



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MADRES CON BEBÉS DESNUTRIDOS:  
ESTIMULACIÓN TEMPRANA E INTEGRACIÓN  
SOCIOAFECTIVA (TALLER)**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**TANIA NAYELI ORTIZ MAGAÑA**

**DIRECTOR: MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ**

**REVISORA: LIC. AIDA ARACELI MENDOZA IBARROLA**



**México, D.F.**

**Octubre 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
AGRADECIMIENTOS	
INTRODUCCIÓN	1
<b>CAPÍTULO UNO. DESARROLLO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN</b>	
1.1. Desarrollo infantil	4
1.2. Teorías sobre el Desarrollo Infantil	5
1.2.1. Teoría Psicoanalítica	5
1.2.2. Teoría Cognoscitiva	8
1.2.3. Teoría Sociocultural	9
1.2.4. Teoría Cognitivo-Social	10
1.2.5. Teoría Ecológica	10
1.3. Teoría del Desarrollo de Arnold Gesell	11
1.3.1. Modos de Conducta	12
1.3.2. Diagnostico evolutivo de la conducta	14
1.3.3. Etapas del desarrollo	15
1.3.4. Tendencias del crecimiento	17
1.4. Factores de Riesgo en el Desarrollo Normal Infantil	28
1.4.1. Desnutrición	32
1.4.2. Clasificación de la Desnutrición	32
1.4.3. Efectos de la Desnutrición	33
1.4.4. El papel de las madres en la Desnutrición	34
<b>CAPÍTULO DOS. EL VÍNCULO DEFICIENTE ENTRE MADRE E HIJO CON DESNUTRICIÓN</b>	
2.1. Teoría del Apego	39
2.2. Desarrollo del Apego en la Relación Madre-Hijo	43
2.2.1. Tipos de apego presentes en la relación madre-hijo	47
2.3. Alteración en el Vínculo madre-hijo con desnutrición	50
<b>CAPÍTULO TRES. ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA EL NIÑO CON DESNUTRICIÓN</b>	
3.1. Estimulación Temprana (E.T.)	54
3.1.1. Objetivos de la E.T.	56
3.1.2. Beneficios de la E.T.	58
3.1.2.1. Áreas de intervención de la E.T.	58
3.2. Antecedentes Históricos de la Estimulación Temprana	59
3.3. Estimulación Temprana en el niño con alteraciones	63
3.3.1. Neurodesarrollo y Desnutrición: ¿Cómo afecta la desnutrición el desarrollo cerebral?	69

3.3.2. Métodos de Estimulación	74
3.3.2.1. Método de Inhibición y Facilitación de Bobath	74
3.3.2.2. Neurofacilitación	76
3.3.2.3. Método Ferenc Katona	79
3.3.2.4. Masaje Infantil	82
3.3.2.5. Método Mamá Canguro	85
3.4. Psicomotricidad	87
3.4.1. Concepto	88
3.4.2. Objetivo	89
3.4.3. Esquema Corporal	91

#### **CAPÍTULO CUATRO. PROPUESTA "TALLER DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA E INTEGRACIÓN SOCIOAFECTIVA"**

4.1. Justificación	93
4.2. Objetivos	94
4.3. Población	94
4.4. Escenario	95
4.5. Duración	95
4.6. Materiales	95
4.7. Método de trabajo	96
4.8. Forma de evaluación	96
4.9. Taller de Estimulación Temprana e Integración Socioafectiva	97

CONCLUSIÓN	104
------------	-----

ALCANCES Y LIMITACIONES	105
-------------------------	-----

REFERENCIAS	106
-------------	-----

ANEXOS	113
--------	-----

## **RESUMEN**

La desnutrición es un problema grave que se presenta en nuestra sociedad que contribuye a la presencia de mayor probabilidad en casos de desnutrición infantil ya sean causados por la falta de alimentos o recursos necesarios como vivienda, salud, económica, educación, cultural, etc. Sin embargo es erróneo encasillar a la desnutrición infantil en un problema físico ya que estudios realizados por numerosos autores como por ejemplo Pollitt, Restrepo entre otros, han comprobado que la desnutrición también es causada por una desvinculación física y emocional entre la madre y su hijo, que de igual forma contribuye en los reingresos a las Instituciones encargadas en la rehabilitación nutricional como Cruz Blanca Neutral.

A pesar de que se han observado resultados favorables en los niños con desnutrición a los que se le ha apoyado con técnicas de Estimulación Temprana (E.T.) como Bobath, Neurofacilitación y Katona, éstas no recibe dentro de Cruz Blanca Neutral la importancia necesaria para considerarlas parte fundamental del proceso de rehabilitación nutricional.

Por consiguiente el presente trabajo hace la propuesta de un Taller de Estimulación Temprana e Integración Socioafectiva para las madres de los niños con 2 a 18 meses de edad ingresados por desnutrición en Cruz Blanca Neutral. El objetivo será lograr la sensibilización, el aprendizaje y la consciencia de la importancia que tiene la E.T. en el desarrollo de sus hijos, así como también el fortalecimiento del vínculo materno a través del Masaje Infantil y el Método Mamá Canguro. Obteniendo como beneficio el mejoramiento del desarrollo integral del niño con desnutrición y evitar el reingreso a la Institución.

## **ABSTRACT**

Malnutrition is a serious problem that occurs in our society which has an increased likelihood of presenting itself in child malnutrition cases; whether it is caused by lack of food or resources such as housing, health, economic, education, cultural, etc. Nevertheless is wrong classify child malnutrition as a physical problem, studies by numerous authors, such as Pollitt, Restrepo and others, have shown that malnutrition is also caused by physical and emotional disengagement between mother and child; this disengagement similarly contributes to re-admissions to nutritional rehabilitation institutions, such as Cruz Blanca Neutral (Neutral White Cross).

Although favorable results have been observed in children with malnutrition who have been supported with Early Stimulation techniques (E.S.), like Bobath , Neurofacilitation and Katona , these techniques do have not gained enough recognition and importance at Cruz Blanca Neutral to consider them as fundamental part in the nutritional rehabilitation process .

The purpose of this paper, therefore, is to propose the implementation of an *Early Stimulation and Socio-affective Integration* workshop for mothers of children 2-18 months of age who have been admitted for malnutrition at Cruz Blanca Neutral. The goal of the workshop is to teach and to create awareness and sensitivity the importance of E.S. in child development; to strengthen the maternal bond through Infant Massage and "Kangaroo Mother" methods. The ultimate benefit will be the integral development improvement of malnutrition children and avoid readmission to the Institution.

## **AGRADECIMIENTOS**

- ❖ A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitirme formar parte de la gran comunidad azul y oro.
- ❖ A la Facultad de Psicología por la formación como profesionista y persona, por los conocimientos, experiencias y momentos inolvidables por los que pase entre sus aulas y pasillos.
- ❖ A mi director Jorge Álvarez y mi revisora Araceli Mendoza por su guía, consejos, palabras, etc.; y por motivarme a esforzarme cada vez más.
- ❖ A mis sinodales Sotero Moreno, Fayne Esquivel y Alma Mireia López, por sus consejos y correcciones para la mejora de mi trabajo.
- ❖ A la Cruz Blanca Neutral por la experiencia de trabajar y aportar mi cariño, conocimiento y empeño para con los niños y las madres.
- ❖ A Olga Lecona y Violeta Jiménez por todo su apoyo, amistad, conocimiento y amor hacia la Estimulación Temprana.
- ❖ A mi mamá Adela por ser mi apoyo, por motivarme y levantarme cuando más lo necesite y necesito, por amarme, valorarme y nunca dejarme sola, gracias a ti estoy aquí.
- ❖ A mi papá Juan por ser el mejor papá del mundo, un gran apoyo, un gran motivador y por brindarme la oportunidad de ser lo que hoy soy, por amarme incondicionalmente y por siempre estar a mi lado.

- ❖ A mis hermanos Juan y Montserrat por estar siempre a mi lado motivándome y apoyándome en cada paso que doy.
- ❖ A mi familia por siempre echarme porras y motivarme a seguir adelante.
  
- ❖ A mi abuelita Aurora que desde el cielo siempre vela por mí y mi familia.
  
- ❖ A mis amigos y amigas que siempre estuvieron y estarán a mi lado apoyándome con todo su cariño.
  
- ❖ A la vida y a Dios por la oportunidad de vivir y superarme día con día.

## **INTRODUCCIÓN**

Los primeros años de vida del ser humano son fundamentales para la creación y formación de habilidades, destrezas, vínculos emocionales y sociales, etc.; pero es aun más relevante en bebés y niños que sufren Desnutrición y/o patologías que llegan a provocar dificultades en su desarrollo integral.

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO): 840 millones de personas son afectadas por la Desnutrición; de las cuales 398 millones son infantes; de estos 109 millones sufren insuficiencia alimentaria, 230 millones tiene retraso en el crecimiento y 50 millones padecen desnutrición extrema. En la actualidad; la desnutrición infantil continua siendo un problema de salud publica generalizado a nivel mundial.

Para comprender cuales fueron las causas que provocaron la desnutrición en el desarrollo del niño es importante elaborar una historia clínica, donde se redacte cuales fueron las condiciones que presento la madre en los periodos prenatales, perinatales y postnatales, lo que ayudará en el establecimiento de un diagnóstico e intervención oportuno y adecuado.

La Estimulación Temprana representa un tratamiento para bebés y niños con déficits o alteraciones en el desarrollo integral. Pero también dentro de este tratamiento es importante tomar en cuenta la relación afectiva que se establece entre el niño y la madre; ya que al tener presentes ambas intervenciones y considerar que cuanto menor sea el tiempo entre el diagnóstico y la intervención, será menor la posibilidad de padecer alteraciones y secuelas irreversibles en el desarrollo.

El objetivo de este trabajo es la propuesta de un Taller de Estimulación Temprana e Integración Socioafectiva que ayude a sensibilizar e instruir a las madres de los niños hospitalizados por desnutrición en Cruz Blanca Neutral, que tengan de 2 a 18 meses de edad y presenten retraso en su desarrollo a causa de ésta. Se pretende realizar este taller ya que, durante el trabajo como voluntaria

dentro de ésta Institución se ha observado que, muchas madres no están consientes de su papel crucial tanto físico (haciendo referencia a estar presentes y activas) como emocional en esta etapa de desarrollo de su hijo para su mejora y bienestar.

La finalidad del taller es informar, educar, sensibilizar, enseñar, etc., a las madres con hijos que a causa de la desnutrición presentan un retraso en su desarrollo, sobre el papel que juega la Estimulación Temprana en el desarrollo integral de sus hijos así como involucrar de forma positiva a las madres para que disfruten su rol maternal.

En la presente investigación se presentará en el primer capítulo el tema de Desarrollo Infantil donde se expondrá su concepto y las diferentes teorías en las que se sustenta, abarcando con mayor énfasis la teoría de Gesell. Se hablará sobre los factores de riesgo que producen alteraciones en el desarrollo normal del niño, abarcando con mayor interés el factor de riesgo ambiental que es donde se encuentra la Desnutrición, su clasificación y efectos sobre el desarrollo a nivel físico y psicológico, así como también el papel de la madre en la desnutrición.

En el segundo capítulo se expondrá el tema del vínculo deficiente entre madre e hijo con desnutrición, donde se hablará de las teorías que explican la relación que se establece entre la madre y su hijo, sobre su desarrollo y los diferentes tipos de apego que se presentan, también se hablará sobre algunos estudios que ponen en evidencia el porqué de la alteración en la vinculación madre-hijo desnutrido.

En el tercer capítulo se expondrá el tema de la Estimulación Temprana, su concepto, objetivos y beneficios, así como sus antecedentes históricos. Se hablará sobre la E.T. en el niño de alto riesgo y de cómo afecta la Desnutrición el neurodesarrollo del niño. Por último se hablará sobre los distintos modelos terapéuticos en los que se apoya la E.T. y la Integración Socioafectiva y de la Psicomotricidad que es un tema importante para comprender como y de qué forma se ayudará en el desarrollo del niño de alto riesgo.

En el cuarto capítulo se expondrá la elaboración y propuesta de un Taller de Estimulación Temprana e Integración Socioafectiva dirigido a madres de niños con Desnutrición que estén dentro del rango de 2 a 18 meses de edad.

## **CAPÍTULO UNO. DESARROLLO INFANTIL Y DESNUTRICIÓN**

### **1.1. DESARROLLO INFANTIL**

“El desarrollo humano comprende el estudio de los cambios cuantitativos y cualitativos que sufren las personas durante el transcurso de su vida desde la concepción hasta la muerte. Los cambios físicos (cuantitativos) son los que se refieren al número y cantidad: estatura, peso, etc.; mientras que los psicológicos (cualitativos) se refieren a la calidad, como la inteligencia, memoria o psicomotricidad de una persona. El concepto de desarrollo implica no sólo el crecimiento biológico del niño, sino también el psicológico influenciado por la acción del ambiente, la sociedad y la familia que ejercen sobre él” (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

“El desarrollo es un proceso de moldeamiento” (Gesell & Amatruda, 1999).

“Definimos desarrollo como el patrón de cambio que comienza con la concepción y continua durante el espacio de la vida” (Santrock, 2003).

Este patrón evolutivo es complejo ya que es el producto de diversos procesos:

Los Procesos Biológicos: implican cambios en la naturaleza física del individuo. Los genes heredados de los padres, el desarrollo del cerebro, el aumento de peso y de estatura, las habilidades motoras y los cambios hormonales, reflejan el papel de estos procesos.

Los Procesos Cognitivos: implican cambios en el pensamiento, la inteligencia y el lenguaje individual. Las tareas de observar un móvil lleno de color mecidiéndose sobre una cuna, construir una frase de dos palabras, memorizar un poema, resolver un problema matemático e imaginar cualquier situación, reflejan el papel de estos procesos.

Y Los Procesos Socioemocionales: implican cambios en las relaciones individuales con otras personas, los cambios emocionales y los cambios de

personalidad. La sonrisa de un bebé como respuesta a una caricia de su madre, la agresión de un niño a un compañero de juego, el desarrollo de la seguridad en sí misma de una niña y la ilusión de un adolescente, reflejan el papel de estos procesos.

Para comprender aun mejor el desarrollo hay que entender que estos procesos están entrelazados de forma compleja; ya que los procesos socioemocionales dan forma a los procesos cognitivos, así como los procesos cognitivos promueven los procesos socioemocionales y como los procesos biológicos influyen en los procesos cognitivos. En pocas palabras el desarrollo comprende el estudio de un ser humano integro que tiene mente y un cuerpo interdependientes.

## **1.2 TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO INFANTIL**

El desarrollo infantil es un tema complejo y con múltiples facetas y/o etapas; es por ello que esté sustentado por diversas teorías, las cuales son:

### **1.2.1. Teoría Psicoanalítica**

La teoría psicoanalítica describe el desarrollo como fundamentalmente inconsciente, es decir, más allá de la conciencia y principalmente emocional. Este punto de vista se originó a comienzos del siglo XX con Sigmund Freud (1856-1939), el cual desarrollo sus ideas a partir de su trabajo con enfermos mentales.

Freud (1917) creía que la personalidad se dividía en tres estructuras: el *ello*, el *yo* y el *super-yo*. El *ello* es la estructura freudiana de la personalidad que está formada por instintos que son la reserva de energía psíquica de un individuo; es totalmente inconsciente, no tiene contacto con la realidad. El *yo* es la estructura freudiana de la personalidad que trata con las exigencias de la realidad utilizando el razonamiento para tomar decisiones. Y el *super-yo* es la estructura freudiana de la persona que representa la rama moral; tiene en cuenta si algo está bien o mal.

Freud creía que pasamos por cinco etapas en el desarrollo psicosexual: oral, anal, fálica, latencia y genital; y que en cada etapa del desarrollo experimentamos placer en una parte del cuerpo más que en otra.

Fase oral	Nacimiento al año y medio	El placer se centra alrededor de la boca
Fase anal	1 ½ a 3 años	El placer se centra en el ano.
Fase fálica	3 a 6 años	El placer se centra en los genitales.
Fase latencia	6 años a la pubertad	Se reprime el interés sexual y se desarrollan las habilidades sociales e intelectuales.
Fase genital	Desde la pubertad	Renacimiento sexual.

Erik Erikson (1986) enfatizaba los cambios del desarrollo a través del periodo de la vida. En su teoría del Desarrollo psicosocial, el proceso del desarrollo del yo, o de sí mismo, influidos por lo social y lo cultural, consta de ocho etapas determinadas por el nivel de madurez, a través del ciclo de la vida, cada una de las cuales se resuelve alrededor de una crisis particular o momento decisivo en el cual la persona se enfrenta para lograr un equilibrio saludable entre rasgos positivos y negativos alternos. Erikson denominó a este proceso la *epigénesis* y estableció que en cada una de las diferentes etapas predominan diferentes rasgos de la personalidad.

Los periodos de la epigénesis son los siguientes (Pervin, 1998, citado por Fregoso y Domínguez, 2001):

Periodo	Etapa psicosocial	Edad	Resultados positivos	Resultados negativos
Oral-sensorial	Confianza frente a desconfianza.	Infancia (primer año)	Sentimientos de bienestar interior, confianza en uno mismo y en los demás, optimismo.	Sensaciones de malestar desconfianza hacia uno mismo y hacia los demás.
Muscular-anal	Autonomía frente a vergüenza y duda.	Infancia (de 1 a 3 años)	Ejercicio de la voluntad, autocontrol, capacidad para elegir.	Rigidez, consciencia excesiva, dudas, cohibición, timidez.
Locomotor-genital	Iniciativa frente a culpa.	Niñez temprana (de los 3 a los 5 años)	Placer en los logros, la actividad, la dirección y el propósito.	Culpa sobre las metas contempladas y las obras iniciadas.
Latencia	Productividad frente a inferioridad.	Niñez intermedia y tardía (de los 6 a la pubertad)	Capacidad de absorberse en el trabajo productivo, orgullo por los productos completados.	Sensación de inadecuación e inferioridad, incapacidad para completar el trabajo.
Pubertad-adolescencia	Identidad frente a confusión de identidad.	Adolescencia (de los 10 a los 20)	Confianza en la identidad interior y la continuidad, promesa de una carrera.	Incomodidad en los papeles, falta de un conjunto de estándares sensación de artificialidad.
Adulter-joven	Intimidad frente a aislamiento.	Madurez temprana (de los 20 a los 30)	Reciprocidad, ideas compartidas, trabajo, sentimientos.	Evitación de la intimidad, relaciones superficiales.
Adulter	Laboriosidad frente a estancamiento.	Madurez media (de los 40 a los 50)	Capacidad de perderse uno mismo en el trabajo y las relaciones.	Pérdida de interés en el trabajo, relaciones deterioradas.

Madurez	Integridad frente a desesperanza.	Madurez tardía (de los 60 en adelante)	Sensación de orden y sentido, conformidad con uno mismo y con los logros obtenidos.	Miedo a la muerte, amargura respecto a la vida y de lo que se perdió o no pudo ser.
---------	-----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

### **1.2.2. Teoría Cognoscitiva**

Jean Piaget (1896-1980) fue el iniciador de la “revolución cognoscitiva” con su énfasis en los procesos mentales internos. La Teoría de Piaget afirma que los niños crean de forma activa su propio conocimiento del mundo y atraviesan cuatro etapas dentro del desarrollo cognoscitivo.

En cada etapa, el niño desarrolla una nueva forma de operación, pensar acerca del entorno y responder a él. En todas las etapas del desarrollo, el crecimiento cognoscitivo ocurre a través de tres principios interrelacionados: organización (integración del conocimiento dentro de un sistema para captar el sentido del ambiente), adaptación (ajuste de nueva información acerca del ambiente, a través de procesos complementarios de asimilación y acomodación) y equilibrio (tendencia a buscar equilibrio (balance) entre los elementos cognoscitivos dentro del organismo y entre este y el mundo exterior).

Los Estadios del desarrollo de Piaget son:

Estadio sensoriomotriz	Desde el nacimiento a los 2 años.	Los niños construyen su comprensión del mundo a través de la coordinación de sus experiencias sensoriales (visión y audición) con las acciones físicas y motrices.
------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Estadio preoperacional	2 a 7 años	Los niños empiezan a representar el mundo con sus propias palabras imágenes y dibujos. El pensamiento simbólico va más allá de simples conexiones de la información sensorial con las acciones físicas.
Estadio de las operaciones concretas	7 a 11 años	Los niños pueden razonar lógicamente acerca de eventos y clasificar objetos dentro de conjuntos diferentes. El razonamiento lógico reemplaza al intuitivo mientras que el pensamiento pueda aplicarse a ejemplos específicos o concretos.
Estadio de las operaciones formales	Desde los 11 años a la edad adulta	Los adolescentes razonan de manera abstracta, lógica e idealista.

### **1.2.3. Teoría Sociocultural**

Lev Vygotsky (1896-1934) creía que los niños construían de forma activa su propio conocimiento.

Tres ideas componen el pensamiento de Vygotsky (Tappan, 1998 citado por Santrock, 2003): 1) las habilidades cognitivas de los niños pueden ser comprendidas sólo si se analiza e interpreta su desarrollo; 2) las habilidades cognitivas son medidas por las palabras, el lenguaje y las formas del discurso, que sirve como herramienta psicológica para facilitar y transformar la actividad mental; 3) las habilidades cognitivas tienen su origen en las relaciones sociales y están inmersas en un ambiente sociocultural.

El creía que el desarrollo de la memoria, la atención y la razón implicaba aprender a utilizar las invenciones de la sociedad, como el lenguaje, los sistemas matemáticos y las estrategias de memoria.

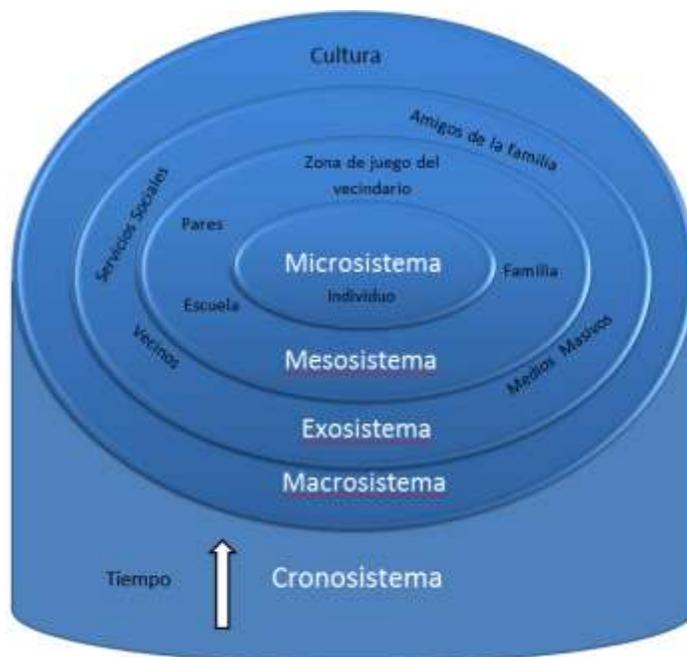
#### 1.2.4. Teoría Cognitivo-Social

Los conductistas afirman que el desarrollo es aprendido y está fuertemente influido por las experiencias del entorno.

Albert Bandura (1986, 1998, 2000, 2001) y Walter Mischel (1973, 1995), creen que los procesos cognitivos son mediadores importantes de las conexiones entre el ambiente y el comportamiento. El primer programa de investigación de Bandura se centraba en el aprendizaje observacional, aprendizaje que ocurre cuando se observa lo que otros hacen. El aprendizaje observacional también se refiere a la imitación o modelado.

#### 1.2.5. Teoría Ecológica

La teoría ecológica fue creada por Urie Bronfenbrenner (1917- ). Esta teoría es la visión de Bronfenbrenner del sistema ambiental del desarrollo. Consiste en cinco sistemas ambientales que van desde las interacciones interpersonales cercanas hasta las extensas influencias basadas en la cultura. Los cinco sistemas de la teoría ecológica son el microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema.



Como podemos observar cada teoría explica el desarrollo de acuerdo a sus investigaciones y perspectivas para una mejor comprensión del mismo, pero al final todas concuerdan en que el desarrollo es un proceso evolutivo en el cual el niño pasa por diversos procesos y/o etapas que lo ayudarán a adquirir un desarrollo integral y adecuado. Por ello todas estas teorías forman parte importante de la base para el trabajo en la Estimulación Temprana, ya que nos muestran los procesos o etapas por las cuales el pequeño atravesará de forma natural y normal, para observar y/o detectar algún problema que pueda estar provocando un retraso en el desarrollo integral del niño y dar el abordaje correcto y adecuado.

### **1.3. TEORÍA DEL DESARROLLO DE ARNOLD GESELL**

Como en esta investigación se evaluará el desarrollo de los niños a través de la prueba de desarrollo de Gesell se considera importante tener presente los conocimientos y aportaciones del psicólogo y pediatra estadounidense Arnold Gesell, quien junto con Catherine Amatruda se dedicaron al estudio de la maduración y el desarrollo de las conductas en el desarrollo infantil.

Su trabajo relacionado con el establecimiento de los modos de conducta infantil a lo largo del desarrollo, está considerado como uno de los más influyentes en la puericultura de los años '40 y '50 (Boring, 1952).

La teoría de Gesell (1880-1961) describe en forma sistemática el crecimiento y desarrollo humano desde el nacimiento hasta la adolescencia. Observó una relación de paralelismo entre el desarrollo de un ser humano y la evolución de la humanidad; y le interesó estudiar la influencia que el desarrollo y la personalidad ejercen sobre la conducta. Considero que el crecimiento es un proceso sujeto a leyes, y que produce cambios de forma y de función.

El crecimiento mental es un amoldamiento progresivo de las pautas de conducta mediante la diferenciación e integración, que incluye la complementación de herencia y ambiente. El ambiente estimula el desarrollo pero para ello necesita de la maduración adecuada. La maduración se verifica por medio de los genes, lo

que quiere decir que la naturaleza determina el orden de aparición de los factores de crecimiento; y que la madurez de las estructuras nerviosas es un prerrequisito esencial del aprendizaje.

