie jugando con pinturas, lodo o tierra.			
Saca a pasear a su hijo (a un parque, a la plaza o a darle la vuelta a la manzana).			
Usted busca a su hijo para jugar con él.			
Juega diariamente con su hijo.			

En el día a día con su hijo, usted:	Nunca	A veces	Siempre
La actividad que más realiza su hijo para entretenerse es ver televisión.			
Permite a su hijo/a jugar con otros niños.			
Lleva a su hijo/a a controles de crecimiento y desarrollo.			
Lleva a su hijo/a al odontólogo.			
Cuando su hijo se enferma, lo cura con remedios caseros.			
Lleva a su hijo para que reciba las vacunas que necesita.			
Le dice a su hijo/a lo mucho que lo quiere, lo abraza y lo acaricia.			
Felicita a su hijo/a cuando alcanza algún logro.			
Si su hijo llora, usted deja pasar mucho tiempo antes de ir a consolarlo.			
Le habla duramente a su hijo/a cuando no le gusta algo de él.			
Compara a su hijo/a con otras personas.			
Le dice estúpido o tonto a su hijo/a.			
Pierde el control fácilmente cuando su hijo/a hace algo malo o lo desafía.			
Sabe reconocer las razones por las que llora su hijo (hambre, sueño, dolor, etc.).			
El papá del niño/a lo besa y abraza.			
El padre de su hijo ayuda con aspectos del cuidado del niño, como alimentación, higiene u otros.			
Cuando su hijo hace una rabieta, le da lo que le pide.			
Logra calmar fácilmente el llanto de su hijo.			
Su hijo está más apegado a la abuela, otros familiares o la vecina.			
Juega con su hijo/a a conocer letras, colores y animales.			
Da a su hijo/a objetos de diferentes colores, formas y texturas para que juegue.			
Juega con su hijo/a a formar grupos según el color, la forma o el tamaño de los objetos.			
Le enseña a su hijo los nombres de los alimentos, los colores o las prendas de vestir.			
Le lee cuentos o historias a su hijo/a.			
Ayuda a su hijo/a con las tareas o deberes.			
Cuando su hijo/a llega del colegio o de una actividad, hablan de cómo estuvo su día.			
Canta canciones con su hijo/a.			
Le habla de forma cariñosa a su hijo/a.			
Permite que su hijo/a se exprese aunque sea con rabia hacia usted.			

En el día a día con su hijo, usted:	Nunca	A veces	Siempre
Tiene claro qué valores quiere enseñarle a su hijo.			
Anima a su hijo/a para que comparta sus cosas con otros niños.			
Le preocupa que su hijo esté en presencia de malos ejemplos o malas influencias.			
Le dice a su hijo/a “si te pegan, pega tú también”.			
Su hijo/a ha observado fuertes peleas en el hogar.			
En su hogar, existen normas y reglas que los integrantes tienen que cumplir.			
Exige a su hijo/a que se responsabilice por sus cosas y ayude con algunas labores del hogar.			
Castiga a su hijo/a pegándole.			
Cuando se porta mal, habla con él y le explica lo que hizo mal.			
Cuando su hijo/a se porta mal, usted le dice que no lo quiere o no le habla.			
Cuando su hijo/a se porta mal, le quita algo que le gusta (juguetes, televisión).			
Le dice a su hijo/a que debe tratar bien a los demás personas y seres vivos como animales y plantas.			
Lleva a su hijo/a a actividades culturales (fiestas patronales, carnavales, festivales, etc.).			
Da a su hijo/a elementos como lápices, crayones, cartulinas y temperas.			
Su hijo/a participa en actividades como danza, pintura, manualidades, etc.			
Le habla a su hijo acerca de Dios.			
Habla con su hijo/a de cuestiones como la vida y la muerte.			
Sueña con que su hijo/a estudie y sea un profesional.			
Piensa mucho en el futuro que quiere para su hijo/a.			