El crecimiento origina cambios progresivos en las estructuras y transformaciones estrechamente correlacionadas en las funciones. Por lo tanto es importante mirar a un individuo como un todo, ósea, en la totalidad de su funcionamiento y comportamiento, integrados en todas las etapas del desarrollo y dentro del contexto de la sociedad.

El comportamiento tiene su raíz en el cerebro y en los sistemas sensorial y motor. El bebé cuya corteza cerebral esté intacta seguirá teniendo un desarrollo sano a menos que agentes orgánicos, experiencias psicológicas o acontecimientos sociales nocivos intervengan en el proceso. *Comportamiento* o *conducta* son términos adecuados para todas las reacciones del niño, sean ellas reflejas, voluntarias, espontáneas o aprendidas.

Así como el cuerpo del niño crece, su conducta evoluciona, adquiriendo su pensamiento por el mismo camino que adquiere su cuerpo a través del proceso de desarrollo. A medida que el sistema nervioso se modifica bajo la acción del crecimiento, la conducta se diferencia y cambia; por tanto el desarrollo es un proceso de moldeamiento.

### **1.3.1. Modos de conducta**

Un modo de conducta es, simplemente, una definida respuesta del sistema neuromotor ante una situación específica. Por ejemplo: el parpadeo, el reflejo rotuliano y el reflejo de prensión. En la adaptación postural y en la locomoción reacciona todo el cuerpo al sentarse, pararse, arrastrarse, caminar, etc., todos estos son modos de conducta, indicativos de cierta etapa de madurez.

El organismo humano es un complicado sistema-de-acción, razón por la cual un diagnóstico evolutivo requiere de la evaluación de cinco campos de

conducta que son representativos de los diferentes aspectos del crecimiento. Estos cinco aspectos más destacados son: (Gesell & Amatruda, 1999)

1) La *conducta adaptativa*: trata de la organización de los estímulos, la percepción de relaciones, la descomposición de totalidades en sus partes componentes y la integración de éstas en un modo coherente. Se influyen aquí las más delicadas adaptaciones sensoriomotrices ante objetos y situaciones: la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos; la habilidad para utilizar con propiedad la dotación motriz en la solución de problemas prácticos, y la capacidad de realizar adaptaciones ante la presencia de problemas simples.

2) La *conducta motriz gruesa*: comprende las reacciones posturales, el equilibrio de la cabeza, sentarse, pararse, gatear y caminar.

3) La *conducta motriz fina*: consiste en el uso de manos y dedos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto.

4) La *conducta del lenguaje*: adquiere asimismo formas características que dan la clave de la organización del sistema nervioso central del niño. Se usa el término lenguaje en el sentido más amplio, abarcando toda forma de comunicación visible y audible, sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones. La conducta del lenguaje incluye además la imitación y comprensión de lo que expresan otras personas. El lenguaje articulado es una función socializada que requiere la existencia de un medio social, pero que también depende de la existencia y del estado de las estructuras corticales y sensoriomotrices.

5) La *conducta personal-social*: comprende las reacciones personales del niño ante la cultura social en que vive. Estas reacciones son tan múltiples y variadas, tan contingentes respecto del ambiente, que parecerían escapar del alcance del diagnóstico evolutivo. Pero aquí

hallamos que el moldeamiento de la conducta está determinado fundamentalmente por los factores intrínsecos del crecimiento. Por ejemplo, el control de la micción y la defecación son exigencias culturales del medio, pero su adquisición depende primordialmente de la madurez neuromotriz.

### **1.3.2. Diagnóstico evolutivo de la conducta**

El diagnóstico del desarrollo consiste en una observación discriminada de las formas de conducta y de la apreciación de éstas por comparación con las manifestaciones normales; una forma de conducta tipificada es un criterio de madurez que ha sido definido mediante estudios sistemáticos del curso promedio que sigue el desarrollo del comportamiento. El estudio de miles de lactantes y niños pequeños permitió determinar las tendencias medias del desarrollo conductual. Se halló que las secuencias del desarrollo (el orden en que aparecen los modos del comportamiento) y la edad cronológica en que aparece cada modo son significativamente uniformes.

Un niño puede estar adelantado en un terreno y relativamente retrasado en otro. La primera tarea del diagnóstico evolutivo es descubrir y especificar tales desequilibrios. Las actividades siguientes consisten en definir etiologías y en intervenir con medidas específicas (terapéuticas o reparadoras) y programas de tratamiento general. Los modos de conducta típicos nos capacitan para expresar lo que vemos en el comportamiento total que exhibe el niño en términos de niveles de maduración. Por lo tanto, el diagnóstico evolutivo es un método de comparación ordenado y crítico; es una confrontación de observaciones y normas; y cuando la comparación está guiada por una amplia experiencia clínica tiene la validez de una verdadera medición; la cual es de gran apoyo para la formación de esta investigación.

### **1.3.3. Etapas del desarrollo**

El desarrollo se inicia con la concepción y procede mediante una ordenada sucesión de etapas representativas de un grado o nivel de madurez. Pero dado que existen tantos niveles de madurez se establecieron las siguientes edades clave: 4, 16, 28 y 40 semanas, 12, 18, 24 y 36 meses. Ellas representan periodos integrativos y modificaciones principales en los focos y centros de organización.

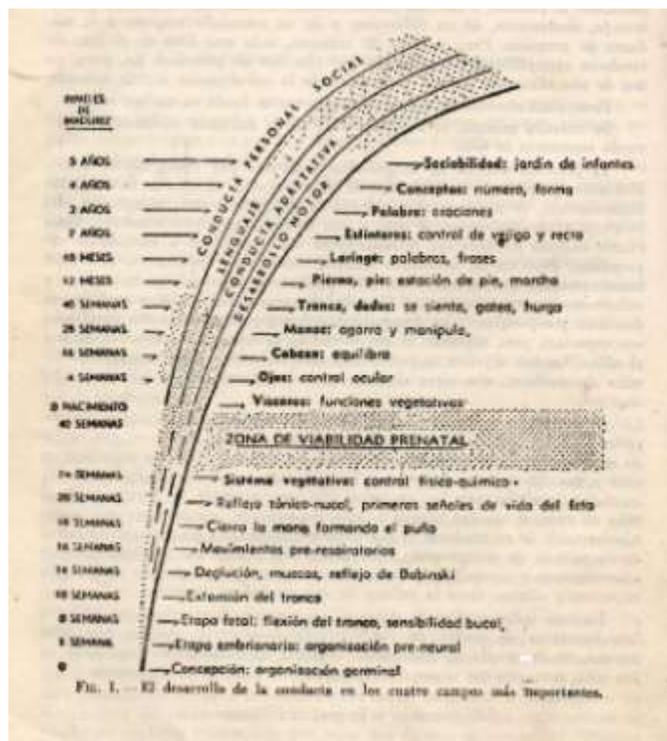
La organización real de la conducta comienza mucho antes del nacimiento; la dirección general de esta organización va desde la cabeza a los pies (segmentos proximales a distales). Se inicia con los labios y lengua, siguen los músculos oculares, luego el cuello, hombros, brazos, manos, dedos, tronco, piernas y pies.

A grandes rasgos, las tendencias en el desarrollo de la conducta son las siguientes: (Gesell & Amatruda, 1999)

- En el primer trimestre de la vida el niño adquiere el control de sus doce músculos oculomotores.
- En el segundo trimestre (semanas 16 a 28) logra el gobierno de los músculos que sostienen la cabeza y mueve los brazos y manos. Hace esfuerzos por alcanzar objetos y los toma, transfiere y manipula. Su cabeza está erecta y firme.
- En el tercer trimestre (semanas 28 a 40) consigue el dominio del tronco y los dedos. Hurga y ase con pulgar e índice; se sienta y gatea.
- En el cuarto trimestre (semanas 40 a 52) extiende su dominio a piernas y pies y descarta el apoyo accesorio para manos y dedos. Recoge una bolita con precisión adulta. Se para y camina sosteniéndose.

- En el segundo año camina y corre; articula palabras y frases; adquiere control de vejiga y recto, además de un rudimentario sentido de identidad personal.
- En el segundo y tercer año habla empleando oraciones; usa las palabras como instrumentos del pensamiento; muestra una positiva propensión a comprender su ambiente y a satisfacer las exigencias culturales impuestas por éste.
- En el cuarto año formula innumerables preguntas; percibe analogías y despliega una activa tendencia a conceptuar y generalizar. Es prácticamente independiente en la rutina de la vida hogareña.
- A los cinco años está bien maduro en el control motor. Salta y brinca. Habla sin articulación infantil. Puede narrar un cuento largo, prefiere jugar con compañeros y manifiesta satisfacción por sus ropas y por lo que es capaz de hacer.

Desarrollo de la conducta en sus cuatro campos:



### **1.3.4. Tendencias del crecimiento**

Ya que en esta investigación se estudiará y apoyará al desarrollo de lactantes ubicados dentro de las edades de 2 a 18 meses de edad, se tomarán en cuenta solo las tendencias del crecimiento que abarquen estos rangos de edad.

Es importante señalar que los lactantes se dividen en dos grupos: el lactante menor (desde los 29 días de nacido a los 12 meses) y el lactante mayor (de los 12 a los 24 meses de edad). Sin embargo los lactantes que presentan una desnutrición suelen aparentar una edad de desarrollo inferior a su edad cronológica. Por lo tanto es importante saber cuáles son las conductas y tendencias de crecimiento, elaboradas por Gesell, que deben presentar en cada etapa de su desarrollo para poder observar si existe un desarrollo normal; y en caso de no presentarlo saber en donde se encuentra ubicado a nivel de desarrollo y retardo, y partir de ahí para realizar un tratamiento adecuado: (Gesell & Amatruda, 1999)

#### **Desde el nacimiento hasta las 4 semanas:**

Gran parte de la conducta del neonato recuerda los primeros estados fetales. La respiración puede ser irregular y la termorregulación poco firme; así como el control y dirección peristálticos y de la deglución son precarios. Se sobresalta, llora y estornuda ante el más leve estímulo ya que sus umbrales son bajos e inconstantes. Por esa razón su comportamiento parece variable, vacilante e incompleto.

El bebé no es capaz de la sostenida adecuación postural que supone una atención duradera. La tensión motriz es parcial, fugaz y migratoria. Su vigilia aún no se diferencia claramente del sueño, y los ritmos de actividad y reposo están pobremente deslindados; muchas de sus reacciones parecen esporádicas.

El niño se fatiga rápidamente debido a su falta de madurez y al enorme esfuerzo que debe realizar para lograr las correlaciones entre sus vísceras y los mecanismos sensoriomotores. Su estado –despierto y tranquilo, somnoliento,

lloroso, hambriento o saciado- modifica el comportamiento más que en cualquier otro momento de la existencia.

En esta edad las respuestas visuales y auditivas, en función de percepciones definidas de uno y otro orden, son indicativas de una integración cortical cuya evolución futura puede apreciarse; no obstante la imposibilidad de manifestarlas no es sinónimo de anormalidad.

El bebé hace bruscos movimientos y contrae los puños en forma que parece sugerir vestigios de la prensión y pendulación arbóreas. Durante 8 semanas conserva los dedos fuertemente apretados en las hora de vigilia; cuando se hace mayor comienza a relajarlos, pero todavía a las 12 semanas los dedos se presentan flexionados laxamente. El bebé con visión normal implica una focalización de la postura y una coordinación de los ojos y manos. El reflejo tónico-cervical, actitud de las más constantes en las 12 semanas de la vida postnatal, prepara literalmente el camino de la prensión.

Durante gran parte de su vida de vigilia el niño de 4 semanas descansa en una actitud que recuerda la pose de un esgrimista: cabeza girada a un costado, un brazo extendido en la misma dirección y el otro tónicamente flexionado a la altura del hombro.

A las 4 semanas el niño deja caer, casi inmediatamente, el sonajero que se le coloca en la palma de la mano, en tanto que a las 8 semanas lo retiene durante un rato y a las 12 semanas los sostiene y lo mira. A las 16 semanas lo observa prolongadamente y a las 20 semanas puede realizar una aproximación bimanual y asirlo bajo el control de la mirada.

A las 4 semanas el bebé inmoviliza sus ojos errabundos y los fija indefinidamente sobre el contorno: el campo de la visión está estrechamente limitado por la posición de la cabeza. A las 8 semanas abarca 90°; a las 12 semanas 180°. Alrededor de las 16 semanas la cabeza comienza a preferir la línea media, lo cual permite al niño un control mucho mejor de todo el panorama

visual. Entretanto, la erección de la cabeza ha progresado, pasando de la pendulación al bamboleo; después éste se hace ocasional y por último la cabeza permanece firmemente erguida.

Los progresos del control oculomotor y postural se revelan en la amplitud y agudeza de la atención. A las 4 semanas atiende mediante una reacción total de su cuerpo: responde al sonido de la campanilla con una reducción general de la actividad y escucha los sonidos con plenitud.

Presenta una gran limitación en las posibilidades de expresar estados de humor y deseos específicos. Su conducta expresiva, como su comportamiento perceptivo, muestran un carácter generalizado. La expresión se torna más vivaz y, hacia las 8 semanas, el niño contempla el mundo circundante en forma más directa y discriminatoria. Sus ojos pueden establecer el contacto con el objeto individual como la mano de la madre.

Su respuesta al entorno social se hace más discriminativa. A las 4 semanas reacciona aun estímulo social mediante reducción general de la actividad corporal. A las 8 semanas su cara se anima, a las 12 semanas puede emitir sonidos en respuesta al estímulo y a las 16 semanas inicia la relación social. Estas señales registran el crecimiento personal y emocional y una progresiva organización neuromotriz.

### **Dieciséis semanas:**

Las 16 semanas marcan un punto decisivo. De la posición “sentada con sostén” avanzará a las primeras etapas de “sentarse solo”. Agarrará y manipulará; vocalizará versátilmente y mostrará una creciente capacidad para distraerse solo mediante el juego. La transición evolutiva de las 16 a las 28 semanas es ininterrumpida, pero no súbita.

Las 16 semanas anuncian un período de rápida organización cortical, que conduce a una firme transformación de los modos de conducta sensoriomotrices, particularmente en lo que se refiere a la coordinación oculomotriz.

El bebé es capaz de “alcanzar” algo con la vista antes de que pueda hacerlo con la mano, lo cual, por otra parte, está de acuerdo con el sentido cefalocaudal del desarrollo motor. La bolita es tan pequeña que su visión resulta difícil y aparece con retardo. Pero cuando se coloca el cubo sobre la mesa, los ojos errabundos del niño se fijan en él inmediatamente y sus miembros entran en acción y lo tocan. Esto es el proceso de prensión. Podemos considerar la cruda actividad de los brazos a las 16 semanas como el soporte embriológico del cual van a surgir formas más refinadas de aproximarse, asir y manejar un objeto. Mirar, buscar, tocar, asir, manipular y utilizar constituyen sucesiones evolutivas: una emerge de la otra.

El niño de 16 semanas está limitado en su capacidad de tocar; pero esto sobreviene más por imperfección de su equipo motor que por crudeza de su impulso dinámico. El contraer los dedos y cerrar el puño, conductas tan predominantes en el período inmediato al nacimiento, no han desaparecido aún y sus manos no están completamente abiertas, y siguen adheridas y muy próximas al pecho.

Aparece la prensión primitiva; ropas y mantas son agarradas con los dedos e impulsadas encima de la cara. La posición simétrica de los brazos sobre el pecho aproxima las manos a la boca. Y como la boca es una especie de órgano de prensión, muchas veces el niño chupa los dedos o el puño.

El niño de 16 semanas está superando la asimetría del reflejo tónico-cervical que amenazaba convertirlo en unilateral. Es ambidextro y presenta tendencia a mover las manos simultáneamente. En las 8 semanas siguientes avanza hacia la etapa bilateral. Todavía a las 24 semanas efectúa una aproximación bilateral y bimanual sobre un juguete; pero hacia las 28 semanas ha superado esta faz de simetría, la unilateralidad ha alcanzado un nivel de integración mayor y sus aproximaciones son unimanuales.

A las 16 semanas logra un éxito evolutivo en la organización de las posturas oculocefálicas y oculomanuales. La mirada que pasa de la mano al cubo

no revela un conflicto visual entre dos objetos: es el primer paso en el camino de poner la mano en relación con el cubo.

El rápido desarrollo de la cabeza y de la coordinación oculomanual no excluye, entretanto, el desarrollo de la musculatura axial. El tronco, a las 16 semanas, todavía se hunde a pesar de la ayuda de la banda de sostén de la silla; pero en la posición sentada con apoyo en la espalda ya no se incurva uniformemente: la curvatura queda confinada a la región lumbar, mientras que la región cervical, más próxima a la cabeza, tiene hacia esta época una organización de mayor desarrollo. A las 24 semanas el tronco es más “fuerte” aún, lo cual significa que la musculatura axial ha adquirido relaciones funcionales más completas con el sistema nervioso central y, por lo tanto, es capaz de un tono más sostenido.

La organización neuromotriz de la laringe y del tórax ha experimentado, y experimentará, análogas diferenciaciones. A las 16 semanas la conducta expresiva es aún bastante generalizada. Manifiesta interés empujando su cuerpo hacia delante. “Murmura” y ríe fuertemente. Más tarde, cuando su aparato vocal se hace más flexible y las musculaturas diafragmática, costal, laríngea y palatal devienen más sensibles al control, manifiesta chillidos y gruñidos. Deberá, empero, adquirir múltiples diferenciaciones neuromotrices antes de alcanzar el nivel de la forma altamente socializada de comunicación conocida como palabra.

El segundo trimestre del primer año prueba ser casi dramático en la amplitud y velocidad de las transformaciones del comportamiento. Sus ojos se agrandan, el pulso se acelera, lo mismo que la respiración, y sonrío cuando se le transfiere desde la posición horizontal supina a la perpendicular sentada. Esto es más que una satisfacción atlética por el equilibrio cefálico recientemente adquirido; es más que un triunfo postural. Es la ampliación del horizonte: una orientación social.

### **Veintiocho semanas:**

Uno de los principales objetivos del desarrollo infantil lo constituye la posición erecta. La criatura de 28 semanas está, cronológica y evolutivamente, a mitad del camino que conduce a ese fin. Justamente comienza a sentarse sola, manteniendo el tronco erecto por breves momentos. Deberá duplicar su edad (56 semanas) para poder permanecer de pie sin ayuda.

Cuando se coloca al niño de 28 semanas en posición supina, expresa su urgencia por sentarse levantando la cabeza del plano de la plataforma sobre la cual reposa. En posición vertical, sostenido por el tronco, sus piernas soportan gran parte de su peso corporal. El control de las manos está mucho más adelantado que el de los pies.

A las 16 semanas permanecerá sentado, con rígida simetría bilateral; ahora, en cambio, el tronco es más flexible y puede realizar un esfuerzo unilateral más vehemente, hacia adelante, al intentar alcanzar un objeto (una campanilla). Los hombros, el codo y la muñeca son más ágiles. Está superando la primitiva fase de simetría bilateral. No solamente puede efectuar una aproximación unimanual a la campanilla sino que la transfiere de una mano a la otra con sorprendente pericia.

El neonato es unidextro en la posición del reflejo tónico-cervical, sin predominio de uno u otro miembro. El niño de 28 semanas es "biunidextro", usa ambas manos pero de a una por vez. De aquí su capacidad de transferir y retransferir los objetos repetidas veces de una mano a la otra. Se trata de uno de sus más típicos modos conductuales.

Dotado de movimientos alternativos, flexiona y extiende sus brazos sucesivamente; ésta es la causa de que gire el tronco. Semanas más tarde, cuando sus brazos están nuevamente dotados por algún tiempo de movimientos bilaterales en posición prona, retrocede o se arrastra hacia delante boca abajo. En

la presente etapa el control de las piernas carece del suficiente desarrollo para permitirle gatear sobre las manos y rodillas.

El niño de 28 semanas está muy adelantado en relación con el de 16 semanas en lo que concierne a modos de prensión, si bien sus ojos continúan siendo más hábiles que sus dedos. Gracias a esta adaptación ocular puede levantar una cinta perceptivamente cuando aún es incapaz de recogerla con los dedos. Concede una atención ocular persistente a la bolita, pero le coloca la mano encima con cierta torpeza y por lo general no es capaz de asirla. La prensión pronta y precisa de la bolita la adquiere alrededor de las 40 semanas como resultado de la especialización de los dedos del lado radial (pulgare índice). Esta asimetría más adelantada se encuentra ya esbozada hacia las 28 semanas.

Aunque los ojos siguen dirigiendo el proceso, éstos y las manos funcionan en estrecha interacción reforzándose y guiándose mutuamente. En tanto que el niño de 16 semanas se dedica a la inspección del entorno, el de 28 semanas investiga objetos. Si uno de éstos se halla a su alcance, por lo general termina en sus manos. El comportamiento perceptivo-manipulatorio del niño de 28 semanas es activo en alto grado; no es recepción pasiva. Es adaptación dinámica unida a la posibilidad de utilización.

Su comportamiento vocal abunda también en referencias al futuro. Se halla en desarrollo el control de los músculos de lengua, labios y boca, de manera que el niño, en su espontánea vocalización diversificada, produce vocales, consonantes y aun sílabas y diptongos que, a su debido tiempo, se concretarán en una comunicación articulada aprendida de otros y reforzada por éstos. Incluso ahora emite el sonido “m-m-m” cuando llora, lo cual configura la primera modificación del aire por medio de los labios.

Desde el punto de vista social ya es bastante sabio. Conoce lo que ocurre en el ámbito hogareño. Expresa avidez e impaciencia cuando ve a su madre prepararle comida. Muestra la familiaridad y anticipación respecto a las tareas rutinarias del hogar. Reconoce la presencia de extraños y los tolera si no

desalientan sus expectativas. Sabe contenerse y puede entretenerse solo durante periodos considerables.

Juega con sus pies, actitud representativa de un progreso cefalocaudal y parte del proceso de autodescubrimiento. Sabe refrenarse y se satisface con sus propias invenciones. Está dotado de gran autosuficiencia, lo que le hace parecer un producto más o menos terminado.

### **Cuarenta semanas:**

El dedo índice comienza a señalar hacia adelante a las 40 semanas. Empujando, hurgando y palpando, el índice extendido constituye en sí mismo la señal de un importante adelanto en la maduración. Desde el punto de vista neuromotor, los modos conductuales se han hecho más refinados y discriminativos.

El bebé de 28 semanas apenas puede establecer contacto con una bolita, aparte de que lo consigue con una aproximación de barrido en la cual interviene toda la mano; el de 40 semanas la agarra prontamente y con la precisión de una pinza. A las 28 semanas manotea la cinta, en tanto que a las 40 la toma con facilidad. Colocado boca abajo, a las 28 semanas permanece en esta posición; a las 40 gatea. A las 28 semanas se queda sentado de modo precario, mientras que a las 40 semanas ya lo hace prolongadamente. Las comparaciones precedentes no comportan un descrédito para el más pequeño, pero el contraste tendría una grave importancia si se refiriese a un bebé que, no obstante tener 40 semanas, estuviese funcionando en el nivel de las 28 semanas.

Los mayores refinamientos en la prensión se correlacionan con una creciente discriminación en la manipulación. Anuncian un interés ascendente en objetos pequeños. Los objetos menudos poseen ahora más poder estimulante que otros más grandes. Cuando se le coloca una bolita al lado de la botella establece dos estímulos rivales: objeto grande versus objeto pequeño. A las 36 semanas el bebé se acerca primero a la botella y desatiende la bolita; a las 40 semanas tiende

primero hacia la bolita pero luego divide su atención entre ésta y la botella; a las 48 semanas se dedica casi exclusivamente a la bolita; a las 52 semanas intenta introducir la bolita dentro de la botella. Esta secuencia de madurez refleja el orden y la delicadeza del proceso evolutivo: al principio el objeto de mayor tamaño es prioritario; después obtiene la preferencia el objeto pequeño, y más adelante prevalece la combinación de uno y otro.

El niño de 40 semanas se impulsa hasta ponerse de pie tomándose de una baranda de su cuna –preanuncio de la locomoción erecta–, pese a que durante el restante trimestre del año sigue utilizando el antiguo método de la progresión cuadrúpeda. Su gateo compone una entre una serie de etapas progresivas que culminan en la marcha bípeda (siempre que el sistema nervioso central esté intacto y que el ambiente no interfiera con la progresión). La posición supina, tan aceptable durante el primer trimestre, es difícilmente tolerada ahora, excepto durante el sueño. El niño de 40 semanas escapa con rapidez de la posición supina mediante el giro del cuerpo o levantándose para sentarse.

En el terreno vocal, el niño de 40 semanas comienza a articular, y los sonidos que emite tienen sentido. Responde socialmente a la demostración. A los 12 y 15 meses puede verse cómo estos pronósticos del comportamiento discriminatorio alcanzan desarrollo pleno.

Por consiguiente, las 40 semanas marcan una transición profética hacia lo que es casi una época en razón de los muchos modos conductuales nuevos y distintivos que aparecen en el complejo evolutivo.

### **Cincuenta y dos semanas:**

Se dijo que a las 16 semanas y las 40 semanas constituyen períodos proféticos. No se trata de extremos terminales del comportamiento sino de verdaderos principios. Marcan las etapas nacientes o iniciales de modos conductuales que llegan a su culminación evolutiva a los 15 meses. Los progresos alcanzados por el niño de 15 meses: permanece en la posición parada sin ayuda

alguna; camina solo; coloca varios cubos dentro de un taza y procede a quitarlos; introduce una bolita dentro de una botella; construye una torre de dos cubos; se expresa utilizando una jerga y se comunica con gestos.

El niño de 52 semanas se halla precisamente al borde de esas habilidades. Puede pensarse de él como que actúa en una “causietapa”: casi construye una torre; casi inserta la bolita dentro de la botella; casi adapta el bloque redondo en el tablero.

Hablando de modo relativo, las 52 semanas son formativas y transicionales, en esta edad la criatura humana es un bípedo definido. Prefiere andar erecto como lo hace su especie. Ha eliminado el gateo.

El niño de 52 semanas revela asimismo una interesante combinación de madurez e inmadurez en la capacidad de prensión. Toma una bolita o una cinta con precisión y facilidad casi adulta, pero una vez consumada la prensión sigue siendo sólo un bebé en cuanto a su habilidad para aflojarla. Hasta los 15 meses no puede relajar suficientemente los músculos de la mano y los dedos como para introducir la bolita en la botella, aunque a las 52 semanas ya deja caer el cubo dentro de la taza. La percepción de la forma geométrica es incipiente a las 52 semanas; el niño observa selectivamente el orificio circular del tablero.

El niño de un año percibe cada vez mejor al ambiente físico y el social. La percepción socializada lo lleva a la imitación. Responde al ejemplo; observa con intención las expresiones faciales; reacciona a la música y al juego rítmico primitivo; repite actitudes que provocan risa. Desde hace tiempo es capaz de sentir miedo, enojo, afecto, celos, ansiedad y simpatía, y ahora estos rasgos se manifiestan con más claridad. Mediante señales revela la complejidad y también la individualidad de su comportamiento personal-social.

A los 15 meses buena parte de su conducta refleja la influencia del grupo social. Sus acciones tienen una referencia externa, contraria al aislamiento. Muestra y ofrece juguetes a otros; hace manifestaciones verbales al dar o recibir

algo; ayuda a volver las páginas de un libro y comienza a reconocer dibujos; emplea una jerga y, ahora que sus manos están liberadas de toda participación servil en la locomoción, atrae, alza, arrastra y transporta objetos.

Los 15 meses de vida componen una época de integración masiva y, más verdaderamente aún, una edad clave en el desarrollo.

### **Dieciocho meses:**

El período comprendido entre uno y dos años es extraordinariamente rico desde el punto de vista de las transformaciones evolutivas. El niño de 18 meses se encuentra en la mitad de este período, de veloz y no siempre fácil avance. Está dejando de ser un bebé, pero todavía dependen demasiado de las circunstancias y de quienes cuidan de él. Se tiende a exigirle demasiado, olvidando que se encuentra en una fase de transición crítica.

Las relaciones entre las esferas vegetativas, sensoriomotriz e inhibitorias del sistema nervioso se hallan en un particularmente complejo estado de formación. Laringe, piernas, manos, pies y esfínteres están incorporándose al control cortical. El “niño-bebé” tiene, una extraordinaria diversidad de formas de comportamiento que coordinar y consolidar. A causa de esta organización neuromotriz tan inclusiva e intrincada, por lo general está limitado a cambios de atención breves y variados.

El comportamiento a los 18 meses tiene más en común con el de los dos años que con el de uno. El niño de 18 meses es definitivamente bípedo, pero de ordinario la locomoción cuadrúpeda se abandona hacia los 15 meses. Marcha sin caer y ya comienza a correr, pero su marcha es vacilante y su carrera dura y plana. A los dos años, tobillos y rodillas son más flexibles, pero no se debe tanto a cambios en las articulaciones como a una mejor organización funcional de las neuronas que los controlan.

En razón de que su control y experiencia posturales son inmaduros, actos tan simples como sentarse por sí mismo en una silla ofrecen dificultades; le falta la

pre-percepción visual y, en consecuencia, el juicio necesario para realizar la acción con limpieza.

Aún cuando sus pre-percepciones son escasas, así como magra la amplitud de su memoria, sus percepciones inmediatas son decisivas. Entrega o alcanza un objeto con el aire de “asunto terminado”. Este rasgo es una clave para comprender su mentalidad: informa acerca de la fragmentación y entrecortada finalidad de sus reacciones.

El lenguaje de los 18 meses se caracteriza por una jerga tan definida como la percepción de personas y acontecimientos. Es característico que el niño de 18 meses sólo domine una docena de palabras. Dice “come” y le es fácil comprender una frase muy simple si las palabras promueven una experiencia motriz familiar (“ve a buscar tu sombrero”). Sin embargo, irá articulando cada vez con mayor firmeza. Contará con un vocabulario considerable a los dos años o tres años; a los dos años hasta comenzará a producir oraciones simples compuestas de tres palabras.

El comportamiento lingüístico –en especial el habla– resulta de la esfera más vulnerable a la experiencia social, pero que el individuo se haga capaz de articular depende tanto de la madurez como de la experiencia. La articulación verbal significa que lo distinto reemplaza a lo difuso, que la proyección suplementa la autoabsorción.

#### **1.4. FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO NORMAL INFANTIL**

Como se ha mencionado antes durante la etapa de maduración y crecimiento, los niños atraviesan y experimentan muchos cambios en su desarrollo. Pero durante este desarrollo se pueden llegar a presentar distintos factores de riesgo que pueden alterar los procesos de desarrollo y maduración (tendencias de conductas). Por ello es importante tenerlos presentes como puntos de referencia que nos servirán y apoyarán durante el trabajo con niños que sufren desnutrición que son considerados como niños de alto riesgo.

López-Arce (1999) considera como niño de alto riesgo a “todo recién nacido cuyo desarrollo, pelagra por una serie de factores ya sean de tipo genético, metabólico, ambiental o aquellos que se hayan presentado antes durante o después del nacimiento y que por consiguiente requiere de un abordaje especial”. (López-Arce, 2001)

Existen 4 factores que pueden alterar el desarrollo normal de un niño en los primeros 3 años de vida cuando aún su sistema nervioso esta inmaduro. Estas alteraciones pueden ser prenatales (aquellas que se producen entre la concepción y el nacimiento), perinatales (anormalidades que ocurren en el momento del parto) y postnatales (las que le suceden al niño a partir del momento del nacimiento), las cuales son: (Chávez, (2003).)

1. Lesión directa sobre el sistema nervioso.
2. Afección de otra parte del cuerpo que provoca secundariamente alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso: Riesgo Biológico.
3. Alteraciones Genéticas.
4. Factores ambientales que influyen directa o indirectamente en el desarrollo físico del niño (crecimiento y desarrollo del SN): Riesgo Ambiental

Diversos factores ambientales pueden ser la desnutrición, la enfermedad, la privación de estímulos ambientales, la falta de atención prenatal, padres con enfermedad psiquiátrica, familia disfuncional, bajo nivel socioeconómico, maltrato infantil, deprivación afectiva, etc.

Cravioto y Arrieta (1985) mencionan que entre los muchos factores del ambiente del niño, la nutrición ha sido aceptada casi como un prerrequisito para el crecimiento y desarrollo óptimo; pero a pesar de ello en México, la desnutrición en menores de cinco años ha sido un problema de salud pública (Rivera, 2000), siendo en los niños de entre 13 y 36 meses de edad en quienes se observa un

mayor estancamiento en el crecimiento y desarrollo como consecuencia de tal estado de nutrición (Almeida y Marins, 2002).

Es por ello que los factores de riesgo en el desarrollo del niño son importantes focos de estudio para los que nos dedicamos al abordaje de las diferentes problemáticas que se presentan en el desarrollo de los niños de alto riesgo; ya que nos brindarán las armas necesarias para diagnosticar y observar alguna anomalía o retraso que se esté presentando y abordarlo de la forma correcta.

El descubrir un niño de alto riesgo es la acción más importante para disminuir la prevalencia e incidencias de casos con retraso o alteraciones del desarrollo; por lo tanto la *Guía para la Detección de Alto Riesgo en el Primer Año de Vida* (2001) nos proporciona diferentes técnicas de exploración que complementan como base del neurodesarrollo la coordinación y cronología refleja y el tono muscular, como indicadores del adecuado o inadecuado funcionamiento cerebral. Desde esta perspectiva se considera además de la estrecha relación entre estructura y función dentro de un sistema funcional, la importancia y variabilidad del medio ambiente, así como la calidad de la relación que se establece entre el niño y su madre.

Esta guía nos es de mucha ayuda como complemento dentro del trabajo y evaluación de los niños con desnutrición ya que en conjunto con la prueba de desarrollo de Gesell nos permitirá realizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento temprano. Aquí se observan si existen signos de alarma (considerados éstos como indicadores de alteración funcional) a través de dos fases de evaluación: (López-Arce, 2001)

1. Fase: Observación: se parte en un principio de observación directa del niño en reposo y del jugueteo con él, la apariencia fenotípica (rostro), simetría o asimetría de movimientos, postura normal u obligatoria, respuestas a estímulos sensoriales, actitud de la madre, etc.;

lo que nos ayuda a obtener una información valiosa acerca de su estado neurológico y de la relación materno infantil.

2. Fase: Exploración: se parte de la exploración del tono muscular, sustrato neurofisiológico del afecto, que se hace a través de la consistencia de las masas musculares que se aprecian por la palpación de los miembros, la extensibilidad de los músculos de los brazos y de la resistencia en las piernas al ser extendidas para la formación de ángulos. También se explora la coordinación y cronología de los reflejos que son sustrato neurofisiológico del conocimiento.

Como parte de la labor realizada dentro de Cruz Blanca Neutral, en donde se trabaja con población infantil de alto riesgo, es de suma importancia partir de estas evaluaciones para que en conjunto con el trabajo de la E.T. y el fortalecimiento de la relación afectiva madre-hijo, se inicie el abordaje que ayudará en el mejoramiento del desarrollo integral del niño en combinación con su tratamiento nutricional especializado otorgado por nutriólogas que trabajan en esta Institución.

Es importante señalar que no sólo estos pequeños presentan desnutrición únicamente como factor ambiental causante, sino que también son niños y niñas que viven en comunidades de bajos recursos económicos y sociales, así como también un bajo nivel de estimulación socioafectiva o estimulación nula a causa de madres con bajo nivel escolar o único sostén económico del hogar; también son pequeños que sufren de alguna discapacidad mental como parálisis cerebral o porque son producto de partos prematuros.

El punto clave e importante en esta investigación será el de la desnutrición, que tomando en cuenta las diversas situaciones por las cuales se desencadenó, también es importante comprender en que se basa y como se produce y provoca la desnutrición para poder brindar un abordaje y desarrollar beneficios y mejoras en el desarrollo de los niños.

### **1.4.1. Desnutrición**

La asimilación deficiente de alimentos por el organismo, conduce a un estado patológico de distintos grados de seriedad, de distintas manifestaciones clínicas, que se llama Desnutrición. La palabra desnutrición señala pérdida anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave (Gómez, 2003).

Desnutrición es el resultado de una ingesta de alimentos que es, de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria; de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos (Graziano, Medrano, & Machinea, 2004).

Según Pollitt, “la desnutrición no es únicamente un fenómeno biológico aislado; también forma parte del continuo de un proceso social que afecta el desarrollo intelectual del niño, y posee efectos negativos sobre el desarrollo mental. Estos hallazgos sobre la función de las variables sociales respecto de la desnutrición y al desarrollo mental están íntimamente ligados con la estructura social de un país y el bajo nivel económico, ocupacional y educativo de una familia. Los indicadores de status socioeconómico de los ingresos y gastos familiares tienen una estrecha relación con el crecimiento físico y mental de los niños. También con el nivel educativo de las madres que entre más bajo es, sus hijos tienen mayor probabilidad de presentar problemas de bajo estímulo o estimulación inadecuada” (Álvarez, 1997).

### **1.4.2. Clasificación de la Desnutrición**

La desnutrición se clasifica en tres distintos grados de desnutrición. Se le llama desnutrición de primer grado a la pérdida de peso que no pase del 25% del peso que el paciente debería tener, para su edad; se le llama desnutrición de segundo grado cuando la pérdida de peso fluctúa entre los 25 y el 40%, y finalmente se le llama desnutrición de tercer grado, a la pérdida de peso del organismo más allá del 40%. (Gómez, 2003).

Wisbaum (2001) describió en la UNICEF que los diferentes tipos de desnutrición que se pueden observar son:

- Desnutrición *crónica*: Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado por la que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño.
- Desnutrición *aguda moderada*: un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.
- Desnutrición *aguda grave o severa*: es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva a un alto riesgo de mortalidad. Requiere atención médica urgente.
- Desnutrición *por carencia de vitaminas y minerales*: la desnutrición debida a la falta de vitaminas y minerales (micronutrientes) se puede manifestar de múltiples maneras. La fatiga, la reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad son solo algunas de ellas.

#### **1.4.3. Efectos de la Desnutrición**

Los primeros años de la vida del ser humano han sido identificados como cruciales para su futuro afectivo, intelectual, social y de salud personal. No sólo existe un proceso de maduración neuronal, biológica y anatómica cerebral, sino una construcción de estructuras como la inteligencia y de la personalidad individual. De manera similar y de manera reiterativa se ha demostrado los efectos negativos que la desnutrición ejerce sobre el desarrollo cerebral, psicomotor, cognitivo y social.

La desnutrición intrauterina y posnatal se presenta como situaciones comunes en muchas comunidades mundiales, aunque su etología es compleja y multifactorial. La desnutrición intrauterina parece estar ligada con diversos factores; unos asociados con disturbios genéticos del embrión y otros con defectos en el desarrollo de la placenta o desnutrición de la madre. La desnutrición posnatal interfiere en el desarrollo físico, provocando reducción de la talla y del peso corporal; también se altera la maduración de patrones motores reflejos, el retraso en la capacidad para erguir la cabeza, en la apertura de parpados, disminución de las conductas exploratorias (importantes para el aprendizaje y movimiento), de aseo, de ingesta de agua y de alimento (Chávez T., 2003).

La desnutrición en los primeros años de la vida puede llevar a déficits permanentes en el crecimiento, el desarrollo psicomotor y la capacidad de aprendizaje del niño (Hernández, 2003), ya que al no tener los nutrientes necesarios para fortalecer músculos y huesos, el niño que sufre esta enfermedad, va retrasando su desarrollo a causa de la falta de movilidad.

#### ***1.4.4. El papel de las madres en la Desnutrición***

“La desnutrición es una enfermedad caracterizada, en la mayoría de los casos, por ausencia de estimulación psicoafectiva en la relación madre-hijo, en los avances del desarrollo social; estos factores pudieran determinar el desarrollo emocional y psicosocial del niño a futuro” (De la Torre, 2005 citado por Restrepo V.C., 2012).

Investigaciones empíricas ha demostrado el papel que desempeñan las madres como promotoras del estado nutricional infantil debido a que en su interacción con el niño durante la comida pueden establecerse rasgos de sensibilidad y responsividad en ambos miembros de la diada que pueden hacer más probable un óptimo crecimiento y desarrollo del menor (Horodynski y Gibbons, 2004).

Sin embargo la falta de recursos económicos no es lo que ocasiona la desnutrición, sino el conjunto de factores socioculturales y psicológicos que frecuentemente van unidos a la pobreza. Algunos autores han estudiado los factores del microambiente familiar tales como la interacción madre-hijo, en relación con la desnutrición en grupos de niños desnutridos. Graves (1976) tomó un grupo de niños desnutridos y otro de niños bien nutridos, de estrato socioeconómico semejante y halló que la conducta de las madres de los niños desnutridos se caracterizaba por una menor receptividad y reciprocidad en los contactos con sus hijos que las del grupo de bien nutridos. Chávez, Martínez y Yaschine (1974) encontraron que las madres de niños con desnutrición crónica demostraban menos cariño hacia sus hijos y respondían más pobremente a sus demandas de atención que las de otros grupos que recibían suplementación alimenticia (Rojas, Restrepo, Meza, 1985).

Pollitt (1975) encontró una interacción pobre entre la madre y el hijo con problemas de nutrición. El mismo autor planteó la hipótesis de que la desnutrición severa provenía de distorsiones profundas del funcionamiento familiar que incidirían principalmente en la relación madre-hijo. Kerr, Boques y Kerr D.S. (1978) compararon once madres de niños severamente desnutridos con otras cuyos niños presentaban problemas médicos, pertenecientes ambos grupos a conglomerados de extrema pobreza en las Indias Occidentales. Encontraron diferencias significativas en el funcionamiento general psicosocial de las madres de los desnutridos. Mora y Col (1973) encontraron diferencias significativas en los hábitos de crianza de niños desnutridos y bien nutridos de estrato social aparentemente homogéneo, lo cual sugeriría que la deprivación afectiva y de estimulación psicológica es un factor que acompaña con gran frecuencia a la desnutrición. Cobos (1970), llama la atención sobre la deprivación materna en la etiología de la desnutrición, entendiendo por ésta no sólo la ausencia física de la madre sino la distorsión de la función materna que, impide efectuar eficientemente la alimentación del niño (Rojas, Restrepo, Meza, 1985).

Craviotto y De Licardie (1974) compararon el perfil psicológico de las madres de niños que posteriormente sufrieron desnutrición severa y el perfil materno de los niños de edad semejante pertenecientes a la misma falange de nacimientos, que no desarrollaron desnutrición avanzada, encontraron que la madre del grupo con desnutrición severa era una mujer pasiva, tradicional, no consciente de las necesidades de su hijo y que respondía a él pobremente con incapacidad de descifrar sus señales; además el hogar ofrecía al niño poca estimulación. Al estudiar la calidad de la interacción madre-hijo se encontró que el patrón de respuesta de estas madres a una prueba hecha a sus hijos permitía identificar un estilo diferente de cuidados del niño y una conducta indicativa de una deficiente relación afectiva (Rojas, Restrepo, Meza, 1985).

Todos estos estudios respaldan que además del factor de pobreza extrema, las fallas en la relación madre-hijo son causa determinante de la desnutrición severa. Rojas, Restrepo y Meza (1985) llegaron a la conclusión, con su estudio comparativo entre un grupo de 40 madres de niños hospitalizados con desnutrición severa y un grupo de 40 madres de niños hospitalizados con desnutrición leve a moderada, que en los casos de desnutrición severa hay un descuido, desatención o negligencia de la madre, quien por fallas en la relación no atiende las necesidades básicas del niño especialmente las de alimentación, por lo cual éste llega a una desnutrición severa que pone en peligro su vida.

Lo anterior permite incluir la desnutrición en el síndrome de maltrato infantil, en la modalidad de negligencia, definida por Polansky (1981) como “la condición en la cual la persona responsable del cuidado del niño, deliberadamente o por decidía extrema, permite que éste experimente sufrimiento evitable o no le proporciona los elementos considerados esenciales para el desarrollo de las capacidades físicas intelectuales y emocionales” (Rojas, Restrepo, Meza, 1985).

Tomando en cuenta las investigaciones antes citadas, podemos concluir que la desnutrición infantil no sólo es un problema que abarca la carencia de alimentos, sino también es provocado por la ausencia de una relación madre-hijo

positiva, en donde la madre sea capaz de satisfacer las necesidades emocionales del niño. Por lo tanto para comprender cuales son los posibles factores que lleguen a perturbar la relación madre-hijo desnutrido es necesario realizar una revisión teórica sobre la teoría del apego, su desarrollo y formación, tipos de apego, así como también las alteraciones que se pueden presentar.

## **CAPÍTULO DOS. EL VÍNCULO DEFICIENTE ENTRE MADRE E HIJO CON DESNUTRICIÓN**

El movimiento y la alimentación en el desarrollo del niño no sólo son importantes, sino fundamentales para ayudar en el correcto desarrollo de éste. Pero mover por mover a un bebé no es lo fundamental, sino más bien al moverlo, alimentarlo e interactuar con él es importante hacerlo con amor, con deseos de comunicarse, de demostrarle cuanto es aceptado y amado; esto creará en él la confianza que le apoyará en su proceso de desarrollo para lograr todas sus metas a alcanzar, ya sean físicas, emocionales, mentales, escolares, etc. El niño de alto riesgo, como también el niño con desarrollo normal, al sentirse amado, aceptado y protegido le será fundamental para la formación de una relación segura entre su madre y él, lo cual apoyará de manera exitosa el mejoramiento de su desarrollo integral.

Sin embargo dentro de Cruz Blanca Neutral se ha observado que la relación madre-hijo dentro y fuera de la Institución es deficiente, sin significado alguno y en ocasiones hasta nulo. Situación que llamo nuestra atención ya que al comparar las relaciones que existen entre madres e hijos con buena y mala relación afectiva, se observó que el bebé con una buena relación afectiva con su madre, que siempre estaba presente, atenta, cariñosa y al pendiente de su hijo, presentaba un mejor desarrollo físico, emocional, social y anímico que reducía su hospitalización; a comparación del bebé que no poseía tal relación, al tener presente pero al mismo tiempo ausente emocionalmente a su madre, provocando que su hospitalización y mejoramiento tardara aun más.

Por esta razón Martínez Fuentes (2004) menciona que la teoría del apego podría llegar a tener derivaciones importantes en el campo de actuación de la estimulación temprana, tanto desde la perspectiva preventiva como desde la de intervención; ya que podría contribuir a minimizar los factores de riesgo que conducen al establecimiento de apegos inseguros, garantizando, así buena parte del desarrollo del individuo.

Por eso es importante conocer más a fondo cuales son las bases de la relación materna, los diferentes tipos de apego que se desarrollan, así como también cuáles son sus patologías y/o alteraciones que se pueden producir entre la madre y el niño durante su primera etapa de vida; para lograr la prevención e intervención adecuada.

## **2.1. TEORÍA DEL APEGO**

La teoría del apego está fundamentada por las aportaciones de teóricos dedicados al estudio de la relación que existe en la madre y su hijo. De los cuales solo se hará mención de algunos para la explicación de este tema.

Sigmund Freud mencionó que la relación primogénita entre la madre y su hijo, única y sin paralelo, establece el prototipo de todas las relaciones amorosas posteriores del niño (Solloa, 2009). Al igual su hija Ana Freud estableció que el alimento y la madre son la misma cosa importante para el desarrollo emocional del bebé (Restrepo, V.C., 2012).

En 1946, el pediatra psicoanalista René Spitz publicó un trabajo acerca de la reacción de los bebés ante la separación de la madre. Observó que cuando los lactantes que habían desarrollado un vínculo normal con sus madres eran separados de éstas al llegar a los seis meses, reaccionaban con actitudes quejasas y llanto; más tarde caían en un estado de retraimiento y letargo, yaciendo en sus cunas con expresión ausente, sin prestar atención a lo que sucedía a su alrededor; respondiendo con llantos y chillidos cuando se les acercaba un extraño. Si el lactante no volvía a reunirse con su madre, desarrollaba poco a poco un síndrome que Spitz denominó “depresión anaclítica”, caracterizado por pérdida de peso, insomnio, falta de respuesta a las personas, inexpresividad y mirada extraviada, el cual se agravaba hasta hacerse irreversible si la separación se prolongaba aun más. En este último caso, los niños presentaban deterioro en distintas áreas de desarrollo, así como mayor predisposición a la enfermedad; denominado “hospitalismo” (Solloa, 2009).

Cabe señalar que este fenómeno es observado con frecuencia en los niños hospitalizados por desnutrición en la Institución; a causa de que algunas madres están ausentes porque solo se presentan de 2 a 4 veces o menos por semana.

Spitz también puso de manifiesto que los niños que no experimentaban una buena relación con su madre durante el primer año de vida, presentan trastornos en su desarrollo físico y psíquico. Y junto con Margaret Mahler en su texto *El nacimiento psicológico del infante humano* (1975) rescataron que la función de la madre es vital para lograr el nacimiento psicológico, así como el desarrollo psicoafectivo y la separación/individuación (Restrepo, V.C., 2012).

Winnicott señala que el niño pequeño y el cuidado materno forman una unidad y son inseparables. Enfatiza la importancia del cuidado materno (proporcionado por ambos padres) sin el cual el bebé no puede crecer y convertirse en un adulto sano. Afirma que un bebé no puede existir solo ya que siempre forma una unidad que hace parte de una *Relación*. Winnicott reitera que las madres que se identifican emocionalmente con sus hijos son más sensibles a sus necesidades y las pueden satisfacer (Restrepo, V.C., 2012). Menciona que la madre también cumple un papel de espejo para el niño, esto se trata de la función de soporte que el *yo* de la madre aporta al *yo* del niño. Para muchas madres les es difícil desempeñar este papel y terminan reflejando su propio estado de ánimo y la rigidez de sus propias defensas, e incluso, no responden a lo que el bebé le está dando. Por lo tanto, se atrofia la propia capacidad creativa del niño, haciendo imposible el comienzo de un intercambio con el mundo exterior (Betancourt; Rodríguez; Gempeler, 2007).

En el caso de los pequeños con desnutrición esta situación no se llega a presenciar en la mayoría de las mamás, ya que a causa del rechazo provocado por la culpa o por no aceptar la enfermedad de su hijo, no satisfacen las necesidades emocionales y físicas (entre ellas la alimentación) de sus hijos provocando lógicamente una desnutrición severa.

Uno de los más prolíficos estudiosos de este tema ha sido el psiquiatra y psicoanalista John Bowlby, quien indago y documentó cuidadosamente el proceso de apego y separación del bebé en relación con la figura materna. Bowlby partió de las observaciones de Harlow, de la teoría de “impronta” de Lorenz, de la teoría de los sistemas y de procesamiento de información y de los aportes de Piaget reformulando la teoría de la libido propuesta por Freud. Para Bowlby no hay un instinto, sino diferentes conductas instintivas dentro de las que se encuentra la conducta de apego y cuyo fin último es la adaptación y la supervivencia. Según Bowlby la ansiedad es una respuesta fisiológica, una señal de alarma ante un peligro que se presenta en ocasión de la separación de la figura de apego que tiene una función protectora.

Explicó que a lo largo de la infancia los bebés buscan la proximidad de los adultos que los cuidan para obtener cariño, alimentación, comodidad y seguridad. Centran toda su energía en estas personas que le son familiares formando este lazo afectivo llamado apego o vínculo al que definió como: “el lazo afectivo que una persona o animal forma entre él y una figura específica (figura de apego). Un esfuerzo por buscar proximidad y contacto con la figura de apego, especialmente en situaciones de estrés. Un lazo que tiende a mantenerlos juntos en el espacio y que perdura en el tiempo” (Solloa, 2009).