ESCALA PARA EVALUAR LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

Escala para evaluar la participación de la comunidad en la atención integral del niño menor de 7 años				
A continuación, encontrará unas frases que indican su participación en el proceso de atención al niño menor de 7 años. Léalas con cuidado y responda en la medida en que vaya de acuerdo o no con su realidad, señalando con un X el número que corresponda a su respuesta según la siguiente escala:				
1. Nunca 2. Algunas veces 3. Siempre				
		1	2	3
1	¿Te gustaría que tus hijos asistieran al Hogar Infantil de tu barrio?			
2	¿Asistes a las conferencias que se dictan en tu barrio sobre la atención al niño?			
3	¿Participas en el mantenimiento del puesto de salud?			
4	¿Colaboras en las campañas de prevención de enfermedades que se realizan en tu comunidad para los niños?			
5	¿Has realizado cursos de capacitación que te ayuden a mejorar la atención a los niños?			
6	¿Fomentas las actividades recreativas con los niños de tu barrio?			
7	¿Colaboras con la elaboración de las ayudas educativas para el hogar infantil?			
8	¿Haces parte de alguna de las organizaciones que existen en tu comunidad: junta de acción comunal, comité educativo, junta de madres...?			
9	¿Te gusta participar en las actividades recreativas y culturales que organizan en tu comunidad?			
10	¿Te preocupas por planear actividades en tu comunidad que mejoren el nivel de atención del menor?			
11	¿Colaboras con las jardineras del Hogar Infantil en la atención de los niños que allí asisten?			
12	¿Has participado en las actividades de aseo y mantenimiento del Hogar Infantil?			
13	¿Colaboras con el aseo y mantenimiento de los parques y lugares de la comunidad?			
14	¿Colaboras en la organización de las conferencias relacionadas con problemas sociales, tales como drogadicción, alcoholismo, maltrato a los niños, entre otros?			
15	¿Mantienes relaciones cordiales y de colaboración con tus vecinos?			
16	¿Cuando un miembro de tu comunidad tiene alguna dificultad se reúnen para ayudarlo?			
17	¿Das sugerencias a los jardineros sobre la atención del niño en el hogar infantil?			
18	¿Participas en las actividades educativas del Hogar Infantil?			
19	¿En las actividades que en el Hogar Infantil se realizan deben participar las personas de la comunidad?			

FORMATO DE OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS DE CUIDADO

Alimentación	Categoría	Mañana	Tarde	Noche
	Tipos de alimento			
	Estrategias para alimentarlo			
	Durante la enfermedad			
	Lactancia y sensibilidad a las necesidades del niño			
Participación del padre				
Sueño	Categoría	Mañana	Tarde	Noche
	Sensibilidad hacia las necesidades del niño			
	Estrategias para dormirlo			
	Estrategias para despertarlo			
	Participación del padre			
Higiene	Categoría	Mañana	Tarde	Noche
	Rutinas de higiene			
	Sensibilidad hacia las necesidades del niño			
Participación del padre				
Recreación	Categoría	Mañana	Tarde	Noche
	Rutinas de juego			
	Sensibilidad hacia las necesidades del niño			
	Juguetes			
Participación del padre				
Salud física	Categoría	Mañana	Tarde	Noche
	Seguimiento medico			
	Sensibilidad hacia las necesidades del niño			
	Cuidado en enfermedad			
	Estado de salud			
Participación del padre				
Afectividad	Categoría	Mañana	Tarde	Noche
	Expresión de afecto			
	Hostilidad			
	Involucramiento/atención			
	Sensibilidad hacia las necesidades del niño			
Participación del padre				

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN DE LOS MUNICIPIOS

Municipio
Fecha de elaboración
Responsables
Técnicas de recolección de información
(Explicar en qué consistió la técnica aplicada a partir de los formatos de trabajo de campo correspondientes) Revisión documental Observación Entrevista a profundidad Grupo focal Taller comunitario Encuesta
Diagnóstico
(Identifique en el municipio a su cargo una caracterización de la población beneficiaria en relación con su componente a partir de los formatos de trabajo de campo correspondientes y datos recolectados por el equipo en terreno) Organización comunitaria Prácticas de cuidado Desarrollo infantil Caracterización socioeconómica
Discusión
(Realizar una interpretación teórica de los hallazgos que aporten a la construcción del modelo de atención a la primera infancia)



Esta obra, editada en Barranquilla por
Editorial Universidad del Norte, se terminó de imprimir
en los talleres de Javegraf en diciembre de 2016.
Se compuso en Palatino Linotype y Swis721 Cn BT.

Debido a la preocupante situación de la primera infancia en el departamento del Atlántico, la Gobernación del Atlántico, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano (CIDHUM) de la Universidad del Norte unieron esfuerzos para generar conocimiento científico que sirva de base para el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a esta población. Como resultado de esta alianza surge el proyecto de regalías *Infantia* que integra estrategias tradicionales de atención con el uso de las TIC y busca alternativas que permitan ampliar la calidad y cobertura para los beneficiarios de programas de cuidado a la niñez.

Esta obra presenta los resultados obtenidos de la línea base que corresponde a 536 familias, y sus niños, residentes en los municipios de Campo de la Cruz, Candelaria, Manatí, Ponedera, Repelón, Santa Lucía y Suán, ubicados en el sur del Atlántico.

Además de describir el contexto sociodemográfico, el estudio enfatiza en los enfoques teóricos que sustentan el modelo ecológico de desarrollo, y presenta los fundamentos metodológicos, el estado de las prácticas de cuidado familiar y los indicadores de desarrollo infantil.



infantia



Gobernación
del Atlántico

HUN

Hospital
Universidad
del Norte

UN UNIVERSIDAD
DEL NORTE