Tras su estudio, Bowlby enfatizó que la formación de una relación cálida entre niño y madre es crucial para la supervivencia y desarrollo saludable del menor, tanto como lo es la provisión de comida, cuidado infantil, la estimulación y la disciplina (Department of Child and Adolescent Health and Development, 2004). Así, el amor materno en la infancia es tan crucial para la salud mental como lo son las vitaminas y las proteínas en la salud física (Sayers, 2002 citado por Repertur & Quezada, 2005).

Bowlby explicó que la madre despierta actitudes instintivas de apego en el bebé y éste a su vez moviliza actitudes innatas de apego en ella y que el período más sensible del ciclo vital para el desarrollo de apego y la estructura de la

conducta se da durante los primeros cinco años de vida (Solloa, 2009). Sin embargo en su libro *Maternal Care and Mental Health*, concluyo que al niño era necesario proporcionarle, durante los primeros dos años de vida, un especial ambiente rico en estímulos y en relaciones emocionales satisfactorias con su madre biológica o con una madre sustituta; ya que la falta de este lazo afectivo produciría trastornos mentales severos y, dependiendo del tiempo y la intensidad de la deprivación materna, podrían ser irrecuperables o irreversibles. Posteriormente se identifico que no era la existencia de la madre, sino la baja intensidad de estímulo afectivo, que se puede producir en presencia de la madre biológica que no estimula adecuadamente al niño. Este hallazgo resalto la importancia de la estimulación psicoafectiva (Álvarez, 1997); la cual nos es de gran importancia trabajar con las madres de Cruz Blanca Neutral y/o las madres del público en general que lleguen a presentar una desvinculación.

Para la construcción de esta investigación todas estas teorías son de gran importancia ya que nos darán las pautas necesarias para poder entender los procesos de apego deficientes que presentan los niños con desnutrición o cualquier otra patología y/o enfermedad, que llegan a ocasionar el rechazo de la misma madre. Por ello se considera que forman parte importante del abordaje dentro de la estimulación temprana.

Martínez Fuentes (2004) menciona que a pesar de que el neonato busca la proximidad y el contacto con los adultos desde el mismo momento del nacimiento, no se puede constatar, en ningún caso, la presencia de un lazo emocional especialmente entre el bebé y su cuidador, ya que el apego es el resultado de un proceso marcado por las sucesivas interacciones y encuentros que el niño mantiene con los adultos encargados de su cuidado. En términos generales, la mayoría de los estudiosos del apego consideran que ese lazo afectivo se encuentra establecido en torno a los 12 meses de edad.

Para que el apego se consolide, no sólo es necesario que el niño tenga oportunidades de interactuar con sus padres, sino que además se requiere que el

niño adquiera diferentes competencias, tanto en el área cognitiva como en la emocional y social. Para ello es importante trabajar en combinación con la estimulación temprana la cual ayudará a que el niño vaya adquiriendo estas competencias necesarias.

Continuando con el tema del apego es importante tomar en cuenta cómo se irá desarrollando dentro de la relación madre-hijo.

## **2.2. DESARROLLO DEL APEGO EN LA RELACIÓN MADRE-HIJO**

María Solloa (2009) menciona que el primer apego unilateral de la madre hacia el infante se establece durante un periodo crítico de una hora más o menos después del nacimiento; este tiempo es ideal para iniciar una responsividad recíproca entre la madre e hijo ya que durante este lapso el bebé se encuentra sorprendentemente alerta. Después de este primer periodo de alerta el infante duerme casi todo el tiempo, y es cuando el vínculo se refuerza por el contacto físico y lactancia.

Además del tiempo de interacción, también la intensidad y calidad de la relación son factores importantes para el apego. Para que el bebé logre desarrollar un apego seguro, es esencial la consistencia y la disponibilidad de la madre, especialmente durante los primeros seis meses de vida.

En 1969, Bowlby propuso que el apego se desarrolla siguiendo estas líneas evolutivas: (Martínez Fuentes, 2004; & Solloa, 2009)

*1. Fase inicial de preapego o Responsividad social indiscriminada.* Se presentan durante los primeros dos meses de vida. Se caracteriza por el desarrollo de una serie de señales llamadas conductas de apego, que tienen como finalidad obtener comodidad y seguridad al acercarse a los padres. En esta etapa, la primera y más poderosa señal es el llanto, y a los dos meses ya aparece la sonrisa que favorece que los adultos deseen interactuar con él. El bebé prefiere estímulos estructurados, móviles y con un grado moderado de

complejidad, prefieren los sonidos que poseen una intensidad y frecuencia similar a la voz humana. Responde a sus cuidadores principales de la misma forma que lo hace a otras personas y logra satisfacer sus necesidades con cualquier persona que acuda y responda apropiadamente a sus demandas.

2. *Fase de formación del apego o Sociabilidad discriminante.* Se presenta de los dos a los siete meses. La transición a esta etapa se da cuando el niño es capaz de discriminar algunas características específicas de las personas que lo cuidan, y desarrolla una preferencia marcada a estar con ellas, o sea, que el bebé empieza a diferenciar a las personas familiares de las desconocidas, presentando comportamientos diferenciales como la detención del llanto ante personas familiares, la aparición del llanto cuando éstas se alejan de él, mayor cantidad de sonrisas, vocalizaciones, saludos, aferramiento y exploración en presencia de ellas y una orientación viso-motora más frecuente y coordinada (Ainsworth, 1967; Bowlby, 1969; citado por Martínez Fuentes, 2004).

3. *Fase clara de apego o Conducta de apego dirigida e intencional.* Se presenta de los siete meses a los dos años. Está marcada por dos cambios conductuales importantes: a) el niño protesta cuando sus padres lo dejan, y b) el gateo permite al niño explorar su mundo y moverse hacia las figuras de apego cuando quiere estar con ellas, lo que quiere decir que el niño asume un rol más activo en la relación. Se producen cambios en el área cognitiva y comunicativa que favorecen el sistema de apego; y, hacia el final del segundo año, emerge la capacidad para el lenguaje, la imitación, el juego simbólico, etc.

Y la última fase de desarrollo no menos importante, pero que para este trabajo no es de gran relevancia ya que abarca edades que sobrepasan los rangos de edad establecidos para esta investigación, es:

4. *Fase de compañero de meta corregida o Sociedades con metas corregidas.* Se presenta de los dos a los tres años. Más o menos a los tres años los niños ya serán capaces de tomar en cuenta las necesidades de sus padres al interactuar con ellos. Todo esto implica que la capacidad de demora y la empatía se han desarrollado y que el egocentrismo ha disminuido. Uno de los cambios más llamativos es la reducción en intensidad y frecuencia de las conductas de apego (Bowlby, 1969; citado por Martínez Fuentes, 2004), ya que el niño puede controlar mejor (mediante el lenguaje y las habilidades motoras) la localización de la conducta de apego, se atreve a realizar excursiones cada vez más alejadas hacia nuevos aspectos del mundo social y físico. Sin embargo, en los momentos de peligro intenso (real o percibido), como puede ser el caso de la separación de larga duración de la figura de apego (por ejemplo, la entrada a la escuela infantil, hospitalizaciones), el niño muestra de nuevo con toda la intensidad esas conductas de apego.

La doctora Jernberg (1989) explica que el apego entre el niño y sus padres no es algo que se da de manera espontánea, sino que es un proceso que requiere mantener a través del tiempo una forma de relación mutua que sea placentera para ambos (Solloa, 2009).

Sin embargo, cuando nos enfrentamos ante una problemática como por ejemplo la desnutrición, un niño prematuro, con discapacidad o una madre rechazante desde el primer momento de vida del bebé, es poco probable que el vínculo comience su proceso de formación normal a causa de estas circunstancias. Se dice que sea poco probable ya que también existen pocas madres que a pesar de la enfermedad que tienen sus hijos lo afrontan de manera positiva y amorosa para obtener el único objetivo que es el de ver mejor a su hijo.

En esta investigación es importante tener presentes las diferentes conductas de apego consideradas como normales, descritas por Solloa (2009), que se presentan en la relación madre-hijo; para que durante el trabajo con ellos

se logre apreciar si el niño a pesar de su condición física (desnutrición) presenta un proceso de formación de apego con su madre. Para esto sólo se tomarán en cuenta las conductas que estén dentro de nuestro rango de edad.

Edad	Conductas normales de apego
Nacimiento a los 30 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Llanto.</li> <li>-Reflejo de succión.</li> <li>-Respuesta de orientación hacia la madre.</li> <li>-Disminución del llanto en respuesta al contacto físico.</li> <li>-Reciprocidad con la madre (miradas, vocalizaciones).</li> <li>-Respuesta de anticipación a la alimentación (el bebé se vuelve hacia el pecho al ser tomado en brazos).</li> </ul>
30 días a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La sonrisa aparece como respuesta al rostro humano y preferentemente en intercambios con la madre.</li> <li>-Se comienza a dar un intercambio con la madre a través de vocalizaciones y movimientos.</li> <li>-Aumento en la complejidad de las vocalizaciones y miradas.</li> </ul>
4 a 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El bebé se tranquiliza al oír la voz de la madre.</li> <li>-El bebé hace intentos voluntarios de alcanzar a la madre.</li> <li>-Aparece la respuesta de anticipación al ser tomado en brazos.</li> <li>-Muestra preferencia por estar con la madre.</li> <li>-Sonrisa y vocalizaciones hacia la madre en respuesta a las de ella.</li> <li>-Aumento en la discriminación de estímulos y de respuestas motoras y afectivas voluntarias.</li> </ul>
7 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El bebé manifiesta angustia ante los extraños o cuando su madre sale de su campo visual (ansiedad ante los extraños).</li> <li>-Explora su cuerpo y el de su madre.</li> <li>-Juega con la madre (juego de dar y recibir).</li> <li>-El bebé trata de imitar a la madre.</li> <li>-Los indicadores de apego se hacen más diferenciados y focalizados a la madre.</li> </ul>
10 a 15 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El niño se vuelca hacia el exterior, pero la madre sigue siendo el punto al que el niño regresa para reabastecerse emocionalmente.</li> <li>-Gatea o camina hacia la madre.</li> <li>-Comparte experiencias y posesiones con su madre.</li> <li>-El diálogo con la madre se hace más complejo.</li> <li>-Imitación temprana de la madre.</li> <li>-Señala y muestra objetos a su madre.</li> <li>-Aumenta la ansiedad ante la separación de la madre.</li> <li>-Respuesta afectiva ante la reunión con la madre.</li> </ul>

	-Respuesta de timidez, interés, atención, sonrisa.
16 a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Empieza a disminuir la ansiedad de separación.</li> <li>-Uso de objetos transicionales para tolerar la ausencia de la madre.</li> <li>-Domina situaciones extrañas cuando su madre ésta cerca.</li> <li>-Se deshace de su madre y luego cuelga de ella.</li> <li>-Usa a su madre como extensión de sí misma.</li> <li>-Muestra empatía hacia los sentimientos de la madre.</li> <li>-Uso de palabras y gestos para comunicarse.</li> <li>-Aparece la imitación diferida (práctica).</li> <li>-Lenguaje imitativo de la madre.</li> <li>-Encuentra objetos perdidos.</li> <li>-Comienza el juego semisimbólico en donde el niño expresa sus ansiedades y conflictos.</li> </ul>

La forma en que se establece el apego está sujeta a sufrir variaciones por cambios ambientales y circunstanciales de la vida. Se ha encontrado que las diferencias culturales, las formas de crianza y el temperamento son variables que pueden influir de manera importante en el desarrollo del apego.

Cabe señalar que todas estas conductas se presentan en los niños con un desarrollo normal. Pero para los pequeños que sufren desnutrición no les es posible presentarlas ya que su estado físico suele traer consigo una debilidad física (en el movimiento) que le impide relacionarse con su madre; mas aparte la desnutrición trae consigo trastornos mentales que de igual forma dificulta esta formación afectiva.

### **2.2.1. Tipos de apego presentes en la relación madre-hijo**

Aunque todos los seres humanos pasan por las fases anteriormente descritas, no todos nos vinculamos de la misma forma a nuestras figuras de apego. A partir de las observaciones realizadas en Uganda, y después en Baltimore, Ainsworth y sus colaboradores (1978), bajo el paradigma de “situación extraña” diseñado por ellos, detectaron la presencia de diferentes tipos de vinculación, los cuales son: (Martínez Fuentes,2004)

a) *Apego seguro*: los niños con apego seguro son aquellos que emplean a la figura de apego como base segura de exploración, y como

fuente a la que acudir cuando se encuentran molestos o en situaciones de peligro. Interactúan con su cuidador por medio del intercambio de objetos y por la presencia de la interacción o comunicación a distancia. Cuando se produce la ausencia de la figura de apego, el niño la busca y se malhumora, inhibiendo su conducta o presentando llanto. Cuando se reúne con la figura de apego busca restablecer el contacto con ella a través de conductas a distancia (miradas, sonrisas, gestos y vocalizaciones), o de conductas de aproximación dirigidas a reducir la distancia logrando el contacto físico. Una vez recuperada o restablecida la meta, el niño será capaz de reanudar sus actividades exploratorias. La interacción de estos niños con personas desconocidas suele ser de recelo en los primeros momentos, y después, de aceptación, aunque de forma paulatina y gradual.

b) *Apego seguro-evitativo*: los niños con apego seguro-evitativo se muestran muy activos en sus interacciones y juegos con juguetes, aunque su actividad exploratoria funciona al margen de la presencia/ausencia de la figura de apego, y en sus actividades no involucran a la figura de apego. Son niños que apenas muestran enfado cuando la figura de apego se aleja de ellos, casi no experimentan ansiedad ante la separación, no tratan de recuperarla, y cuando se produce el reencuentro, el niño la ignora e incluso la evita intensamente. El niño explora el entorno de forma activa y no busca en ningún momento la proximidad con la figura de apego ni siquiera la interacción a distancia con ella. La calidad de la interacción con la figura de apego es similar a la de la interacción con desconocidos. Esta ausencia de equilibrio podría estar ocasionada por la necesidad del niño de realizar adaptaciones defensivas para protegerse de la ansiedad que le genera el saber que la figura de apego no siempre se encuentra disponible o accesible.

c) *Apego inseguro-ambivalente*: los niños con apego inseguro-ambivalente, al igual que los niños evitativos, presentan dificultades para

utilizar a su figura de apego como base de seguridad. Son niños que interactúan escasamente con su figura de apego y cuando lo hacen muestran conductas contradictorias en las que se mezcla la búsqueda de la proximidad con el rechazo. Cuando se produce un proceso de separación, son niños que reaccionan con elevados niveles de angustia, lloran intensamente, aunque no realizan grandes esfuerzos por tratar de recuperar a la figura de apego. En los reencuentros con la figura de apego el niño se resiste al contacto ofrecido por la figura de apego, no logra tranquilizarse y difícilmente vuelven a recuperar la exploración y el juego. Estos niños suelen tener, en promedio, niveles bajos de exploración con independencia de la presencia/ausencia de la figura de apego. Las interacciones mantenidas con personas desconocidas suelen ser bastantes pobres y son muy similares, tanto si se encuentran en presencia del cuidador como si no; en este caso, el cuidador tampoco es capaz de regular estos intercambios. En definitiva, nos encontramos ante un patrón en el que también aparece un desequilibrio entre el sistema de apego y el de la exploración, que conduce al niño a un estado de inseguridad permanente.

d) *Apego desorganizado*: Con posterioridad, Main y Solomon (1990) describieron un cuarto patrón de apego, al que denominaron desorganizado. Los niños que se identifican en función de este tipo de apego presenta patrones de conductas contradictorios (aparición repentinas de conductas de apego, seguidas de evitación e inmovilidad, juego placentero seguido rápidamente de malestar y de enfado), mezclan las conductas de evitación con la búsqueda de la proximidad de la figura de apego, movimientos incompletos, sin objetivo, y estereotípicas en presencia de la figura de apego, movimientos lentos, manifestaciones variadas de temor hacia la figura de apego o con cualquier objeto relacionado con ella, movimientos defensivos en presencia de ella, expresión facial desorientada, etc.

Se observa que a pesar de toda la ayuda que se les brinda en Cruz Blanca Neutral para mejorar a nivel nutricional como psicomotor de los niños; la relación de ellos con sus madres sigue siendo un factor nulo y sin importancia para su bienestar integral. En estas circunstancias es importante tomar en cuenta los sentimientos de las madres y/o padres para ayudarlos a hacer consciencia de la importancia que tiene el relacionarse de forma sana y amorosa con sus hijos, ya que esto les ayudará en su mejoramiento físico y desarrollo integral y su pronta salida de la Institución. Con esto se podrá evitar y/o mejorar las alteraciones que se lleguen a presentar en el proceso del desarrollo del apego o vínculo materno.

### **2.3. ALTERACIÓN EN EL VÍNCULO MADRE-HIJO CON DESNUTRICIÓN**

Es bien sabido que vivimos en una sociedad huérfana y frágil, que también está desnutrida en sus afectos, en su dimensión simbólica y relacional, ávida de lazos sociales firmes, seguros y confiables. El caos y el desajuste de los lazos sociales, familiares y culturales es una situación no ajena que acompaña las vicisitudes del fenómeno de la desnutrición. Por ello es necesaria la creación de modelos de intervención donde estén contemplados todos los cuidados tempranos necesarios como base de la salud y los aspectos emocionales de las personas. (Restrepo, V.C., 2012).

Tomando en cuenta que nuestra labor en el trabajo con niños desnutridos es la prevención, resulta interesante e importante conocer cuáles son los factores que determinan la calidad de los vínculos afectivos para poder incluirlos en los diferentes programas de intervención y prevención destinados a tratar con niños de alto riesgo; sin perder de vista un punto clave: “la vinculación se establece a partir de la interacción entre dos personas (adulto-bebé)” (Martínez Fuentes, 2004).

Mellitta Sperling (1993) plantea que los primeros indicios de algún trastorno en el vínculo madre-hijo pueden ser en el sueño, en la alimentación, en la excreción o en la respiración. Describe relaciones psicósomáticas en las que se observa que la madre fomenta la enfermedad del hijo, lo rechaza cuando sana o

desea continuar el control de este. Este vínculo perturbado se llega a manifestar en trastornos alimenticios en la infancia como vómitos, diarreas, espasmos abdominales, etc. (Restrepo, V.C., 2012).

Se han realizado diversas investigaciones que ayudan en la comprensión del porque se ve afectado el vinculo materno, en una de ellas se realizo un estudio llamado *Características del cuidado y del ambiente psicosocial de madres adolescentes y niños hospitalizados por desnutrición en el Centro de Recuperación Nutricional “Vida Infantil” de Turbo (2009)*, en donde los resultados demostraron una correlación significativa de las variables ambientales (tipo, cantidad, calidad de estimulación disponible) con la pobreza, lo que indica que los hogares con bajos recursos poseen dificultades para ofrecer bienestar psicológico, relaciones interpersonales estables y duraderas a los niños, así como baja capacidad para proveerlos de juguetes y recursos educativos que favorezcan el desarrollo cognitivo.

La desnutrición infantil aparece en los casos estudiados como un factor también relacionado con la mala calidad del ambiente de las familias (Restrepo, V.C., 2012).

En el año 1992 la psicóloga Amparo Céspedes, en su monografía *La relación de afecto madre/hijo en niños de 1 a 6 años hospitalizados por desnutrición en la Clínica Infantil Santa Ana de Medellín*, encontró que existe una relación deficiente entre la madre y su hijo hospitalizado y precisó en la conexión entre la desnutrición del hijo y las deficiencias psíquicas de la madre, para el sostenimiento de una relación adecuada: en la historia de la madre se repite inconscientemente una relación deficiente con su hijo, al igual que su progenitora estableció con ella (Restrepo, V.C., 2012). Esta investigación reafirma la teoría descrita por Bandura, ya que nos demuestra que todas las acciones que tenemos o imitamos, tanto positivas como negativas, las presentamos y repetimos hacia las personas que nos rodean o se encuentran a nuestro cuidado.

También se ha encontrado que la calidad de las relaciones matrimoniales establecidas entre el padre y la madre del niño con desnutrición puede traer consecuencias en la calidad de la vinculación. Diferentes trabajos, entre los que se incluyen los de Jacobson y Frye (1991) y Owen y Cox (1997), han revelado que los niveles elevados de satisfacción matrimonial, durante el embarazo y el primer año de vida del niño, contribuyen al establecimiento de vínculos seguros (Martínez Fuentes, 2004). Esto quiere decir que cuando la madre ante la situación de tener que afrontar la enfermedad de su hijo, tiene presente el apoyo de su pareja o se encuentra en una situación de violencia familiar, la relación con su hijo se ve afectada o beneficiada de acuerdo a las circunstancias en que se presente.

En el 2010 se realizó una última investigación en la Clínica Infantil Santa Ana titulada *Caracterización del vínculo materno-filial y su relación con la desnutrición en niños y niñas hospitalizados por desnutrición crónica en la Clínica Infantil Santa Ana del municipio de Medellín- Colombia*, a cargo del psicólogo León Darío Botero y la psicóloga Elizabeth Castro López de la Universidad de Antioquia. Este estudio evidenció los patrones de apego evitativo, caracterizados por la indiferencia frente a la separación y la ausencia de respuestas emocionales en el reencuentro con la madre. En relación con las respuestas maternas, oscilaron entre el cuidado excesivo, reflejado en la necesidad de proximidad, y el desinterés por el distanciamiento físico y emocional en la interacción con su hijo.

El estudio concluye que la alimentación está asociada con un acto agresivo y es percibida por la madre como una obligación, de esta manera es anulado el deseo de comer, ya que para el niño el alimento se convierte en algo impuesto por el deseo de la madre, se genera una respuesta de rechazo y una consecuencia orgánica que es la desnutrición, lo que produce un sentimiento de culpa en la madre por la enfermedad del niño; de esta manera surge en ella la necesidad de alimentarlo en exceso en un intento de reparación de su propia falta. En lo que respecta a la empatía materna se encontraron dificultades para entender y comprender las necesidades del niño porque este proceso se ve interferido por la angustia experimentada frente al llanto (Restrepo, V.C., 2012).

En conclusión es necesario considerar que dentro de los programas de intervención y recuperación nutricional que se ofrecen dentro de las Instituciones de Rehabilitación Nutricional se implemente la integración socioafectiva, como un llamado a que no sólo se trata de una carencia de alimentos sino también de la necesidad del fortalecimiento del vínculo materno para que se garantice la recuperación orgánica y emocional de los niños.

Por lo tanto para comprender y realizar un taller adecuado donde se aborden y trabajen tanto lo emocional como lo físico, es necesario realizar una revisión teórica sobre la Estimulación Temprana, sus objetivos y beneficios, antecedentes históricos, áreas de intervención, métodos terapéuticos utilizados en el abordaje de disfunciones motoras y socioafectivas, así como también de la Psicomotricidad para comprender de qué forma ayuda y beneficia la E.T. al desarrollo del niño.

## **CAPÍTULO TRES. ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA EL NIÑO CON DESNUTRICIÓN**

Se sabe hoy en día la importancia y necesidad que se tiene de estimular adecuadamente el organismo durante su periodo de crecimiento, para acelerar el desarrollo mental y social e interrumpir o corregir los defectos que interrumpen el desarrollo integral y el aprendizaje del niño.

La falta de un diagnóstico oportuno y la no aplicación de recursos sensoriales compensatorios, derivan muchas veces en estados de retraso y retraimiento mental. (Cabrera & Sánchez, 1982). Por lo tanto, un diagnóstico oportuno seguido de un asesoramiento a padres y del tratamiento adecuado apoyarán en la prevención y el mejoramiento del niño con desnutrición o cualquier otra anomalía.

A este tratamiento, realizado durante los primeros 3 años de vida de un niño, y que será de gran ayuda para la formación de esta investigación, se le conoce con el nombre de Estimulación Temprana o Precoz.

### **3.1. ESTIMULACIÓN TEMPRANA (E.T.)**

La Estimulación Temprana es una ciencia basada principalmente en las neurociencias (ciencia del cerebro que estudia todo lo relacionado al funcionamiento o deterioro de este órgano), en la pedagogía y en las psicologías cognitiva y evolutiva, que se implementa mediante programas construidos con la finalidad de favorecer el desarrollo integral del niño.

La E.T. hace uso de experiencias significativas en las que intervienen los sentidos, la percepción y el gozo de la exploración, el descubrimiento, el autocontrol, el juego y la expresión artística. Su finalidad es de desarrollar la inteligencia, pero sin dejar de reconocer la importancia de unos vínculos afectivos sólidos y una personalidad segura. Un aspecto a destacar es que, al menos en la mayoría de las propuestas de estimulación temprana, el niño es quien genera,

modifica, demanda y construye sus experiencias, de acuerdo con sus intereses y necesidades. (Ordoñez, 2006)

Herman Montenegro define la estimulación temprana como “el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesite desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico” (Álvarez, 1997).

Para López-Arce (2001) es “el conjunto de acciones terapéuticas encaminadas a propiciar el desarrollo integral del niño de manera óptima, ya sea a recuperar el retraso mismo si es de alto riesgo, o habilitar funciones con base a las capacidades residuales provocadas por un daño neurológico evidente”.

Dolores Aldaba menciona que la estimulación temprana es una herramienta fundamental “para potenciar el desarrollo integral del niño, a través de una serie de técnicas y actividades –fundamentadas teórica y científicamente- que se aplican de manera sistemática y secuencial” (Guardado, 2010).

Cabrera, M.C y Sánchez C. (1982), lo definen como tratamiento realizado durante los primeros años de la vida de un niño y que pretende enriquecer y estructurar el medio estimular que incide sobre el niño y que pretende lograr el máximo desarrollo en este” (Moreno, 2009).

Ludington-Hoe y Golant, S. (1995), la definen como “un método que permite aprovechar al máximo las relaciones de los padres con su hijo”. (Moreno, 2009).

Como se mencionó antes la E.T. también es conocida como estimulación precoz. Algunos autores manejan el término “Precoz” en vez de temprana, ya que su connotación es más semántica que conceptual, pretendiendo identificar que a más temprana sea la acción mejor serán sus resultados.

El término precoz fue utilizado inicialmente en las patologías orgánicas como el síndrome de Down, para identificar acciones tempranas orientadas a prevenir mayor daño de la lesión. El término temprano ha sido utilizado en la

literatura científica con mayor amplitud para incluir las intervenciones que contemplen cambios en el ambiente, dirigidas especialmente a sujetos sanos para prevenir un retraso en el desarrollo físico y mental. De igual forma se ha empleado para englobar simultáneamente los aspectos de estimulación psicológica, de salud y nutrición del niño (Álvarez, 1997).

El concepto de estimulación precoz se utiliza para hacer referencia a las técnicas educativas y/o rehabilitadoras que se aplican durante los primeros años de la vida a todos aquellos niños que por sus características específicas necesitan de un tratamiento o intervención precoz con el fin de evitar que se desarrollen deficiencias o que las ya establecidas perjudiquen en mayor medida la evolución o maduración del desarrollo infantil dañado (Vidal, 2002).

La estimulación precoz está determinada por su carácter sistemático y secuencial y por el control que se hace de dicha estimulación. Es sistemática en cuanto a que se trabaja con el niño día a día en un programa de estimulación previamente elaborado de acuerdo a su edad de desarrollo y con las expectativas que se quieren conseguir en cada momento determinado; es secuencial en cuanto a que cada paso alcanzado por el niño en cualquiera de las áreas de desarrollo sirve de punto de partida para alcanzar el siguiente; teniendo como precaución el no saltarse alguno de ellos, ya que esto podría repercutir negativamente en la interacción de los padres con el niño, al verse forzado a alcanzar niveles de desarrollo a los que aun no está preparado, lo cual traerá al niño frustración y retraimiento ante cualquier tipo de estímulo y el retraso en su trabajo terapéutico.

### **3.1.1. Objetivo de la E. T.**

El objetivo de la estimulación temprana no es acelerar el desarrollo, forzando al niño a lograr metas que no está preparado para cumplir, como se mencionó antes, sino el reconocer y motivar el potencial de cada niño en particular presentándole retos y actividades adecuadas que fortalezcan su autoestima, iniciativa y aprendizaje (Flores, 2011).

Leonor (1994) menciona que: “la estimulación temprana tiene como objetivo crear un ambiente estimulante, adaptado a las capacidades de respuesta inmediata del niño para que éstas aumenten progresivamente con el fin de potenciar y desarrollar al máximo sus capacidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante programas sistematizados y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano, y sin forzar el curso lógico de la maduración” (Contreras G., 2005).

González Zúñiga (2007) menciona que algunos autores han propuesto que dentro de la estimulación temprana encontramos los siguientes objetivos: (Martínez, 2004; Sánchez, 2004; Esteves, 2004)

- Permitir el máximo desarrollo del niño a escala general o en áreas específicas tales como la intelectual, social, del lenguaje, etc.
- Adaptar las actividades a la etapa de desarrollo del niño, a fin de que las viva plenamente y las supere.
- Servir de estrategia para evitar y atenuar riesgos que puedan alterar su evolución normal.
- Favorecer un cambio de actitud de los padres y miembros de la comunidad en cuanto al manejo del ambiente para que conviertan este en un lugar sano, alegre y adecuado para el óptimo desarrollo del niño.
- Darle la oportunidad al niño de manipular diferentes materiales para favorecer el desarrollo satisfactorio de las destrezas que posee el niño aumentando su seguridad y confianza.

Para una correcta estimulación hay que tener en cuenta factores como el ritmo de desarrollo de cada niño, ya que dependerá de la maduración de su sistema nervioso para poder trabajar de manera correcta la problemática que el niño presente.

Es así que en la estimulación temprana no sólo se trata de estimular de forma anárquica a un niño, presentándole el mayor número de estímulos y

experiencias posibles, sino que consiste en un tratamiento con bases y técnicas científicas, tanto en lo que respecta al conocimiento de las pautas de desarrollo que persiguen, como las técnicas que se emplean para alcanzar dichas adquisiciones. Esto permitirá el apoyo adecuado durante el trabajo con el niño con desnutrición, logrando reducir el retraso en el desarrollo provocado por éste.

### **3.1.2. Beneficios de la E. T.**

Sabiendo que la E.T. tiene diversos objetivos queda claro que también trae consigo diversos beneficios al desarrollo, los cuales son:

- El desarrollo de la coordinación motora, empezando por el fortalecimiento de los miembros del cuerpo y continuando con la madurez del tono muscular, favoreciendo con esto la movilidad y flexibilidad de los músculos, al mismo tiempo ayudará a desarrollar una mejor capacidad respiratoria, digestiva y circulatoria del cuerpo.
- El desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción.
- El desarrollo de las funciones mentales superiores como son: la memoria, la imaginación, la atención así como también el desarrollo del lenguaje.
- A nivel adaptativo, desarrolla en el niño confianza, seguridad y autonomía; y a nivel emocional permite incrementar la relación afectiva y positiva entre los padres y el niño.

#### **3.1.2.1. Áreas de intervención de la E. T.**

Para poder entender con mayor claridad los beneficios que produce la E.T., es importante que se conozcan cuáles son las áreas de intervención que aborda, las cuales según Cabrera y Sánchez (1982) son:

- Área motora: los ejercicios de esta área van orientados a conseguir por parte del niño el control sobre su propio cuerpo, lo que implica tanto el establecimiento del tono muscular adecuado como las

reacciones equilibratorias, al mismo tiempo que la comprensión de las relaciones espacio-temporales, todo lo cual va a permitir desplazarse sin peligro por el espacio circundante.

- Área perceptivo-cognitiva: la estimulación de esta área pretende englobar a todas aquellas actividades que van a favorecer el desarrollo de las estructuras cognoscitivas que sirvan de punto de partida para construcciones intelectuales superiores.

- Área del lenguaje: la estimulación en este apartado se encamina a conseguir desde las primeras manifestaciones del pre-lenguaje (vocalizaciones simples, balbuceos, etc.) hasta la compleja comprensión del niño del lenguaje, con la posibilidad de expresarse a través de éste.

- Área social: dentro de esta área, la estimulación se orienta a proporcionar al niño el mayor grado de autonomía e iniciativa posibles en lo referente a los hábitos básicos de independencia personal (alimentación, vestido, aseo...), así como una conducta social normal y adaptada al ambiente en que se desenvuelve ésta.

Complementando estas áreas, Pérez (2002) citado por Gonzales Zúñiga (2007) aporta dentro del área social: el área socio-emocional, en la cual se establece la interacción y posterior relación del niño con el mundo que lo rodea.

En conclusión podemos comprender que el proporcionar estimulación a un niño no implica acelerar su desarrollo ni su independencia forzando sus etapas, sino más bien identificar, fomentar y fortalecer sus capacidades y habilidades, respetando su propio ritmo de crecimiento, maduración y aprendizaje, aceptando siempre que el niño se encuentra en un proceso evolutivo que irá mejorándose y beneficiándose en todas y cada una de sus áreas.

### **3.2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

La estimulación temprana antes de conocerse con hoy en día, se fue formulando gracias a diversos pioneros e investigadores del desarrollo infantil y la interacción del medio ambiente. Considerando que es importante saber el origen

de esta técnica terapéutica que ayuda a miles de niños de alto riesgo como niños con desarrollo normal, algunos de estos se citan a continuación:

Los orígenes del concepto “Estimulación Temprana” se remontan a los trabajos realizados por educadores con respecto al retardo mental, en sujetos que tenían daños cerebrales (en especial aquellos afectados por el Síndrome de Down), en busca de una recuperación de sus habilidades cognitivas; porque entre médicos, educadores y profesionales de la ciencia de la conducta existía el criterio de que la capacidad cognitiva era fija, invariable, inmutable, que su desarrollo estaba predestinado genéticamente y por tanto, la inteligencia de los individuos dependía más de una prehistoria desconocida e inmodificable que del quehacer diario (Álvarez, 1997).

Durante el siglo XX, autores como Freud y Piaget han identificado al niño como un elemento sujeto a un desarrollo que puede tener desviaciones de un comportamiento dinámico y progresivo, y por tanto, modificable positiva y negativamente. Autores como Spitz y W. Goldfard plantearon la importancia del papel de la madre en los primeros años de la vida del niño y los efectos negativos de la institucionalización temprana (Contreras G., 2005).

Gesell sostiene la importancia de la herencia sobre la influencia del medio ambiente, creando escalas de desarrollo donde establece en ellas las conductas típicas de cada edad para fijar el nivel alcanzado por cada niño y las desviaciones según su edad (Gesell & Amatruda, 1997).

El ilustre neurólogo español Dr. Kóvak afirma que la estimulación temprana corresponde a los avances neurológicos; demostrando que a los tres años el cerebro ha madurado y desarrollado un 50% de su capacidad y a los ocho años un 80%. De ahí la importancia de estos primeros años en los que el niño se tiene que mover en un ambiente rico de estímulos sensoriales, visuales y táctiles (Sánchez, 2001).

En el año 1843 el educador franconés Johann Baptist Graser recomendaba a las madres de niños sordos de primera infancia la educación temprana del habla. A Graser le importaba que los pequeños sordos vivieran su niñez en la casa paterna (y no en la escuela para sordos). Para lograr este objetivo consideraba ineluctable la colaboración de las madres (Heese, 1986).

En 1861 el Dr. Little expresó su teoría de la posible relación entre el sufrimiento fetal durante el parto y la aparición de posteriores anomalías físicas e intelectuales, los numerosos estudios que desde entonces se han hecho en este campo han venido a confirmar la existencia de dicha relación. Hoy se sabe que el 40% de los niños disminuidos intelectualmente lo son debido a lesiones producidas durante el periodo perinatal; este descubrimiento ha resultado trascendental puesto que abre la posibilidad de iniciar el tratamiento del niño desde el momento del nacimiento (Cabrera, 1982).

Harold Skeels (1938) demuestra que niños con retraso mental, mejoran su nivel intelectual al introducirse a lugares donde se les da afecto y se les estimula. Junto con Skodak, Dye, Wellman, Williams y Updegraff, produjeron un conjunto de trabajos que se hicieron básicos en el estudio y aplicación de la estimulación temprana que se conocen bajo el nombre de “los estudios de Iowa” (Montenegro H., 1979).

En Alemania la estimulación temprana de los niños discapacitados comenzó a practicarse en forma relativamente masiva en la década de 1950. Ésta dio inicio a la estimulación temprana de niños sordos de primera infancia. A partir de esto se continuaron esfuerzos similares en otros tipos de discapacidades en niños de primera infancia (Heese, 1986).

El término de estimulación temprana aparece reflejado en sus inicios básicamente en el documento de la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, enfocado como una forma especializada de atención a los niños y niñas que nacen en condiciones de alto riesgo biológico y social, y en el que se privilegia a

aquellos que provienen de familias marginales, carenciadas o necesitadas (Martínez, 2000).

Después de la Primera Guerra Mundial comienza a aparecer dentro de la psiquiatría el concepto de privación psicológica, claramente ligado al fenómeno de posguerra. En países de América Latina es muy frecuente ver y tratar niños pobres o abandonados que se encuentran ubicados en instituciones de salud por circunstancias biológicas, que no obstante tener condiciones de higiene y alimentación adecuadas, presentan mayor número de infecciones que aquellos en donde sus padres los acompañaban durante su proceso de hospitalización, que permanecen apáticos y sin respuestas al medio exterior. A este fenómeno se le denomina “el síndrome de privación hospitalaria” (Álvarez, 1997).

En 1965 el gobierno federal de los Estados Unidos pone en práctica el programa Head Start, con miras a prevenir y recuperar los efectos negativos de la privación múltiple que sufren los niños de bajo nivel socioeconómico (Montenegro H., 1979).

Muchos estudios han demostrado que la falta de estímulos afecta los órganos físicos; según conocidos estudios con pollos recién nacidos, si se les mantiene en la oscuridad por más de 20 días, presentan atrofia retiniana irreversible por falta del estímulo luminoso (1974). Otros estudios han confirmado lo mismo en gatos recién nacidos, en los que no sólo se encontró daño retiniano, sino también lesiones en el sistema nervioso central a nivel de corteza cerebral (W. Wilzeth, 1968; Hubel, 1963; citado en Álvarez, 1997).

Otros trabajos posteriores realizados en parejas de hermanos o gemelos han demostrado que existe una mayor correlación entre los ambientes en que se criaron los niños, su nivel socioeconómico con su inteligencia, que con sus relaciones biológicas. Los Estudios de Iowa, clásicos de la literatura de estimulación temprana demostraron que los niños de los orfanatos y entidades hospitalarias reubicados en ambientes más satisfactorios y estimulantes se podrían recuperar e integrarse satisfactoriamente a la sociedad (Álvarez, 1997).

Muchos estudios han concluido ratificando que la deprivación nutricional y psíquica en los niños produce alteraciones en el desarrollo cognitivo y en la capacidad de aprendizaje, y por tanto, influye en la capacidad de resolver problemas del adulto y en la manifestación de conductas anormales asociadas en diferentes áreas y patrones de comportamiento socialmente inadaptados; esta es la razón del interés en los procesos de estimulación temprana y salud para eliminar las experiencias negativas, fomentando los estímulos positivos que logren un desarrollo físico-cognitivo adecuado y permitan asegurar una estructura total con mayor posibilidad de éxito (Álvarez, 1997).

Como se puede observar la E.T. tuvo un inicio gracias a los diferentes estudios realizados durante años, los cuales demostraron que la falta de estímulo traía consigo alteraciones en el desarrollo de los niños. Ayudando a que los siguientes investigadores del tema comenzarán a implementar y fomentar la estimulación en el desarrollo integral.

### **3.3 ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL NIÑO CON ALTERACIONES**

La estimulación temprana se apoya en los conceptos de la psicología del desarrollo y la psicología de la conducta, así como en el hallazgo biológico del desarrollo neuronal o psicología evolutiva que estudia la evolución del sistema nervioso central hasta los tres años de edad. Las alteraciones del SNC se traducirá en un daño estructural que impedirá una correcta integración funcional por lo tanto es importante identificarla desde que el niño nace.

Desde el momento del nacimiento, se pueden explorar en el niño no menos de 70 signos neurológicos que comprenden el estudio de los reflejos, tono muscular, etc., y más tarde de la afectividad, primera manifestación de una actividad nerviosa superior más integrada. Como cada uno de estos 70 signos tiene unas características distintas para cada edad cronológica, al final de la exploración su identificación permitirá determinar el estado neurológico del niño y predecir sus actuaciones a futuro.

En primer lugar es importante conocer si el estado del tono muscular del niño se encuentra dentro de la normalidad ó presenta rasgos patológicos. Barraquer Bordas define el tono muscular como “un estado de tensión permanente de los músculos, de origen esencialmente reflejo, variable, cuya misión fundamental tiende al ajuste de las posturas locales y de la actividad general” (Cabrera y Sánchez, 1982), y dentro del cual es posible distinguir diferentes propiedades que van desde la flacidez hasta la hipertonía; el recién nacido a termino muestra un predominio general en el tono flexor de sus extremidades, después del parto los neonatos pueden presentar tono muscular elevado, viene después un periodo de adaptación al mundo circundante, pero por lo común los recién nacidos presentan un periodo de hipotonía generalizada del primer al tercer día, poco a poco van alcanzando su tono muscular y al cuarto o quinto día lo logra, siendo permanente en los meses siguientes (Escardó y Coriat, 1970; citado en López-Arce, 2001).

Coriat menciona que los reflejos “son reacciones automáticas desencadenadas por estímulos que impresionan diversos receptores. Tienden a favorecer la adecuación del individuo al ambiente. Enraizados en la filogenia, provienen de un pasado biológico remoto y acompañan al ser humano durante la primera edad, algunos durante toda la vida”

Aunque en principio los reflejos aparecen como respuestas automáticas a un estímulo dado, poco a poco, a medida que avanza la maduración del sistema nervioso, van modificándose e integrándose dentro de la conducta consciente, de forma que finalmente, y gracias a la experiencia que se ha adquirido al ejercitarlos, se desarrolla la actividad psicomotriz voluntaria (Cabrera y Sánchez, 1982).

Estos reflejos se presentan dependiendo de la edad y la maduración, los cuales son:

De los 0-3 meses están presentes:

- *Reflejo de retirada:* se hace estímulo en la planta del pie y el niño lo retira. Se integra a los 2 meses.
- *Reflejo de flexión:* se flexiona una extremidad y la otra se extiende. Se integra a los 2 meses.
- *Reflejo cruzado:* se estimula la parte interna del muslo y el niño cruza la extremidad contralateral. Se integra a los 2 meses.
- *Reflejo del esgrimista o reflejo tónico asimétrico del cuello (R.T.A.C.):* la rotación lateral de la cabeza produce una extensión de los miembros del lado hacia el que se gira y una flexión de los miembros del lado contralateral. Indica la dominancia lateral. Se integra a los 4 meses.
- *Reflejo simétrico en posición prona:* al extender la cabeza del niño, extiende los miembros superiores. Se integra a los 4 meses.
- *Reflejo de rotación de la cabeza:* se rota el cuello, entonces el cuerpo sigue la rotación de la cabeza. Se integra a los 4 meses.
- *Reflejo tónico del laberinto:* al poner al niño boca abajo, el niño eleva la pelvis. Se integra a los 2 meses.
- *Reflejo de enderezamiento de la cabeza:* se toma al niño por el tronco, se expone a la acción de la gravedad y extiende la cabeza. Se integra a los 3 o 4 meses.
- *Reflejo de prensión palmar o respuesta a la tracción de los flexores del miembro superior:* cuando se obtiene la presión de los dedos sobre los índices del examinador, si éste eleva las manos como para levantar al niño, la respuesta se extiende a todos los flexores del miembro superior; el niño entonces se ve levantando del plano de la mesa y puede sostener todo o parte de su peso. Esta respuesta tónica de los flexores depende de la calidad del tono activo. Cuando este es globalmente

excelente, la cabeza permanece en el eje y los miembros inferiores flexionados y levantados. La valoración simultánea de los dos lados puede revelar asimetrías moderadas. Se integra a los 4 meses.

- *Reflejo de Moro:* Se coloca al recién nacido en decúbito dorsal y se toman las manos traccionándolas hacia arriba, elevando los hombros del eje horizontal, sin levantar la cabeza; se sueltan bruscamente las manos y el niño hace un movimiento de miembros superiores en los siguientes pasos: apertura de las manos, abducción de miembros superiores, llanto, aducción de miembros superiores y cierre de las manos. Se integra a los 4 meses, si está presente indica daño cerebral.

- *Reflejo de Babinsky:* en el niño se estimula únicamente la parte externa de la planta del pie y el niño extiende y abre los artejos del pie en abanico, principalmente el grueso artejo; posteriormente, en la etapa de adquisición de la marcha provoca normalmente una flexión de los dedos de los pies. Se integra entre los 2 o 3 meses.

- *Reflejo de sostén y marcha automática:* cuando se tiene de pie al niño y se le apoyan los pies sobre el suelo se produce un enderezamiento progresivo de los miembros inferiores pudiendo llegar hasta el tronco y la cabeza; Además, si se inclina el niño al niño hacia adelante, aparecen movimientos alterados de flexión y de extensión automáticos de los miembros, con apoyo plantar, impulsando el cuerpo hacia adelante. La marcha automática puede persistir algún tiempo, se considera presente si se obtiene algunos pasos, puede persistir aunque el enderezamiento haya desaparecido y entonces el niño marcha medio agachado. Se integra entre los 4 a 6 meses.

De los 3-6 meses se encuentra:

- *Reflejo de Landou:* el niño se coloca en posición prona y extiende los miembros inferiores y el tronco. Se integra a los 8 meses.

- *Reflejo defensivo en posición prona:* al colocar al niño sobre una sábana en posición prona y jalarle, extiende los miembros inferiores y abre los miembros superiores. Inicia a los 4 meses y persiste.

- *Reflejo defensivo en posición supina:* al colocar el niño sobre una sábana en posición prona y jalarle ésta, abre los miembros inferiores. Inicia a los 4 meses y persiste.

- *Imagen de espejo:* cuando el niño mueve una mano se mueve la otra. Inicia a los tres meses y se integra a los 5 años.

- *Conducta de giros:* el niño a los 6 meses debe tener un buen giro.

De 6-9 meses se deben evaluar los siguientes reflejos:

- *Reflejo del paracaidista:* se toma al niño del tronco y se lanza hacia delante y el niño saca los brazos hacia delante, permanece toda la vida. Inicia a los 9 meses y persiste.

- *Reflejo defensivo en posición sentada:* al empujar al niño estando sentado, no se cae, se adquiere a los 9 meses.

- *Reflejo de patrón de marcha:* se pone los pies en el suelo y el niño tiene un patrón de marcha. Persiste hasta que se logra la marcha.

A los 12 meses se evalúa:

- *Reflejo defensivo en posición cuadrúpeda:* es importante para el equilibrio y para mantener una postura estable. Inicia a los 4 meses y persiste.

A los 18 meses se busca:

- *Reflejo de dorsiflexión:* se coloca al niño en posición de cúbito dorsal, descalzo y se arrastra en el piso. Es un reflejo de dorsiflexión apoyando el talón y luego la punta. La desaparición gradual de estos reflejos muestra el control progresivo que ejerce el córtex en las zonas

subcorticales, la cual es reemplazada por la aparición de nuevos reflejos y comportamientos motores definitivos, mostrando la corticalización progresiva de la actividad psicomotriz.

El niño con un desarrollo normal o anormal experimenta cambios muy significativos en cada etapa de su crecimiento, pero con ritmos diferentes. Algunos de ellos se desarrollan gradualmente etapa por etapa, mientras que otros lo hacen en forma lenta.

En el niño con desnutrición se observa un ritmo lento en su crecimiento y desarrollo provocado por el nivel de afectación producido por la enfermedad. Sin embargo su retraso no es igual al de otros niños con desnutrición ya que también esto depende del grado de retraso y desnutrición que presente.

Cuando el sistema nervioso presenta cualquier tipo de alteración, por mínima que sea, esta se traducirá siempre en un trastorno madurativo que impedirá la aparición de una correcta integración funcional (Cabrera, 1982). Situación que se presenta durante la desnutrición infantil.

La estimulación que requiere un niño con alguna alteración en el desarrollo no difiere tanto de la que reciben los niños con un desarrollo normal. En el primer caso, el nivel sensoriomotor suele estar alterado, lo que dificulta la asimilación de las diferentes sensaciones que se van estimulando y hacen más tardíos su proceso cognitivo y la adquisición de conocimientos a largo plazo. Por esta razón, ellos necesitan recibir una estimulación más constante, con adecuaciones según su edad y a la vez requieren ayuda directa de manera prolongada (Frías, 2009).

Para poder entender mejor que es lo que sucede en el desarrollo de un niño afectado por la desnutrición que produce una alteración del desarrollo, es necesario saber cómo afecta a nivel cerebral o también llamado neurodesarrollo, para así comprender y analizar a que nos enfrentamos como profesionales. Se sabe que el cerebro es el órgano más grande del SNC y el más importante de nuestro cuerpo; ya que es el encargado del funcionamiento general de todo el

cuerpo y al que hay que cuidar para prevenir a futuro posibles anomalías en niños con alto riesgo así como también en los niños con desarrollo normal.

### ***3.3.1. Neurodesarrollo y Desnutrición: ¿Cómo afecta la desnutrición el desarrollo cerebral?***

La secuencia del Neurodesarrollo en el hombre, desde que el óvulo es penetrado por el espermatozoide hasta que el individuo llega al estado adulto, adquiriendo y desechando un sinnúmero de capacidades y funciones, corresponde al proceso más complejo y, a la vez, perfecto de la naturaleza toda (Pinto, 2008).

Nuestro sistema nervioso cambia constantemente. Desde el momento de la concepción hasta la muerte. Desde las células precursoras de nuestro cerebro, aun indiferenciadas, hasta aquellas que en la etapa adulta han asumido roles funcionales específicos. Son cambios estructurales que se evidencian anatómicamente, cambios celulares que se reconocen microscópicamente y cambios moleculares que requieren de técnicas especiales de rastreo para ser detectados. Cambios que sin importar su nivel de evidencia, están interrelacionados unos con otros y son la base de los procesos comportamentales más simples o más elaborados. Movimiento, memoria emociones, aprendizaje, evolución. Todos estos eventos dependen de cambios sinápticos a mayor o menor escala. La experiencia vital a través de los estímulos sensoriales, toca cada proceso organizativo, redefine las reglas de interacción comunicativa y garantiza un individuo adaptado al contexto ambiental en el cual se desarrolla (Zuluaga, 2001).

El desarrollo del sistema nervioso en general está determinado por factores internos programados (genéticos) y por factores externos no programados (epigenéticos), que durante los procesos de determinación y diferenciación neuronales ejercen amplias interacciones en el tejido cerebral en desarrollo, contribuyendo así a su organización citoarquitectónica (Gámez & Téllez, 2003; citado por Chávez T., 2003).

Entre los factores ambientales no programados que más comúnmente participan en el desarrollo cerebral se encuentran las condiciones nutricionales y culturales, así como las oportunidades de educación. Es por lo anterior que todas las posibles influencias capaces de modificar el desarrollo normal del sistema nervioso constituyen un tema de interés y son origen de múltiples investigaciones desde hace varias décadas.

Se sabe que la deprivación nutricional en el primer año de vida puede acarrear daños irreparables en el desarrollo físico y mental del niño, y en los años a continuación traer como resultado una disminución del peso y talla, una propensión marcada en las enfermedades, dificultades en la atención y la concentración, pobreza intelectual, entre otros. Pero también la deprivación cultural y la falta de estímulos psicosociales van a afectar este desarrollo, particularmente en lo intelectual y la formación de la personalidad, lo cual es en muchas ocasiones imposible de retroceder por no haberse propiciado la estimulación en el momento preciso en que debía ser proporcionada (Moreno, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que anualmente la mortalidad infantil es de 15 millones de niños con desnutrición e infección, lo que significa 41,000 cada día, o 1,700 cada hora. Los que sobreviven, tienen que enfrentar la amenaza de las enfermedades infecciosas, quedar con secuelas neurológicas, tener crecimiento limitado o un déficit en el desarrollo, lo que ocasiona que el niño se convierta en un discapacitado dependiente de la familia, de los profesionales de la salud, de la educación y del estado, quedando marginado de su contexto social (Chávez, T. 2003).

Si aceptamos como definición de desnutrición a un balance negativo entre requerimiento y aporte de nutrientes que, mantenido en el tiempo, se manifiesta en el estado nutricional del niño se deben considerar entonces por lo menos tres factores básicos para comprender sus efectos en el SNC: (Celedon y col., 1983; citado en Fejerman & Fernández, 1988).

1. Periodo de la vida en que ocurre la desnutrición.
2. Intensidad del desequilibrio entre aporte y requerimiento.
3. Duración de la desnutrición o proporción del periodo vulnerable del SNC que es afectado por la misma.

En relación con el último punto se sabe que la vulnerabilidad del SNC a restricciones nutricionales es mayor durante la fase de crecimiento rápido del cerebro o *brote de crecimiento cerebral* (Zuluaga, 2001), debido al gran número de acontecimientos que se presentan en este. El *brote de crecimiento cerebral* se inicia hacia en el último trimestre de desarrollo prenatal y los 24 meses de vida postnatal. Si durante este tiempo el niño no recibe una adecuada ingesta de nutrientes y estimulación sensorial, se produce una atrofia el desarrollo neuronal (Ortiz-Andrellucchi, 2006).

Stoch y Smythe, fueron los primeros en formular la hipótesis relativa de que la desnutrición durante los primeros dos años de vida, podrían inhibir el crecimiento del cerebro y esto produciría una reducción permanente de su tamaño y un bajo desarrollo intelectual; los primeros dos años de vida no sólo corresponden al período de máximo crecimiento del cerebro, sino que al final del primer año de vida, se alcanza el 70% del peso del cerebro adulto, constituyendo también, casi el período total de crecimiento de este órgano.

Estudios en animales experimentales han demostrado que la desnutrición, principalmente cuando ocurre a edad muy temprana, produce modificaciones orgánicas permanentes, especialmente en ciertos atributos, tales como la longitud total del individuo, la longitud de los miembros inferiores, la composición de la dentina y la proporción de tejido muscular que se alcanza cuando el animal llega a su madurez (Cravioto J. & Arrieta R., 1985).

El desarrollo cerebral, se ve afectado directamente o indirectamente por el insuficiente aporte nutricional. Desde la insuficiencia cardiaca secundaria y el pobre aporte sanguíneo cerebral como disminución en la suplecia de proteínas plasmáticas al cerebro causando edema cerebral; la anemia asociada a la

desnutrición con disminución en la suplencia de oxígeno al cerebro; el retardo en el desarrollo del sistema inmune con riesgo incrementado de enfermedades infecciosas y en forma más directa la disminución de la oferta de sustratos para la síntesis celular, para la formación de la matriz extracelular, para la producción de factores de crecimiento y tróficos, además de los neurotransmisores y hormonas requeridas para el desarrollo normal (Zuluaga, 2001).

La desnutrición en forma aguda puede ocasionar daño cerebral permanente. Crónicamente produce retardo del crecimiento antropométrico (crecimiento propio de cada individuo), cognitivo, emocional y en las funciones intelectuales por reducción del número y función de las células gliales, retardo en el crecimiento de dendritas, alteración en la sinaptogénesis y defectos en la mielinización. El cerebro en desarrollo es más vulnerable a la desnutrición, en razón a los múltiples factores vinculados a los grandes eventos neuro-ontogénicos.

Los eventos neuro-ontogénicos son el resultado de la interacción de diferentes sustancias como hormonas y de la participación de los macronutrientes y micronutrientes: carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas y minerales. Por lo tanto, el desarrollo del cerebro y su buen funcionamiento no sólo van a depender de un adecuado suministro de oxígeno sino también de una buena nutrición (Carreño, 2010).

Zuluaga y Ramírez (Zuluaga, 2001) mencionan que la subnutrición materna durante la gestación, retarda el crecimiento cerebral fetal afectando el crecimiento dendrítico neuronal y su conectividad sináptica. Es por ello que es indiscutible la importancia de una nutrición óptima, tanto en la madre gestante como en el mismo individuo, particularmente durante el primer año de vida para una adecuada función de desarrollo.

Alimentarse además de nutrir, es proceso generador de sensaciones y descubrimientos. Colores, olores, sabores; convergen como forma sustancial de estimulación a partir de uno de los instintos básicos de los seres vivos: nutrirse.

Sería imposible desligar el caudal de eventos sensoriales, motores y cognitivos, vinculados a la alimentación. Sin embargo en la práctica diaria pasan desapercibidos como herramientas de interacción y desarrollo. Sostener el biberón, utilizar la cuchara, coordinar los ojos con manos y boca, comer sin apoyo, ser capaz de preparar solo su comida; implican estos eventos todo un trayecto de vida, desde la total dependencia hasta la libertad y la autonomía.

Es importante señalar que los niños que asisten a Cruz Blanca Neutral presentan un nivel de desnutrición grave, por ello se considera importante que la alimentación se considere como parte fundamental de la estimulación en el niño con desnutrición. Ya que al ser trabajados en conjunto se logrará una mejoría de éste a nivel físico, cognitivo, socioafectivo y mental, dependiendo del nivel de desnutrición que presente el niño al comienzo de una intervención. Ya que como se mencionó anteriormente el niño con desnutrición grave sufre mucho más daño que el que sufre una desnutrición leve.

La estimulación temprana es muy importante, ya que gracias a ella se desarrollará al máximo la capacidad física y mental de los niños afectados ya sea por desnutrición u otra enfermedad, acción que resulta plenamente eficaz sólo si se comienza desde los primeros años de vida, puesto que además de que la capacidad de asimilar e integrar nuevas experiencias es enorme en esta época de la vida (plasticidad), solo ahora se hace posible incluso el aumentar el número de interconexiones neuronales si se proporciona al organismo un ambiente enriquecido por medio de estímulos debidamente programados (Cabrera, 1982).

Por lo tanto es importante conocer los diferentes métodos terapéuticos, que se utilizan en la Estimulación Temprana para el abordaje del retraso en el desarrollo, los cuales se utilizarán para la aplicación de programas adecuados y organizados, tomando siempre en cuenta el nivel de desarrollo, las capacidades y habilidades que queremos lograr y originar en el desarrollo del niño.

### **3.3.2. Métodos de Estimulación**

A lo largo de la atención del niño de alto riesgo y con daño establecido, la estimulación temprana ayuda en la prevención o rehabilitación gracias a la estructuración y aplicación de diversos métodos de intervención y/o neurorehabilitación. Estos métodos se dividirán de acuerdo a su área de trabajo para su mayor comprensión.

En primer lugar se describirán los métodos utilizados en los niños de Cruz Blanca Neutral para su neurorehabilitación motora los cuales son:

#### **3.3.2.1. Método de Inhibición y Facilitación de Bobath**

El método Bobath de neurofacilitación se aplica en pacientes con daño neurológico, y se propone inhibir los reflejos tónicos liberados y normalizar el tono muscular a través de estímulos sensitivos con el propósito de lograr el aprendizaje de los movimientos normales y la corrección de la postura.

Las bases de este método son las siguientes: (Jiménez T., 2008)

- a) Valorar el comportamiento motor, que siempre se inicia en el nivel en el que el desarrollo normal está bloqueado.
- b) Lograr la normalización del tono muscular.
- c) Controlar la inhibición, ya que es parte integrante del desarrollo normal.
- d) Adoptar posturas que inhiben los reflejos (PIR).
- e) Desarrollar la autoinhibición.
- f) Facilitar los movimientos.
- g) Su enfoque fundamental es el desarrollo filogénico y ontogénico.

El tratamiento se ha desarrollado de manera empírica (Bobath, 1999), basado en el análisis de: (Jiménez T., 2008)

- La inhibición de reflejos anormales: ésta se basa en las posturas de inhibición de reflejos (PIR) para inhibir los reflejos tónicos cervicales y laberínticos, llevando al paciente poco a poco y de forma gradual a una adaptación y tolerancia de éstas; durante este periodo el tono muscular se normaliza en todo el cuerpo con el fin de aprender los movimientos activos y automáticos sin la exaltación del tono.

- Disociación o selectividad: las disociaciones se aplican para obtener la relajación total con el fin de proceder a la estructuración de otros movimientos y actitudes posturales a partir del primitivo esquema flexor o extensor.

- Facilitación del movimiento: se logra una vez que se ha controlado la actividad refleja patológica y la hipertonía practicando movimientos activos a partir de las posiciones iniciales.

- Componentes del balance y la postura: estos componentes integran los mecanismos reflejos de la postura normal, los cuales son:

- ❖ Capacidad antigravitatoria. Es lo que permite vencer la fuerza de gravedad, por medio de los músculos y el tono postural, para lograr la postura, el movimiento y la función.

- ❖ Reacciones de enderezamiento. Son automáticas manteniendo la posición normal de la cabeza en el espacio y su relación con el tronco y miembros a través del sistema laberíntico, los propioceptores y la visión.

- ❖ Reacciones de defensa. Su objetivo es proteger el tronco, la cabeza y la cara de probables lesiones.

- ❖ Reacciones de equilibrio. Son altamente integradas, complejas y automáticas; responden a los cambios en la postura y movimiento. La intención es preservar el balance durante todas las actividades.

❖ Reacciones de inclinación. Son similares a las reacciones de equilibrio, sólo que ahora la superficie de apoyo también se encuentra en movimiento.

La pelota es utilizada en este método ya que los efectos benéficos que se presentan por el uso de la misma son: (Jiménez T., 2008)

- Rango de movimiento muscular.
- Movilidad articular.
- Fuerza muscular.
- Actividad sinérgica.
- Alineación articular.
- Cambio de peso.
- Experiencia de movimiento.
- Reacciones de balanceo.

### **3.3.2.2. Neurofacilitación**

El término *facilitación* se puede definir como un concepto fisiológico que pretende disminuir el umbral de las motoneuronas alfa, llevando los estímulos por diferentes vías que lleguen a ella y que, por medio de la repetición, se faciliten las vías de acceso para reducir el umbral.

A través del análisis de la neurofacilitación se ha observado el proceso para la recuperación neurológica, los reflejos y/o reacciones representativas de los diferentes *niveles de maduración* (Jiménez T., 2008).

### **Reeducación del reflejo de estiramiento**

El reflejo de *estiramiento*, necesita ser llevado dentro de lo posible a su punto más cercano de eutonía, es decir, a un ajuste funcional del mismo. La simple movilización en cualquier forma de aplicación de pasiva a activa asistida, libre o resistida, tiene las ventajas de reeducar los reflejos medulares como estiramiento, inhibición recíproca, flexor y extensor cruzado. También mejora el

metabolismo y la circulación del músculo, favorece la representación cerebral (somatotopía) y la reeducación con formación de un engrama cinestésico.

Las técnicas para la reeducación pueden ser variadas, y se puede combinar la movilización en un solo plano de flexoextensión o la combinación de los tres planos y ejes como las técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva (espiral y diagonal).

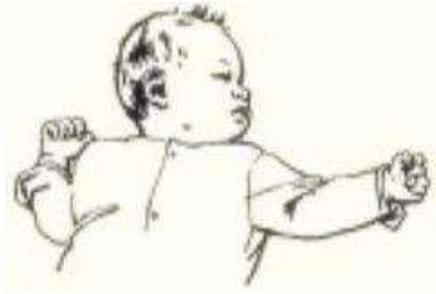
### **Inhibición de reflejos**

La inhibición de reflejos, entre ellos los de mayor representatividad, como el tónico asimétrico del cuello (TAC) y el tónico simétrico de cuello (TSC), modifican la distribución del tono, dependiendo hacia dónde gira la cabeza, la cual impide el giro de la misma en forma activa o pasiva. En estos casos es necesario inhibir o romper el patrón de tono determinado por el giro de la cabeza y que permite llevar ésta a la línea media de forma pasiva o activa y así se obtenga un control de los miembros para facilitar las reacciones de enderezamiento.

La presencia o ausencia de los reflejos TAC y TSC son de valor pronóstico, su ausencia no permite la aparición adecuada de los reflejos de enderezamiento (cerebro medio), también interfiere con los reflejos de estiramiento, inhibición recíproca, flexor y extensor cruzado hacia el nivel medular. Lo que mantiene atrapado (posición de atrapamiento) al paciente limitando o anulando el control motor.

### **Posición fisiológica de reposo**

Lo que también ha dado resultado en la práctica es una posición fisiológica de reposo que rompa con los reflejos TAC y TSC; ésta puede ser en decúbito ventral rotando la cabeza hacia la derecha o izquierda con flexión de miembro superior e inferior del lado facial del paciente.



Posición fisiológica de reposo

### **Reacciones de enderezamiento**

Se comienza el reto de vencer la gravedad y se inician las reacciones de equilibrio durante las mismas. Estas reacciones se estimulan y la secuencia para realizarlas debe guardar sistematización, para esto es importante mencionar las cinco reacciones de enderezamiento: (Jiménez T., 2008)

- Laberínticas.
- Ópticas.
- De cuello.
- Cabeza sobre cuerpo.
- Cuerpo sobre cuerpo.

### **Posición de gateo (cuatro puntos)**

La posición de gateo (cuatro puntos) requiere mayor participación de los miembros pélvicos con estabilización de la cintura pélvica; en esta posición se estimulan también las reacciones de equilibrio (estabilidad sobre movilidad. Ejemplo: balance en posición de cuatro puntos hacia delante y hacia atrás). También se pueden eliminar esbozos de reflejos tónicos simétricos y asimétricos de cuello con la movilización del cuello en dicha posición en los tres planos y ejes: flexión-extensión, flexión lateral derecha e izquierda y rotaciones de cuello.

### **Reacciones de equilibrio**

**Sedestación.** Se debe de empezar estimulando las reacciones de defensa que son preparatorias para el equilibrio en sedestación, para lo cual se estimulan

las reacciones de defensa anteriores, laterales y posteriores que permitan el equilibrio ante los cambios de gravedad.

Hincado. Es preparatorio para la fase final y es una fase que se enlaza entre la posición de cuatro y dos puntos (el gateo y la bipedestación, respectivamente). Los estímulos en esta fase pueden ser de cocontracción de cintura y alineación de segmentos contra la gravedad evitando la flexión de caderas y la lateralización corporal; la alineación va seguida de estímulos de cargas de peso (compresiones estabilizadoras) en hombros y pelvis, estimulación percutoria de glúteos y estímulos de reacciones de defensa y equilibrio con cambios de centros de gravedad.

### **La bipedestación**

Es el reto para luchar contra la gravedad, para lo cual se requiere una buena maduración de las reacciones de enderezamiento, de manera que éstas se vayan integrando a las reacciones de defensa y equilibrio. La estimulación de las reacciones de equilibrio se puede lograr de dos formas: a) sobre una superficie móvil, o b) estando el cuerpo móvil sobre la superficie fija o la combinación de ambos.

### **3.3.2.3. Método Ferenc Katona**

Ferenc Katona, neuropediatra húngaro, desarrollo un método de evaluación, prevención y rehabilitación para niños en riesgo de generar secuelas en el transcurso de su desarrollo (Pérez Martínez & Zanabria Salcedo, 2004).

El programa fue desarrollado en Hungría en 1966, junto con un grupo multidisciplinario de neuropediatras, psicólogos del desarrollo, pediatras, fisioterapeutas, neurofisiólogos y neonatólogos; este está enfocado al estudio del diagnóstico de los síntomas del daño cerebral perinatal en los primeros meses de vida, así como a la prevención de las posibles secuelas, incluyendo la neurorehabilitación (Pérez Martínez & Zanabria Salcedo, 2004).

La diferencia entre el abordaje rehabilitatorio del neurohabilitatorio es que el primero contempla el entrenamiento funcional, regular, de una educación programada de funciones neurológicas seleccionadas que ya han sido lesionadas, en tanto que la neurohabilitación contempla la disminución de la expresión de anomalías existentes por la maduración apropiada del sistema nervioso central. En síntesis, la neurohabilitación consiste en el fortalecimiento de la maduración apropiada, tratando de evitar la instalación definitiva de patrones anormales del desarrollo (Porrás-Kattz & Harmony, 2007).

La neurohabilitación como método diagnóstico y terapéutico temprano de prevención de secuelas de la lesión cerebral en recién nacidos y lactantes en riesgo se fundamenta en el concepto de plasticidad del sistema nervioso joven y considera la repetición de ciertas maniobras terapéuticas que se basan en los Patrones Sensoriomotores del Neurodesarrollo que favorecen el desarrollo normal y evita la aparición de posturas y movimientos anormales, los cuales son específicos del ser humano y muy similares a las actividades motoras adultas. Estas funciones sensoriomotoras son activadas por la gravedad a través del sistema vestibular y están bajo el control de los ganglios basales, el sistema reticular y el paleocerebelo. La mayoría de estos sistemas tienen una mielinización temprana y un funcionamiento temprano.

Cada patrón sensoriomotor puede activarse y generar conductas que permitirán posteriormente desarrollar patrones de arrastre, sedestación y marcha, pues la repetición constante e intensiva permitirá que posteriormente estructuras corticales puedan generar movimientos espontáneos y voluntarios. La neurohabilitación propone que sea la participación activa del bebé, y no del fisioterapeuta, la que active a estos patrones sensoriomotores del neurodesarrollo, y que mediante su práctica diaria puedan ser ejecutados en su momento de la manera esperada o muy cercanamente a lo normal (Porrás-Kattz & Harmony, 2007).

Los patrones elementales sensoriomotores del desarrollo son un grupo de conductas complejas, congénitas, no reflejas, propias del ser humano, que pueden ser entrenadas mediante procedimientos neurohabilitatorios específicos. Estos procedimientos pueden servir para corregir las condiciones anormales (como hemiparesia, cuadriparesia, doble hemiparesia, hipotonía central, etc.), durante los primeros cuatro a ocho meses de vida. Hasta cierto grado, pueden facilitar, en forma parcial, la conducta de atención y el contacto activo con el medio, a través de la retroalimentación sensoriomotriz durante el entrenamiento motor de la neurohabilitación, y parcialmente por medio de la relación que se establece entre los sistemas visuales y auditivos durante el entrenamiento motor.

La terapia neurohabilitatoria propone 9 maniobras o procedimientos neurohabilitatorios, las cuales son: (Porras-Kattz & Harmony, 2007).

a) Maniobras que promueven la verticalización:

- Sentado al aire.
- Llevar a sentado con apoyo en rodillas
- Llevar a sentado con tracción en muñecas.
- Marcha elemental

b) Maniobras que promueven la locomoción:

- Arrastre en plano ascendente y descendente.
- Gateo asistido.
- Rodamientos con sábana.

Dentro del modelo de neurohabilitación es importante considerar los siguientes aspectos: (Porras-Kattz & Harmony, 2007).

1. La neurohabilitación temprana requiere de un contacto constante y longitudinal entre la familia y el grupo médico responsable del paciente.

2. La terapia es compleja, y debe extenderse a las áreas visuales, auditivas, de alimentación, vocalización y motoras, así como a las áreas de atención y vigilancia y de adaptación, en función del déficit observado en el bebé.

3. La terapia debe ser integrada dentro de los horarios del bebé, así como de alimentación y cuidados, y lo más importante es que debe de ser individualizada.

4. Requiere de una gran cantidad de energía para educar a la familia y a los otros miembros de la misma acerca del procedimiento.

5. Debe darse especial atención a la familia como el grupo fundamental para la neurohabilitación.

6. Requiere de la repetición intensiva y constante de los ejercicios incluidos en el programa.

En segundo lugar se describirán los métodos utilizados en esta Institución para la integración socioafectiva logrando el fortalecimiento de la relación madre-hijo a través del contacto piel a piel, los cuales son:

#### **3.3.3.4. Masaje Infantil**

Hoy en día se tiene la falsa idea de que el cargar, llevar en brazos a todos lados, tocar, acariciar, etc. a los bebés se les puede perjudicar haciéndolos unos niños dependientes de los padres. Existen investigaciones realizadas por la Dra. Mary Ainsworth que demuestran todo lo contrario. En un conocido estudio concluyó que los bebés que más disfrutaban del contacto corporal con la madre no se convertían, por ello, en más dependientes (Ahr B., 2002).

El Dr. Hans-Peter Weber menciona que un recién nacido percibe el mundo con sus sentidos y conoce su entorno mediante su contacto corporal. El tacto es el “primer lenguaje del hombre”. Por lo tanto, el masaje para los bebés, además de aportar una serie de ventajas médicas, tiene mucho que ver con la trascendencia del significado de la comunicación entre los padres y su bebé (Ahr B., 2002).

Pavisc sostiene que “El masaje debe constituirse como acto de amor, respeto y placer” (Poblano, 2003).

El masaje es el medio idóneo para el acercamiento del adulto con el niño. Se constituye como un recurso para la liberación de tensiones y un estado de relación eficaz. Facilita la abertura de las articulaciones mejorando la movilidad. Brinda una estimulación integral, puesto que se estimula la totalidad del sistema nervioso.

La estimulación táctil representa el mecanismo más accesible para la atención del niño con daño neurológico (Ohlsson y col., 1999), ya que la piel es el órgano sensorial más grande que tenemos (Poblano, 2003). Esta actividad se trabaja iniciando con los pies y terminando en las manos del niño, en donde la prioridad es siempre realizar contacto visual con éste; presionar firmemente en cada articulación con la palma de la mano sin utilizar el pulgar ni la punta de los dedos.

Para poder aplicarlo se requiere de un sitio adecuado, el cual debe ser ventilado y cálido. El niño debe de estar boca arriba (posición supina) sobre una superficie. Hay que mantener una postura cómoda y relajada y de preferencia utilizar aceites vegetales. El ritmo y la intensidad en la aplicación del masaje facilitan o disminuye el tono muscular.

Estudios clínicos han evidenciado que un masaje regular supone una ventaja física, emocional e intelectual que se prolonga a lo largo de la vida. Las investigaciones sobre los beneficios del masaje infantil se viene realizando desde la década de 1970, y los resultados han sido tan positivos, que en la actualidad muchos centros hospitalarios lo incluyen en sus programas para neonatos. Otro estudio realizado en la Universidad de Miami ha demostrado que los niños que reciben masajes se muestran más activos y alerta, además de presentar un desarrollo neurológico más rápido que los que no reciben esta atención. El masaje ayuda al bebé a superar la posición fetal con el estiramiento de los músculos y las articulaciones, desarrolla su flexibilidad y fomenta la coordinación de sus movimientos. También ha demostrado ser muy eficaz en el aumento de peso y el desarrollo de la consciencia corporal (Kluck-Ebbin M.R., 2005).

Como ya se mencionó antes el masaje trae consigo beneficios generales tanto en el niño como en la madre o el cuidador, los cuales son de gran ayuda para que la aplicación de este sea más continúa, estos beneficios son: (Kluck-Ebbin M.R., 2005; Ahr B., 2002; Klein M., 2001)

Beneficios en el niño	Beneficios en la madre o el cuidador
Estimula la formación del vínculo afectivo con su madre, favoreciendo el desarrollo de su personalidad.	Favorece el vínculo afectivo y el conocimiento de las necesidades del bebé.
Estimulación sensorial, aumentando la temperatura de la piel de 1 a 3 grados centígrados, estimulando las secreciones sebáceas y sudoríparas.	En madres primerizas favorece una mayor seguridad en el trato con el bebé.
Aumenta la circulación en los capilares, venas y sistema linfático.	Disminuye el estrés y la fatiga de los primeros días posteriores al nacimiento ya que el bebé logra relajarse y mantener un sueño tranquilo.
En los músculos, produce un aumento de la irrigación y mejora la circulación muscular.	Les proporciona tranquilidad y energía para la atención de su hijo.
Favorece los movimientos intestinales.	Aprecia con cariño y ternura el cuerpo del bebé.
Elimina el dolor y proporciona una sensación de bienestar y sedación.	Contribuye a mejorar su capacidad de comunicación y de relación.
Favorece la mielinización debido a la estimulación sensorial (táctil, auditiva, visual).	Les permite prepararse para etapas posteriores del desarrollo, en su relación madre-hijo.
Favorece la eliminación urinaria.	Les permite conocer el comportamiento de su hijo, lo que les permite identificar estados emocionales o de enfermedad.
Incrementa el metabolismo basal.	En madres adolescentes deprimidas disminuye la ansiedad y el estrés.
Mejora las funciones cardíaca y pulmonar.	Facilita el amamantar en madres con problemas para hacerlo.
En prematuros, favorece su desarrollo y se incrementa el peso hasta 3 gramos al día, ya que favorece la ingesta calórica.	

### 3.3.3.5. Método Mamá Canguro (MMC)

El método canguro fue desarrollado en 1978 por los doctores Rey y Martínez en el Instituto Materno Infantil de Bogotá como método de cuidado ambulatorio para recién nacidos de bajo peso al nacer, a raíz de un periodo de sobrepoblación y sepsis.

El MMC se basa en los cuidados que proporcionan las madres canguros a sus crías, las cuales están en la bolsa materna, cerca de las glándulas mamarias y recibiendo alimentación a demanda (Delgado G. M., 2005). Por lo tanto el fundamento central de esta técnica es el contacto piel con piel entre el bebé y su madre o cuidador.

Este método es eficaz y de fácil aplicación que fomenta la salud y el bienestar tanto de los bebés prematuros como de los niños a nacidos a término (Ortiz J.A., Borré A., Carrillo S. & Gutiérrez G., 2006). Por ello es fundamental tener presente su aplicación en Instituciones como Cruz Blanca Neutral como complemento del masaje para la integración socioafectiva.

El MMC posee tres componentes fundamentales: (Delgado G. M., 2005)

- La posición: el bebé es colocado en contacto directo con su madre; de forma intermitente o continúa y puede empezar tanto en etapas tempranas o tardías, dependiendo fundamentalmente del estado clínico del niño, más que de su edad gestacional y/o peso.



- La alimentación: el niño se alimenta de forma exclusiva de la leche materna. Únicamente recibe complementos de leche con fórmula si lo precisara por inadecuada ganancia ponderal.
- El alta precoz: la madre continúa el contacto piel con piel en su casa, siempre y cuando el niño esté preparado para ello y exista un seguimiento estrecho de su desarrollo y crecimiento.

Tessier y cols. (1998), propone que el contacto físico temprano piel con piel entre la mamá y el bebé que el método promueve, crea una disposición en la madre o cuidador que le permite detectar y responder ante las señales del bebé (Ortiz J.A., Borré A., Carrillo S. & Gutiérrez G., 2006).

Dentro de los muchos beneficios que trae este método podemos encontrar los siguientes: (Delgado G. M., 2005)

- Lactancia materna. Se consigue una duración prologada, una producción más estable, un mayor número de tomas/día de leche materna y más posibilidad de recibir la alta lactancia materna exclusiva.
- Estabilidad fisiológica. La temperatura central periférica es similar, presenta mejores niveles de oxigenación sanguínea, las frecuencias cardíacas y respiratorias mantenidas, junto con reducción de los episodios de apneas.
- Ganancia ponderal. Al aumentar la frecuencia y el tiempo en sueño tranquilo, el niño tiene menor nivel de actividad, lo que explica la mejoría en las tasas de crecimiento.
- Confianza materna y vínculos afectivos. Las madres se sienten más tranquilas, realizadas y satisfechas, incluso durante situaciones que generan estrés.
- Infecciones. Se ha observado una disminución importante de infecciones graves como neumonía y sepsis.

El método mamá canguro es seguro y bien aceptado por los niños como por sus madres, por lo que debería ser de gran prioridad aplicar y utilizar estos cuidados a nivel hospitalario como parte integral de la rehabilitación nutricional de los bebés con desnutrición o prematuros, ya que no se trata sólo de un momento íntimo sino que tiene efectos sobre el estado físico y afectivo del niño y la madre.

Complementando estos métodos para la integración socioafectiva es importante que también se les enseñe a las madres a reconocer y transmitir sus emociones y sentimientos hacia los demás y hacia con su hijo, lo cual contribuirá positivamente en el manejo de la aceptación de sí misma, de la situación actual y de la enfermedad por la que atraviesan ella y su hijo.

En conclusión todos los métodos de intervención utilizados en el desarrollo neuromotor y socioafectivo son variados, pero lo más importante es analizarlos y rescatar de cada uno lo mejor para nuestra práctica en el trabajo con el niño desnutrido, ya que esto nos dará las herramientas necesarias para ayudar en la recuperación de estos niños. A pesar de ello y de observarse todos los cambios que se logran con la aplicación de la estimulación; en Cruz Blanca Neutral no recibe el valor y la importancia necesaria para el trabajo global en el niño con desnutrición.

Ahora bien para comprender como actúan sobre el desarrollo del niño los diferentes métodos terapéuticos anteriormente mencionados es necesario entender que es la psicomotricidad, para poder ampliar, mejorar y utilizar de forma adecuada estos métodos que nos apoyarán en la aplicación de un proceso terapéutico adecuado para el niño con desnutrición.

### **3.4. PSICOMOTRICIDAD**

El origen de la Psicomotricidad se remonta a 1905, año en el cual el médico neurólogo francés Ernests Dupré, al observar las características de niños mentales, pone de relieve las relaciones entre las anomalías neurológicas y psíquicas con las motrices, describiendo el primer cuadro clínico específico: la debilidad motriz,

según la cual todo débil mental posee igualmente alteraciones y retraso en su motricidad.

Luego, Henri Wallon y los aportes de la psicobiología dan cuenta de la importancia del desarrollo emocional del niño, basándose en la unidad psicobiología del individuo, donde psiquismo y motricidad representan la expresión de las relaciones del individuo y del medio. De allí la importancia del movimiento en el desarrollo psíquico del niño y en la construcción del esquema corporal que no es dado inicialmente, ya que es una construcción. Jean Piaget dice que esa actividad motriz es el punto de partida del desarrollo de la inteligencia. Llega a afirmar en la construcción de la inteligencia –y sobre todo en la génesis de las nociones (cantidad, espacio, tiempo, etc.)- que el movimiento es el propio, el mismo psiquismo, ya que en los primeros años esta inteligencia es sensoriomotriz, pues el conocimiento corporal tiene relación no sólo con el propio cuerpo, sino que también hace referencia constante al cuerpo del otro. (Bottini, 2010).

#### **3.4.1. Concepto**

El concepto de psicomotricidad surge vinculado a la patología para destacar la estrecha relación entre lo psicológico (psico) y la forma de manifestarse (motricidad). Rompiendo con el planteamiento filosófico de Descartes de entender al individuo como una dualidad mente-cuerpo, entendiendo a la persona como una unidad que vive y se expresa globalmente (Llorca, 2003). Es por ello que éste concepto surge con los trabajos de psicología evolutiva de Wallon, especialmente aquellos que se referían a la relación entre maduración fisiológica e intelectual y que manifiestan la importancia del movimiento para conseguir la madurez psicofísica de la persona (Jiménez O. & Jiménez de la calle, 2010).

Los puntos de vista que hacen referencia a la naturaleza de la psicomotricidad son muy variados. Para algunos autores, la psicomotricidad se puede considerar como una ciencia del movimiento (Le Boulch, 1983; Coste, 1979, etc.). Para otro grupo de autores, es una disciplina, educativa, reeducativa o terapéutica (García Nuñez, 1996; Arnaiz, 1884; Boscaini, 1994) mientras que para

un tercer grupo, se podría definir como una forma de hacer, una metodología de actuación práctica (Lapierre y Aucouturier, 1977; Sassano y Bottini, 1992) (Llorca, 2003).

Por lo tanto, cuando hablamos de psicomotricidad estamos considerando primordialmente la globalidad del ser humano. Esta globalidad del niño manifestada por su acción que le liga emocionalmente al mundo, debe ser comprendida como el estrecho vínculo existente entre su estructura somática y su estructura afectiva y cognitiva (Martínez, García y Montoro, 1988). O como lo menciona Llorca (2003) “entender la expresividad infantil como una globalidad en la que influyen aspectos motrices, cognitivos y socioafectivos como elementos que configuran la personalidad y nos permiten su comprensión”.

La psicomotricidad se desprende directamente de aquella concepción del desarrollo psicológico del niño según la cual la causa de ese desarrollo se encuentra en la interacción activa del niño con su medio ambiente, en una dirección que va desde lo más simple a lo más complejo, desde el conocimiento y control del propio cuerpo al conocimiento y acción consciente sobre el mundo externo (Martínez, García y Montoro, 1988). Cuando decimos psicomotricidad, hablamos de las producciones del sujeto: miradas, sonrisas, llantos, movimientos en tanto gestos, juegos, lenguaje, producciones todas ellas que tienen lugar en el cuerpo, en relación con el otro (Bottini, 2010).

#### **3.4.2. Objetivo**

Miguel Llorca (2003) menciona que “el objetivo de la psicomotricidad no es la autonomía motriz sino psicomotriz, lo que quiere decir, que el sujeto conscientemente y de forma gratificante para él, se encuentra en condiciones de utilizar el movimiento funcionalmente para sí mismo y para los demás, tanto en el plano instrumental como operativo, tanto en el plano psicológico como comunicativo. Lo específico de la psicomotricidad está en el abordaje del movimiento en cuanto a realización por parte de un individuo que se encuentra en relación con el otro y con el mundo, donde el sujeto mediante el propio movimiento

sintetiza tanto la dimensión motórica, en sentido estricto, como la cognitiva, la afectiva o la relacional. En este sentido podemos establecer como principal finalidad de la psicomotricidad el desarrollo de las competencias motrices, cognitivas y socioafectivas que se ponen de manifiesto a partir del juego y del movimiento. Esta finalidad se alcanzará mediante la Educación psicomotriz, que tratará de favorecer el desarrollo global de la persona mediante la utilización del movimiento y el juego corporal, el establecimiento de relaciones con los objetos y con los otros, y como consecuencia, el desarrollo de la identidad y autonomía”.

“La educación psicomotora es esta educación del niño en su globalidad, porque actúa conjuntamente sobre sus diferentes comportamientos: intelectuales, afectivos, sociales, motores y psicomotores” (Sassano, Bottini, 1992; citado en Llorca, 2003).

La educación psicomotriz no es una técnica sino, más bien, un modo de acercamiento al niño por parte del profesional en el sentido de su dúctil disponibilidad a la escuela, de su capacidad para hacer emerger cada tipo de lenguaje en el niño, así como también de su capacidad para saber interpretar las manifestaciones que tienden a expresarse en modo privilegiado a través de su cuerpo (Boscaini, 1992; citado en Llorca, 2003).

Las técnicas desarrolladas por la psicomotricidad están basadas en el principio general, largamente experimentado y demostrado, de que el desarrollo de las complejas capacidades mentales de análisis, síntesis, abstracción, simbolización, etc., solamente se logra a partir del conocimiento y control de la propia actividad corporal, es decir, a partir de la correcta construcción y asimilación por parte del niño de lo que se llama el “esquema corporal” (Martínez López y García Nuñez, 1986; citado en Martínez, García y Montoro, 1988).

### **3.4.3. Esquema Corporal**

El esquema corporal consiste en la representación mental del propio cuerpo, de sus segmentos, de sus posibilidades de movimiento y de sus limitaciones espaciales. Sin una correcta elaboración de la propia imagen corporal sería imposible el acto motor voluntario, ya que la realización de éste presupone la formación de una representación mental: del acto a realizar, de los segmentos corporales implicados y el movimiento necesario para lograr el objetivo propuesto (Martínez, García y Montoro, 1988).

Le Boulch define el esquema corporal: "como intuición global o conocimiento inmediato de nuestro propio cuerpo, sea en estado de reposo o en movimiento, en función de la interrelación de sus partes y, sobre todo, de su relación con el espacio y los objetos que nos rodean". Para Muchielli, la evolución del esquema corporal es muy lenta, alcanzando su pleno desarrollo hacia los once o doce años (Jiménez O. & Jiménez de la calle, 2010).

La construcción correcta del esquema corporal de la imagen mental del propio cuerpo se da a través de la interiorización que se elabora a partir de sensaciones: (Jiménez O. & Jiménez de la calle, 2010)

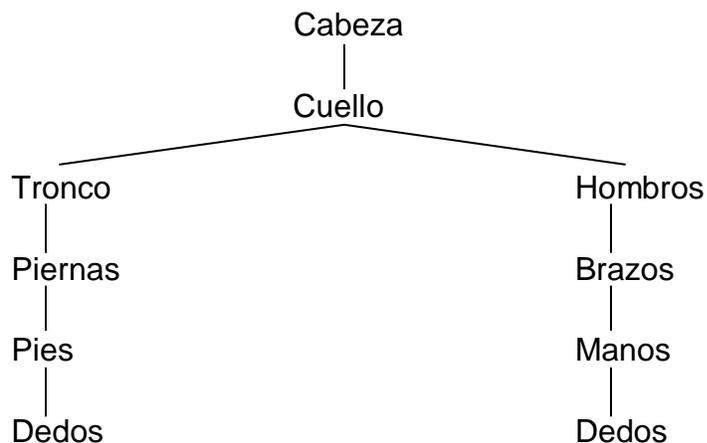
- Propioceptivas, que proceden de los músculos, tendones y articulaciones, proporcionándonos información sobre la contracción o relajación del cuerpo.
- Interoceptivas, que nos ofrecen datos sobre el estado de las vísceras
- Esteroceptivas, actúan sobre la superficie corporal, como las táctiles y kinestésicas, facilitando información sobre los objetos exteriores.

Los elementos fundamentales y necesarios para una correcta elaboración del esquema corporal son: el control tónico, el control postural, el control respiratorio y la estructuración espacio-temporal.

El desarrollo del esquema corporal tiene su fundamento en dos leyes psicofisiológicas principales:

Ley cefalocaudal: se adquiere el dominio del cuerpo de arriba hacia abajo, es decir, de la cabeza a los pies, en este orden: cabeza, tronco, piernas, pies.

Ley próximo-distal: se parte de los elementos más centrales del cuerpo hacia los más externos:



En conclusión el conocimiento de la psicomotricidad así como el conocimiento de la E.T., el desarrollo infantil y el vínculo materno en esta investigación, servirán para la creación y estructuración de un taller especializado donde se abordarán los elementos necesarios para trabajar sobre el retraso en el desarrollo que presenten los niños con desnutrición, así como también la relación existente con su madre. Ayudando en un futuro a niños y madres que ingresen o reingresen a la Institución.

## **CAPÍTULO CUATRO. PROPUESTA “TALLER DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA E INTEGRACIÓN SOCIOAFECTIVA”**

### **4.1. Justificación**

El retraso en el desarrollo de un niño hoy en día se observa con más frecuencia a causa de diversos factores que la provocan. Uno de ellos es la Desnutrición Infantil; que no sólo trae consigo consecuencias físicas y psicológicas al niño que la padece; sino que también es el resultado de diversos factores sociales, económicos, culturales, educativos, etc.

Dentro de todos estos factores existe uno al que no se le da la importancia. El factor al que me refiero es el de la relación madre-hijo. El nutriólogo sólo se encarga de nutrir físicamente al niño, pero no le da una importancia a la relación existente entre la madre y el niño por nutrir, es por ello que la rehabilitación nutricional suele traer consigo reingresos al salir de este tipo de Instituciones. De la Torre (2005) citado por Restrepo (2012) menciona que “la desnutrición es una enfermedad caracterizada, en la mayoría de los casos, por ausencia de estimulación psicoafectiva en la relación madre-hijo”.

La Estimulación Temprana representa un tratamiento para bebés y niños con alteraciones en el desarrollo integral provocado por la desnutrición que presentan. Además es importante establecer vínculos afectivos positivos entre las madres y sus hijos que contribuirán, de la mano con una nutrición adecuada, al mejoramiento integral y optimo de estos.

La mayoría de las madres y/o padres en Cruz Blanca Neutral carecen de la información básica y necesaria sobre la importancia que tiene la Estimulación Temprana en el desarrollo integral de su bebé y las repercusiones que en este pueden ocurrir si no se comienza con un tratamiento adecuado.

El Taller de Estimulación Temprana (en adelante E.T.) e Integración Socioafectiva (en adelante I.S.) está orientado para sensibilizar, enseñar y asesorar a las madres, que asisten a Cruz Blanca Neutral, sobre cómo mejorar y

prevenir las anomalías producidas por la desnutrición en el desarrollo integral de sus bebés; así como también involucrarlas de forma positiva para que disfruten su rol maternal durante y después de su estadía en esta Institución.

Se considera importante la propuesta de este taller ya que durante el trabajo como voluntaria dentro de ésta Institución se ha observado que, muchas madres(sin motivo de juicio ya que son personas que pertenecen a un nivel socioeconómico y cultural bajo) no están conscientes de su papel crucial tanto físico (refiriéndome a estar presentes y activas) como emocional en esta etapa de desarrollo de su hijo para su mejoría y bienestar, los beneficios que tiene la E.T. en su desarrollo y la construcción de una relación sana madre-hijo.

#### **4.2. Objetivos**

##### a) General

Al concluir este taller las madres aplicarán métodos de estimulación temprana e integración socioafectiva para mejorar el desarrollo integral de su hijo con desnutrición y para motivar el vínculo materno como una propuesta integral de la rehabilitación nutricional.

##### b) Específicos

1. Se Incrementará la importancia de la E.T. de un bebé para procurar un desarrollo integral previniendo problemas de desarrollo.
2. Se generará un aprendizaje teórico-práctico de la E.T. en las madres para que lo apliquen en sus ambientes familiares.
3. Se demostrará la importancia del vínculo en la diada madre-hijo.

#### **4.3. Población**

Se requerirá de la participación de mínimo 15 máximo 20 madres con bebés que se encuentren ubicados en las edades de 2 a 18 meses de edad y que se encuentren hospitalizados por desnutrición.

#### **4.4. Escenario**

Centro de Rehabilitación Nutricional Infantil Cruz Blanca Neutral IAP (Av. Pennsylvania N° 91 Delegación Coyoacán).

#### **4.5. Duración**

El taller se aplicará en 3 sesiones, 2 sesiones de 2:00 horas cada una y la última sesión de 2:15 horas.

#### **4.6. Materiales**

- Historias clínicas de los niños.
- Hojas de registro
- Prueba Gesell
- Cuestionario de conocimientos sobre estimulación temprana pre y post
- Salón grande e iluminado.
- Espejo de cuerpo completo y espejos de mano.
- Sobres de papel
- Fotos tamaño infantil de cada niño.
- Proyector y laptop.
- Pizarrón cerámico.
- Paliacates.
- Bola de estambre.
- Plumones
- Plumas y lápices
- Globos.
- Alfileres.
- Hojas de papel tamaño carta y bond
- Colchonetas.
- Aceite Vegetal 1 2 3 para masaje
- Pelotas grandes.

- Cobijas y sábanas grandes.
- Muñeco-bebé de tamaño real.
- Reboso.

#### **4.7. Método de trabajo**

Este taller se aplicará de forma teórica-práctica para lograr y mejorar el conocimiento de las madres ante los temas que se les darán durante el taller, así como la aplicación de dinámicas vivenciales que apoyarán en la sensibilización ante las barreras a las que se enfrentan las madres durante este proceso.

Se revisarán las historias clínicas de cada niño hospitalizado para conocer sus antecedentes logrando estar conscientes del estado de salud en que se encuentran. Se observará y evaluará con la prueba Gesell para después invitar a las madres para que asistan al taller.

Los temas que se tratarán en el taller serán:

- Desarrollo Infantil
- Desnutrición
- Estimulación Temprana en el entorno
- Vínculo madre-hijo
- Masaje Infantil
- Método Mamá Canguro

#### **4.8. Forma de Evaluación**

Para evaluar el conocimiento de las madres se aplicarán dos cuestionarios, uno al inicio del taller y otro al finalizar el taller. De igual forma se evaluará al niño antes y después del taller con el apoyo de la observación y la prueba Gesell.

## 4.9. Taller de Estimulación Temprana e Integración Socioafectiva

### Sesión 1. Desarrollo Infantil y Desnutrición

**Objetivo General:** Al término de esta sesión, con el apoyo de dinámicas para la sensibilización del tema, las madres entenderán que es el desarrollo infantil y los problemas físicos que se presentan en sus hijos con desnutrición.

HORARIO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
1:00-1:10pm		Registro	Se les pedirá a las madres que registren su asistencia.	Hojas de registro, plumas.	10 minutos
1:10-1:15pm		Bienvenida	Se les dará la bienvenida y el agradecimiento por su asistencia e interés dando comienzo del taller.	Sillas cómodas, salón grande e iluminado.	5 minutos
1:15-1:35pm	Evaluar los conocimientos con los que inician el taller.	Evaluación	Se les entregará a las madres el cuestionario de conocimientos (pre) (Anexo 1) para que lo contesten.	Cuestionarios y plumas.	20 minutos
1:35-2:00pm	Presentación de las madres y el orador, logrando al final una reflexión enfocada al tema que se presenta.	Presentación Dinámica la Telaraña	Todos se colocarán de pie formando un círculo. El orador tomará una bola de estambre y se presentará diciendo su nombre y a que se dedica, tomará la punta del estambre y sin soltarla lanzará la bola de estambre a la madre que desee, esta se presentará diciendo su nombre, a que se dedica y quien es su hijo; esta tomará un extremo del estambre y sin soltarlo lanzará la bola de estambre a otra participante y así sucesivamente	Salón grande e iluminado, bola de estambre.	25 minutos

			hasta formar una telaraña.		
2:00-2:15pm	Sensibilizar a las madres sobre el valor de la responsabilidad ante el mejoramiento del desarrollo de su hijo con desnutrición.	Dinámica de la Responsabilidad	Se les pedirá a las madres que lean una oración (Anexo 2), para después pedirles que sustituyan a los personajes (todos, alguien, cualquiera y nadie) por nombre de las personas con las que interactúa constantemente ya sea del trabajo o la familia. Luego se les pedirá que redacten de nuevo la historia ahora con los personajes que decidieron y se leerá nuevamente.	Hoja de historia, plumas y/o lápices.	15 minutos
2:15-2:45pm	Explicar a las madres que es el desarrollo y como es afectado por la desnutrición.	Presentación del tema: Desarrollo infantil y Desnutrición.	A través de diapositivas proyectadas se presentará el tema de forma sencilla y comprensible.	Salón grande e iluminado, laptop, proyector, cuadernos, pizarrón cerámico, plumones y plumas.	30 minutos
2:45-3:00pm	Realizar contención y relajación de las madres para con el tema.	Dinámica de Reflexión	Para finalizar la sesión el orador realizará una serie de preguntas a las madres sobre cómo se sintieron con las dinámicas y el tema de la sesión, que aprendieron, que les gusto, que no les gusto, etc. logrando el reconocimiento de sus emociones y sentimientos así como la reflexión del día.	Sillas cómodas, salón grande e iluminado.	15 minutos

## Sesión 2. Estimulación Temprana en el entorno

**Objetivo General:** Al término de esta sesión las madres comprenderán y vivenciarán la E.T. y los beneficios que se generan en el desarrollo de sus hijos con desnutrición.

HORARIO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
1:00-1:10pm		Registro	Se les pedirá a las madres que registren su asistencia.	Hojas de registro, plumas.	10 minutos
1:10-1:40pm	Sensibilizar a las madres sobre el valor del compromiso que deben tener para con el mejoramiento del desarrollo de su hijo con desnutrición, logrando al final una reflexión enfocada al tema que se presenta.	Dinámica: El Globo	Se les entregará a las madres un globo, un alfiler y un plumón, después se le pedirá que lo inflen al tamaño que ellas gusten y que con el plumón lo decoren a su gusto. Después se les pedirá que pasen al centro del salón y que intenten reventar el globo de sus compañeras y que al mismo tiempo protejan el suyo de ser reventado. Al ser reventado el último globo el orador preguntará como se sintieron.	Salón grande e iluminado, globos, alfileres y plumones.	30 minutos.
1:40-2:40pm	Explicar de forma teórico-práctica a las madres que es la E.T., como aplicarla y los beneficios que se generan en el desarrollo de su hijo con desnutrición.	Presentación del tema Estimulación Temprana	A través de diapositivas proyectadas se presentará el tema teórico-práctico de forma sencilla y comprensible. Este tema se apoyará de la colaboración de las madres para que de forma práctica-teórica aprendan y sensibilicen ante la E.T.	Salón grande e iluminado, laptop, proyector, cuadernos, plumas, pizarrón cerámico, plumones, pelotas grandes, colchonetas, sabanas grandes.	60 minutos
2:40-3:00pm	Realizar contención y relajación de las madres para con el	Dinámica de Reflexión	Para finalizar la sesión el orador realizará una serie de preguntas a las madres sobre	Sillas cómodas, salón grande e iluminado.	20 minutos

	tema.		cómo se sintieron con las dinámicas y el tema de la sesión, que aprendieron, que les gusto, que no les gusto, etc. logrando el reconocimiento de sus emociones y sentimientos así como la reflexión del día.		
--	-------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

### **Sesión 3 Importancia del Vinculo Materno**

**Objetivo General:** Al finalizar esta sesión las madres utilizarán el masaje y el método mamá canguro como herramientas para crear y fortalecer el vínculo madre-hijo.

HORARIO	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
1:00-1:10pm		Registro	Se les pedirá a las madres que registren su asistencia.	Hojas de registro, plumas.	10 minutos
1:10-1:40pm	Sensibilizar a las madres sobre el valor de sí mismas y de su hijo. Apoyando en la aceptación, valoración y fortalecimiento de su vinculo materno. Logrando al final una reflexión enfocada al tema que se presenta.	Dinámica: El Espejo	Se colocará un espejo de cuerpo completo al frente y centro del salón al cual se le ira colocando la foto del hijo de la madre que esté pasando. Se les pedirá que formen una fila para ir entrando una por una al salón con los ojos vendados. Al entrar al salón se les dará un sobre que contendrá una hoja con preguntas para reflexionar (Anexo 3) y un espejo de mano con la foto de su hijo al reverso; se les guiará hasta quedar frente del espejo. Antes de descubrirles los ojos se les dirá que están por ver una "Bella creación", se les descubrirán los ojos y se les pedirá que observen por 5 minutos mientras se les recita: "esa bella creación que ves frente a ti realizó por obra	Espejo de cuerpo completo, sobre, espejo de mano con foto del niño, hoja de preguntas para reflexionar, plumas, paliacates, salón grande e iluminado.	30 minutos.

			del amor una bella creación, ahora mira la parte trasera de espejo por favor". Después se le pedirá que tome asiento y en silencio reflexione las preguntas que contiene el sobre. Al finalizar en pasar todas las madres el orador preguntará como se sintieron.		
1:40:2:40pm	Explicar de forma teórico-práctico a las madres la importancia que tiene el vínculo materno al fortalecerlo a través del masaje infantil y del método mamá canguro.	Presentación del tema vinculo materno y masaje infantil.	A través de diapositivas proyectadas se presentará el tema teórico-práctico de forma sencilla y comprensible. Este tema se abordará con la colaboración de las madres en la presentación del masaje infantil apoyándose del manual "Masaje Infantil (Anexo 4). Y a través del apoyo del muñeco-bebé y un reboso la presentación del método mamá canguro.	Salón grande e iluminado, laptop, proyector, cuadernos, plumas, colchonetas, sabanas grandes, aceite vegetal, muñeco-bebé de tamaño real y reboso.	60 minutos
2:40-3:00pm	Realizar contención y relajación de las madres para con el tema.	Dinámica de Reflexión	Para finalizar la sesión el orador realizará una serie de preguntas a las madres sobre cómo se sintieron con las dinámicas y el tema de la sesión, que aprendieron, que les gusto, que no les gusto, etc. para lograr el reconocimiento de sus sentimientos y emociones así como la reflexión de ese día.	Sillas cómodas, salón grande e iluminado.	20 minutos
3:00-3:15pm	Evaluar los conocimientos con los que finalizan el	Clausura de taller y evaluación final	Se evaluará a las madres con el cuestionario de conocimientos	Sillas cómodas, salón grande e iluminado, cuestionario de	15 minutos

	taller		(post) (Anexo 5) y se hará la clausura del taller dando las gracias por su participación.	conocimientos (post).	
--	--------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	--

## CONCLUSIÓN

Como sociedad debemos ser conscientes de que la desnutrición en México como en el resto del mundo seguirá siendo un gran problema si no hacemos frente a cada uno de los factores que provocan que este se presente con más frecuencia, ya que esta enfermedad no es solo un problema biológico (por la falta de alimentos y nutrición) sino también es un problema social, cultural, económico, etc.; que contribuye en la presencia de niños con daños a nivel de desarrollo intelectual (refiriéndome al bajo nivel de educación que se brinda) así como a nivel de desarrollo físico y mental.

Los niveles socioeconómicos bajos son los que más sufren de este tipo de problemática y a los que se les apoya en Instituciones como Cruz Blanca Neutral donde reciben un tratamiento integral (medicina, psicología, pediatría, nutriología, trabajo social). Sin embargo, a pesar de que los niños ingresados a esta Institución son nutridos y estabilizándolos físicamente, tienen reingresos frecuentes por presentar nuevamente desnutrición lo cual nos llevo a pensar que hay factores asociados de tipo emocional y de relación materna.

Esto se debe a la presencia de una desvinculación entre el niño y la madre. Ésta al ser la principal encargada de la alimentación de su hijo, puede crear una interacción en donde se fortalezcan el amor, el compromiso, la responsabilidad y de igual forma el vinculo materno. Sin embargo en esta situación también se presenta el rechazo, la frustración y el alejamiento de ambas partes de la diada causado por el rechazo del alimento por parte del niño (ya sea por enfermedad [PCI], rechazo de un alimento que no sea de su agrado, etc.); esto puede llegar a provocar que la relación se vea afectada teniendo como resultado una desnutrición causada por el descuido, la falta de interés o la falta de educación.

Por lo tanto se concluye que es necesario considerar e implementar, dentro de la rehabilitación nutricional, como complemento integral el apoyo emocional a las madres de estos niños con desnutrición abordando la integración socioafectiva para que se logre el fortalecimiento del vínculo materno, a través del masaje y el método mamá canguro, logrando una mejor relación que permita el adecuado desarrollo integral del niño apoyándonos en la Estimulación Temprana, que forma

parte de las herramientas necesarias para la rehabilitación integral de estos niños. Esto no sólo ayudará en el mejoramiento óptimo del desarrollo integral y de la relación materna, sino también en la disminución de reingresos a este tipo de Instituciones encargadas en la nutrición de niños.

### **ALCANCES Y LIMITACIONES**

- Se aplicaron talleres y asesorías de E.T. en donde se observo resultados favorables en el desarrollo de los niños.
- Se deben de crear grupos de apoyo psicológico a madres en donde se les ayude con contención emocional y psicológica durante el proceso de rehabilitación nutricional.
- Brindarle más importancia y valor a la E.T. dentro de la rehabilitación nutricional.
- Capacitación a enfermeras sobre la importancia y la forma de aplicar la E.T., como parte integral de la rehabilitación nutricional, en los momentos de alimentación, aseo y juego.
- Capacitación a enfermeras sobre la importancia del vinculo, como parte integral de rehabilitación nutricional, a través del Masaje Infantil.
- Capacitación a las enfermeras sobre el Método Mamá Canguro, motivándolas para que carguen en brazos a los niños.
- Enseñar y demostrar a médicos los beneficios de la E.T. para que sea implementada en los tratamientos de forma integral.
- Hacer mayor promoción de la E.T., del Masaje Infantil y del Método Mamá Canguro dentro de la Institución.

## Referencias:

- Ahr B. (2002) Masaje para Bebés. (3era. Edición) Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Álvarez, F.H. (1997). Estimulación Temprana: Una Puerta al Futuro. Santa Fe Bogotá: 4ta edición.
- Betancourt, M.L.; Rodríguez, G.M.; Gempeler, R.J. (2007) Interacción Madre-Hijo, Patrones de Apego y su Papel en los Trastornos del Comportamiento Alimentario. *Universitas Medica, Redalyc*, 48(3), 260-276. Consultado el día 1 de abril de 2013 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018668007>
- Blog Psicología Evolutiva: La Teoría de Arnold Gesell (2011). Consultado el día 3 de febrero de 2013 en la página: <http://psicevolutiva.blogspot.mx/2011/03/la-teoria-de-arnold-gesell.html>
- Boring, E.G. (1952) "Arnold Lucius Gesell." *History of Psychology in Autobiography* 4: 123-42. Worcester, MA: Clark University Press.
- Bottini, P. (2010). *Psicomotricidad: Practicas y Conceptos*, 3era edición. Argentina: editorial Miño y Dávila Editores.
- Cabrera, M.C, Sánchez, P.C. (1982) *La Estimulación Precoz: Un Enfoque Práctico* (1ª edición). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Carreño, D.W. (2010). Nutrición y Desarrollo Cerebral, *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. Consultado el día 8 de marzo de 2013 en: [http://www.gastronutriped.com/files/publicaciones/publicacion\\_67.pdf](http://www.gastronutriped.com/files/publicaciones/publicacion_67.pdf)
- Chávez, T.R. (2003). *Neurodesarrollo Neonatal e Infantil: un enfoque multi-inter y transdisciplinario para la prevención del daño*, 1era edición. México: Editorial Panamericana.

- Contreras, G.N.M. (2005) Propuesta de un Programa de estimulación Temprana para Niños de Alto Riesgo de una Estancia Infantil. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México.
- Cravioto, J., Arrieta, R. (1985). Nutrición, Desarrollo Mental; conducta y Aprendizaje. INCYTAS-DIF.
- Delgado G. M. (2005) El Método Canguro. *BSCP Can Ped*, 29(1), 17-22. Consultado el día 20 de septiembre de 2013 en: <http://www.scptfe.com/inic/download.php?idfichero=173>
- Dinámica de la responsabilidad. Consultado el día 3 de agosto del 2013 en: <http://www.asume.org.mx/modules.php?name=News&file=article&sid=1>
- Fejerman, N., Fernández, A.E. (1988). Neurología Pediátrica. Buenos Aires: editorial Librería El Ateneo.
- Fernández, R.F.J. (2003) Desarrollo Motriz. Aportaciones de la Fisioterapia a la Atención Temprana. *Revista MinusVal*. Consultado el día 19 de febrero de 2013. En la página: [http://www.serrehabilitacion.com.ar/com\\_articulo.html](http://www.serrehabilitacion.com.ar/com_articulo.html)
- Flores, C.P. (2011). Reportaje: Los Beneficios de la Estimulación Temprana en los más pequeños. *La Voz de Almería: Salud y Bienestar*. Consultado el día 8 de octubre de 2012 en: <http://inpaula.com/articulos/prensa13e.pdf>
- Fregoso, V.M.J., Domínguez, G.M.A. (2001) Psicología Básica, (1° edición). México: Editorial Edere.
- Frías, C.S. (2002). Guía para Estimular el Desarrollo Infantil: de los 45 días al primer año, (1° edición). México: Editorial Trillas.
- Frías, C.S. (2009). Guía para Estimular el Desarrollo Infantil: del primero a los tres años de edad, (2° edición). México: Editorial Trillas.
- Gesell A. & Amatruda C. (1997). Diagnostico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño: Evaluación y Manejo del Desarrollo Neuropsicológico Normal y

Anormal del Niño Pequeño y el Preescolar. México: Editorial Paidós  
Psicometría y Psicodiagnostico.

Gómez, F. (2003). Desnutrición. *Salud Pública de México*, 18(4) ,576-582.  
Consultado el día 10 de abril de 2011 en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10609814.pdf>

Gonzales Z.G.C.I. (2007) Los programas de estimulación temprana desde la perspectiva del maestro. *LIBERABIT*: Lima (Perú) 13: 19-27 Universidad de san Martín de Porres. Consultado el día 9 de febrero de 2013 en:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v13n13/a03v13n13.pdf>

Graziano, S.J., Medrano, P. & Machinea, J.L. (2004) Hambre y Cohesión Social: Como Revertir la Relación entre Inequidad y Desnutrición en América Latina y Caribe. FAO

Guardado, R.S. (2010) ¿Qué es la Estimulación Temprana? *Revista Radiofónica de la UAZ* (impreso), 2(10), 33-35. Consultado el día 7 de febrero de 2013 en: <http://www.uaz.edu.mx/noticias/csuaz/hvolatil/hojavolatil10.pdf>

Heese G. (1986) La Estimulación Temprana del niño Discapacitado como Tarea Pedagógica, (1° edición). Argentina: Editorial Medica Panamericana.

Hernández, N. (2003). Desnutrición: Desarrollo Psicomotor. *Revista Gastrohnu*, 5(1), 65-71. Consultado el día 15 de marzo de 2011 en:  
[http://revgastrohnu.org/Revistas/RevistaGastrohnu2003/2003\\_65-71%20\(111kb\).pdf](http://revgastrohnu.org/Revistas/RevistaGastrohnu2003/2003_65-71%20(111kb).pdf)

Jiménez Ortega, J., Jiménez de la Calle, I. (2010). *Psicomotricidad Teoría y Programación*. España: Wolters Kluwer.

Jiménez T.C.M. (2008) *Neurofacilitación: Técnicas de Rehabilitación Neurológica*, (2° edición). México: Editorial Trillas

- Klein M. (2001) Masajes para Bebés y Niños. Técnicas de masaje suave para potenciar una profunda comunicación con tu hijo. España: Ediciones Oniro, S.A.
- Kluck-Ebbin M. R. (2005) Masajes Suaves para Bebés. España: Ediciones Oniro, S.A.
- Llorca, Ll. M., Sánchez R.J. (2003) Psicomotricidad y Necesidades Educativas Especiales. Editorial Ediciones Aljibe.
- López-Arce, C.A.M. (2001). *Guía para la Detección de Alto Riesgo en el Primer Año de Vida*. México: UNAM, DEC, Facultad de Psicología.
- Manual de Juegos y Dinámicas. Consultado el día 1 de agosto del 2013 en: <http://www.slideshare.net/msmarcia/manual-de-juegos-y-dinamicas-de-grupo>
- Martínez Fuentes, M.T. (2004) Atención Temprana y Alteraciones de la Vinculación Afectiva. En Pérez-López, J., *Manual de Atención Temprana*, (pp. 311-319). 1era edición. México: Ediciones Pirámide S.A.
- Martínez M.F. (2000) La Estimulación Temprana: Enfoques Problemáticas y Proyecciones. Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar. Consultado el día 9 de febrero de 2013 en: <http://www.campus-oei.org/celep/celep3.htm>
- Martínez, P., García Ma. C., Montoro J. Ma. (1988). Primeros Pasos en Psicomotricidad en la Educación Infantil. Madrid: editorial Narcea de Ediciones.
- Matas S., Paone S., Mulvey M.M., Segura F.E. & Tapia L. (1997) Estimulación Temprana de 0 a 36 meses: favoreciendo el desarrollo, (5° edición). Buenos Aires: Editorial Lumen-Hvmanitas.

- Montenegro H. (1979) Consideraciones Generales sobre Estimulación Temprana. En Bralic, S, *Estimulación Temprana: Importancia del Ambiente para el Desarrollo del Niño*, 2da edición. UNICEF.
- Ordoñez, L.M.C. (2006) Estimulación Temprana: inteligencia emocional y cognitiva. Madrid: Cultura.
- Organización de las Naciones Unidas para Alimentación y la Agricultura (FAO). Consultado el día 8 de febrero de 2013 en: <http://www.fao.org/publications/sofi/es/>
- Ortiz-Andrellucchi A., Peña Q.L., Albino B.A., Mönckeberg B.F. & Serra-Majem (2006) Desnutrición Infantil, Salud y Pobreza: Intervención desde un Programa Integral. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 21(4): 533-41. Consultado el día 12 de febrero de 2013 en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/533.pdf>
- Ortiz J.A., Borré A., Carrillo S., Gutiérrez G. (2006) Relación de Apego en Madres Adolescentes y sus Bebés Canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología SCIELO*, 38(1), 1-14. Consultado el día 20 de septiembre de 2013 en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v38n1/v38n1a05.pdf>
- Papalia, D.E., Wendkos, S.O. & Duskin, R.F. (2001). *Psicología del Desarrollo*, (8° edición). Bogotá: Editorial Mc Graw Hill.
- Pérez Martínez J.A., Zanabria Salcedo M.A. (2004) Sistema de diagnóstico y tratamiento del desarrollo temprano de Ferenc Katona. *Plasticidad & Restauración Neurológica*. 3(1-2):59-62. Consultado el día 28 de junio del 2013 en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-arte/sistema\\_de\\_diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_del.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-arte/sistema_de_diagnostico_y_tratamiento_del.pdf)
- Pinto, F. (2008). Lo maravilloso y mágico del Neurodesarrollo humano, *Revista Chilena de Pediatría*; 79(1):18-20. Consultado el día 5 de marzo del 2013 en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v79s1/art03.pdf>

- Poblano, A. (2003) *Detección y Estimulación Tempranas del Niño con Daño Neurológico* (1ª edición). Editorial RM VERLAG
- Porras-Kattz E., Harmony T. (2007) Neurohabilitación: Un método diagnóstico y terapéutico para prevenir secuelas por lesión cerebral en el recién nacido y el lactante. *Medigraphic*. 64:125-135. Consultado el día 28 de junio del 2013 en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2007/hi072h.pdf>
- Repetur, S.K., Quezada, L.A. (2005). Vínculo y Desarrollo Psicológico: La importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1-15. Consultado el día 31 de mayo de 2011 en: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov\\_art105.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf)
- Restrepo V. C. (2012) La Relación entre madre-hijo en la Desnutrición tipo marasmo: una revisión temática. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, no. 5, 115-128. Consultado el día 7 de mayo de 2013 en: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.pp/RCCS/article/viewFile/607/580>
- Rojas, M., Restrepo, M.E. & Meza, M. (1985) La Relación Madre-Hijo en la Etiología de la Desnutrición Severa. *Acta Médica Colombiana*, 10(5), 211-220. Consultado el día 22 de abril de 2013 en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/05-1985-05.pdf>
- Sánchez A. (2001) *La Educación temprana de 0 a 3 años*. 2ª edición. Madrid: editorial Hacer familia
- Santrock, J.W. (2003). *Psicología del Desarrollo en la Infancia*, (7ª edición). España: Editorial Mc Graw Hill.
- Secretaría de Salud (2002) *Estimulación Temprana: Lineamientos Técnicos*. Consultado el día 5 de junio de 2012 en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Estimulacion\\_Temprana.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Estimulacion_Temprana.pdf)

- Solloa García, L.M. (2009) Trastorno Reactivo de la Vinculación en la Infancia o la Niñez. En *Trastorno Los Trastornos Psicológicos en el Niño: Etiología, Características, Diagnostico y Tratamiento*, (pp. 89-104). 2da edición. México: editorial Trillas.
- Vidal L.M. (2002) Atención Temprana: Guía Práctica para la Estimulación del Niño de 0 a 3 años. Madrid: Editorial CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Wisbaum (2011). La Desnutrición Infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF España.
- Zuluaga, G.J.A. (2001). Neurodesarrollo y estimulación. Bogotá: editorial Médica Panamericana.

# ANNEX SO

**Anexo 1.**

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS (PRE)**

Por favor contesta con honestidad las siguientes preguntas. Recuerda que no existen respuestas malas ni buenas. Tus respuestas servirán como guía para el taller. De ante mano muchas gracias y bienvenida.

¿Qué entiendes por el desarrollo de tu hijo(a)?

---

---

¿Qué situaciones pueden afectar el desarrollo de tu hijo(a)?

---

---

¿Cómo crees que afecta la desnutrición al desarrollo de tu hijo(a)?

---

---

¿Qué entiendes por estimulación temprana?

---

---

¿Cuáles crees que son los beneficios de la estimulación temprana?

---

---

¿Para ti que es el vínculo materno?

---

---

¿Cómo crees que se pueda fortalecer el vínculo con tu hijo(a)?

---

---

¿Cuáles crees que son los beneficios tiene el masaje?

---

---

¿Cuáles crees que son los beneficios del método mamá canguro?

---

---

## Anexo 2.

Había un importante trabajo que hacer y todos estaban seguros que alguien lo haría; cualquiera podía hacerlo, pero nadie lo hizo; alguien se enfado porque era el trabajo de todos; todos pensaron que cualquiera podía hacerlo pero nadie se dio cuenta que todos lo harían. Todo acabo cuando todos culparon a alguien porque nadie hizo lo que cualquiera pudo haber hecho.

En esta historia hay 4 personas:

1. Todos
2. Alguien
3. Cualquiera
4. Nadie

Ahora sustituye esta 4 personas por personas con las que interactúes con más frecuencia (pueden ser del trabajo o la familia).

1. Todos: \_\_\_\_\_
2. Alguien: \_\_\_\_\_
3. Cualquiera: \_\_\_\_\_
4. Nadie: \_\_\_\_\_

Había un importante trabajo que hacer y \_\_\_\_\_ estaban seguros que \_\_\_\_\_ lo haría; \_\_\_\_\_ podía hacerlo, pero \_\_\_\_\_ lo hizo; \_\_\_\_\_ se enfado porque era el trabajo de \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ pensaron que \_\_\_\_\_ podía hacerlo pero \_\_\_\_\_ se dio cuenta que \_\_\_\_\_ lo harían. Todo acabo cuando \_\_\_\_\_ culparon a \_\_\_\_\_ porque \_\_\_\_\_ hizo lo que \_\_\_\_\_ pudo haber hecho.

Vuelve a leerlo y reflexiona.

**Anexo 3.**

***Dentro de este sobre se encuentra un espejo de mano con la foto de tu hijo(a) al reverso, te pido de favor que vuelvas a observar el espejo.***

¿Qué es lo que te gusta?

---

¿Qué es lo que no te gusta?

---

¿Qué sientes al ver la imagen?

---

¿Hay algo que te gustaría cambiar?

---

¿Esa imagen que ves tendrá alguna relación con la que está detrás?

---

***Voltea el espejo y observa la imagen.***

¿Qué es lo que te gusta de esta imagen?

---

¿Qué es lo que no te gusta de esta imagen?

---

¿Qué sientes al ver esta imagen?

---

¿Hay algo que te gustaría cambiar?

---

¿Qué diferencia encuentras con la imagen del espejo?

---

¿De quién crees que espera aceptación, amor y respeto la personita de la imagen?

---

## Anexo 4.

“El masaje debe constituirse como acto de amor, respeto y placer”

Pavisic

### Manual “Masaje Infantil”

El masaje se realiza iniciando con los pies y terminando en las manos de tu hijo(a), en donde lo más importante es siempre hacer **contacto visual** con él, ósea observarlo a los ojos; presionar firmemente cada articulación con la palma de la mano sin utilizar el pulgar ni la punta de los dedos.

Para realizar un masaje se requiere de un sitio adecuado, limpio, ventilado y cálido. Colocarás a tu hijo(a) boca arriba sobre una superficie cómoda y después lo colocarás boca abajo.

**Relájate y toma una posición cómoda y relajada.** Deberás utilizar aceites vegetales para no rosar la piel de tu hijo(a).

El masaje se inicia en las piernas y pies con las siguientes actividades:

**Pies:** estirar cada dedo (no jalar), iniciando por el dedo pulgar (gordo), exprimir la planta del pie del bebé o niño, con la mano cerrada y los nudillos medios; con dedos índice y medio, hacer líneas en planta de pie, arco del pie, presión circular con dedo índice y medio en empeine o parte superior de pie; círculos en tobillo, poniendo la planta del pie en la palma de la mano, apoyar presionando ligeramente el pie en el colchón.

**Piernas:** Caricia integradora, envolviendo la pierna desde la ingle hasta el tobillo, con las palmas sin poner presión con los dedos; ordeñado indio: apretar la pierna del ligeramente de la ingle al tobillo, (evitar la presión con el dedo pulgar en las articulaciones) primero una mano oprime, luego la otra sin soltar la piernita, y volver a empezar. Utilizar texturas; un plumero, un peluche, un cepillo suave. Exprimir (como tornillo). Molinito (sana, sana la cola de la rana, si no sana hoy

sanará mañana) y barrido suave, como barriendo la pierna con la mano. Escoger dos técnicas.

**Mano:** estirar cada dedo, pulgar en oposición (no debe jalarse), zig-zag y presionar palmas, haciendo círculos, colocar mano hacia arriba y hacer presión hacia atrás, círculos en muñeca, apoyar presionando ligeramente la mano en el colchón.

**Brazos:** Círculos en hombro. Caricia integradora, envolviendo el brazo desde el hombro hasta la muñeca, con las palmas sin poner presión con los dedos; ordeñado indio: apretar el brazo ligeramente del hombro a la muñeca, primero una mano oprime, luego la otra sin soltar el brazo, y volver a empezar. Utilizar texturas; un plumero, un peluche, un zacate. Exprimir (como tornillo). Molinito (sana, sana la cola de la rana, si no sana hoy sanará mañana) y barrido suave, como barriendo el brazo con la mano. Escoger dos técnicas de las anteriores.

**Pecho** (Mariposa (cruzado): del hombro izquierdo al hueso de la pelvis derecho, y viceversa. Libro abierto: al mismo tiempo los dos lados, del esternón a los costados del tronco, desde el cuello, hasta la pancita, presionar con mano ahuecada; círculos alrededor de axila, de arriba abajo; dibujar un corazón, con dedos índice y medio de ambas manos empezando desde el pecho y terminando en la pancita.

**Abdomen** (Noria): con piernas arriba, con los dedos índices y medio moverlos alternando; pulgares a los lados de los huesos de la cadera hacer libro abierto. Dedos caminantes como tocando piano; sol alrededor del ombligo; empujoncito con piernas arriba sobre abdomen.

**Espalda** (Mariposa (cruzado): del hombro izquierdo al hueso de la pelvis derecho, y viceversa. Libro abierto: al mismo tiempo los dos lados, de los lados de la columna a los costados del tronco, desde el cuello, hasta el inicio de los glúteos, presionar con mano ahuecada; círculos alrededor de axila, de arriba abajo; barrido

hasta tobillos, círculos a los lados de la columna, círculos grandes en glúteos, apretar y aflojar glúteos; peinado como rascando.

**Cara y cabeza (Frente):** libro abierto en ojos, lagrimales, corazón, círculos en párpados y sienes, cabeza frotar desde parte superior hasta inicio de hombros.

**Boca:** Noria en la barba, sonrisa, círculos a los lados de labios, fresita (pellizcos suaves alrededor de la boca)

**Cavidad bucal:** Con el dedo pulgar e índice dar masaje en forma de círculos en las paredes de la cavidad bucal y la parte externa de la boca incluyendo los cachetes. Introducir el dedo meñique y hacer presión en el paladar, estimulando la succión del bebé. Debajo de la lengua.

El masaje tiene muchos beneficios en el desarrollo de tu hijo(a) como en tu persona, estos son:

<b>Beneficios en el niño</b>	<b>Beneficios en la madre</b>
Estimula la formación del vínculo afectivo con su madre, favoreciendo el desarrollo de su personalidad.	Favorece el vínculo afectivo y el conocimiento de las necesidades del bebé.
Estimulación sensorial, aumentando la temperatura de la piel de 1 a 3 grados centígrados, estimulando las secreciones sebáceas y sudoríparas.	En madres primerizas favorece una mayor seguridad en el trato con el bebé.
Aumenta la circulación en los capilares, venas y sistema linfático.	Disminuye el estrés y la fatiga de los primeros días posteriores al nacimiento ya que el bebé logra relajarse y mantener un sueño tranquilo.
En los músculos, produce un aumento de la irrigación y mejora la circulación muscular.	Les proporciona tranquilidad y energía para la atención de su hijo.
Favorece los movimientos intestinales.	Aprecia con cariño y ternura el cuerpo del bebé.
Elimina el dolor y proporciona una sensación de bienestar y sedación.	Contribuye a mejorar su capacidad de comunicación y de relación.
Favorece la mielinización debido a la estimulación sensorial (táctil, auditiva, visual).	Les permite prepararse para etapas posteriores del desarrollo, en su relación madre-hijo.
Favorece la eliminación urinaria.	Les permite conocer el comportamiento de su hijo, lo que les permite identificar

	estados emocionales o de enfermedad.
Incrementa el metabolismo basal.	En madres adolescentes deprimidas disminuye la ansiedad y el estrés.
Mejora las funciones cardiaca y pulmonar.	Facilita el amamantar en madres con problemas para hacerlo.
En prematuros, favorece su desarrollo y se incrementa el peso hasta 3 gramos al día, ya que favorece la ingesta calórica.	

**AHORA QUE SABES LAS MARAVILLAS DEL MASAJE PONLO EN PRACTICA CON TU HIJO(A) Y OBSERVA LOS BENEFICIOS.**



**Anexo 5.**

**CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS (POST)**

Por favor contesta con honestidad las siguientes preguntas. Recuerda que no existen respuestas malas ni buenas. Tus respuestas servirán como guía para el taller. De ante mano muchas gracias.

¿Qué entiendes por el desarrollo de tu hijo(a)?

---

---

¿Qué situaciones pueden afectar el desarrollo de tu hijo(a)?

---

---

¿Cómo crees que afecta la desnutrición al desarrollo de tu hijo(a)?

---

---

¿Qué entiendes por estimulación temprana?

---

---

¿Cuáles crees que son los beneficios de la estimulación temprana?

---

---

¿Para ti que es el vínculo materno?

---

---

¿Cómo crees que se pueda fortalecer el vínculo con tu hijo(a)?

---

---

¿Cuáles crees que son los beneficios tiene el masaje?

---

---

¿Cuáles crees que son los beneficios del método mamá canguro?

---

---

**COMENTARIOS Y SUGERENCIAS:**

¿Qué fue lo que le gusto del taller?

---

¿Qué fue lo que no le gusto del taller?

---

¿Cómo se sintió durante el taller?

---

¿Qué otros temas le gustaría aprender?

---

**¡MUCHAS GRACIAS!**